

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO
DENIS AXELRUD SAFFER

PRÁTICAS DO COMUM

Compondo o cuidado na Estratégia de Saúde da Família com os saberes do dia-a-dia

Niterói

2017

DENIS AXELRUD SAFFER

PRÁTICAS DO COMUM

Compondo o cuidado na Estratégia de Saúde da Família com os saberes do dia-a-dia

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense.

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Faria de Aguiar

Niterói

2017

DENIS AXELRUD SAFFER

PRÁTICAS DO COMUM

Compondo o cuidado na Estratégia de Saúde da Família com os saberes do dia-a-dia

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção de título de Mestre, pelo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal Fluminense.

Aprovado em 1º de Setembro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kátia Faria de Aguiar (Orientadora)
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Cláudia Abbes Baêta Neves
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Iacã Macerata Machado
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

S128 Saffer, Denis Axelrud.
Práticas do comum: compondo o cuidado na estratégia de saúde na família com os saberes do dia-a-dia / Denis Axelrud Saffer. – 2017.
182 f.
Orientadora: Katia Faria de Aguiar.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Psicologia, 2017.
Bibliografia: f. 171-182.
1. Cuidado. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da família. 4. Biopolítica. I. Aguiar, Katia Faria de. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III. Título.

Bibliotecário: Nilo José Ribeiro Pinto

CRB-7/6348

F

Esse escrito é dedicado: aos que trabalham e lutam pelo SUS, aos que trabalham, vivem e lutam nas periferias do Rio de Janeiro e à memória de Antonio Lancetti.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Sandra e Mario e a minha irmã Daniela pelo constante e carinhoso apoio nas decisões e caminhos que traço, sendo sempre um porto seguro.

À minha companheira Julianna Coutinho (Ju), pelo amor, apoio, cuidado e compreensão, estando sempre ao meu lado para me fazer rir ou para debater sobre como lidar com esse mundo confuso, lindo e terrível.

Aos amigos e familiares que me receberam no Rio de Janeiro, amortecendo a chegada. Foram um grande apoio emocional e habitacional me permitindo fazer a seleção e depois cursar esse mestrado. São: tia Miriam Britz, tio Bernardo Britz, Gláucia Bohusch, Felipe Monte Cardoso, Rosa Mira Nunes, Gabriel Resende e André Zonenschein (Sukita). Além deles, depois se adicionaram: Ana Paula Souza, Éverson Rach, Juan Pilotto Morales, Paula Oliveira, Sady Marchesin e os colegas da banda Ganapo, que me ajudam a abrir outras sensibilidades.

Aos companheiros e amigos com quem militei e milito na saúde do Rio de Janeiro, especificamente do OCUPASUS-RJ, pelo intenso aprendizado, a força para seguir, pensar, lutar e a alegria na resistência. Muitas das reflexões que se encontram nesse trabalho, especialmente no capítulo 1, somente puderam ser formuladas após longas horas de reuniões e conversas em botecos com esses companheiros.

Aos meus amigos de Porto Alegre, cuja força da relação e carinho somente aumentam com o passar dos anos, independente da distância. Em específico: Pedro Milmann Bacaltchuck, Fabricio Gambogi, Guilherme Dal Sasso, Henrique Cardoni, Cássio Macedo, Rodrigo Fischmann, Felipe Kautz, Diogo Brochmann, Rodrigo Isoppo, Daniel Kveller, Luis Felipe Parise, Pedro Pappini, Carolina Pereira, Renato Subdrack. Aos companheiros de residência no Grupo Hospitalar Conceição que abriram para mim o mundo da saúde da família, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde Parque dos Maias e Luciana Rodriguez Barone, com quem construí conjuntamente as primeiras definições das práticas do comum.

A Ali Farka Touré, Phillip Glass, Brian Eno e todos os sons que me fizeram escrever melhor. A Julianna Coutinho, Pedro Pappini, Felipe Monte Cardoso, Sandra Axelrud Saffer e Felipe Chittoni pela leitura e revisão cuidadosa do texto, me ajudando a aprimorá-lo. Aos professores e colegas do mestrado em psicologia da Universidade Federal Fluminense, especialmente Camilla Martins, companhia para reinventar as práticas e escritas. Ao coletivo de pesquisa que construímos junto à professora Kátia Aguiar, espaço sempre fértil para

produção de comuns. À professora Kátia Aguiar pela orientação cuidadosa, o carinho, companheirismo e a oferta de novas veredas para o pensar.

Aos trabalhadores da Clínica da Família Joãosinho Trinta, em especial Patrícia Simões de Lima e Gisele Alves Lopes, e do Centro Municipal de Saúde Iraci Lopes, em especial os mais antigos, que contaram a importante história do local. A esses profissionais agradeço pela gentileza de aceitar a realização desse estudo, sendo os verdadeiros autores de muitas das tecnologias descritas nesse escrito. A todos da equipe NASF, Juliana Vale Ferreira, Ana Lúcia Cardozo, Thayanni Dantas, Rodrigo Areas, Rosa Mira Nunes, Tiago Bezerra, que me receberam de braços abertos, se tornando verdadeiros amigos, além de companheiros de trabalho e luta. Aos residentes da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e do IPUB/UFRJ, que me convocam a sempre repensar as práticas, especialmente à Juliana e Harielle, que foram grandes parceiras no projeto de registro da história de Parada de Lucas. Aos usuários das UBS acompanhadas, que tanto me ensinam sobre o viver, abrindo minhas percepções de mundo e me aportando constantemente novas ferramentas de cuidado no dia-a-dia, especificamente os participantes do Grupo de Saúde Mental.

*“Os olhos tristes da fita
Rodando no gravador
Uma moça cosendo roupa
Com a linha do Equador
E a voz da Santa dizendo
O que é que eu tô fazendo
Cá em cima desse andor*

*A tinta pinta o asfalto
Enfeita a alma motorista
É a cor na cor da cidade
Batom no lábio nortista
O olhar vê tons tão sudestes
E o beijo que vós me nordestes
Arranha céu da boca paulista*

*Cadeiras elétricas da baiana
Sentença que o turista cheire
E os sem amor, os sem teto
Os sem paixão sem alqueire
No peito dos sem peito uma seta
E a cigana analfabeta
Lendo a mão de Paulo Freire*

*A contenteza do triste
Tristezura do contente
Vozes de faca cortando
Como o riso da serpente*

*São sons de sins, não contudo
Pé quebrado verso mudo
Grito no hospital da gente”*

Chico César (1995)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente(s) Comunitário(a)(s) de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AT - Acompanhamento Terapêutico

ADA - Amigo dos Amigos

AP - Área Programática

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

BOPE - Batalhão de Operações Especiais

CMS - Centro Municipal de Saúde

CF - Clínica da Família

CFFC - Clínica da Família Felipe Cardoso

CV - Comando Vermelho

EqSF - Equipe(s) de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MSF - Médicos Sem Fronteiras

MOGEC - Movimento Organizado de Gestão Comunitária

NHS - National Health Service

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONG - Organização Não-Governamental

OS - Organização(ões) Social(is)

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria de Acesso com Qualidade

PSF - Programa de Saúde da Família

SMS-RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUS - Sistema Único de Saúde

TCP - Terceiro Comando Puro

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade(s) Básica(s) de Saúde

UPP - Unidade de Polícia Pacificadora

UFF - Universidade Federal Fluminense

VD - Visita domiciliar

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo acompanhar as práticas de cuidado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenvolvendo caminhos para que elas favoreçam a autonomia de profissionais e usuários. Encontrou-se a possibilidade de construir um campo comum no encontro desses sujeitos e de suas experiências de vida, no território, ampliando os afetos suscitados nesse processo. A potencialização de saberes e práticas cunhados no dia-a-dia, geram relações terapêuticas horizontais, mesclando uma multiplicidade de lógicas de produção da saúde. Para o uso desses recursos no cuidado cunhou-se o conceito de práticas do comum, do qual se desdobraram diversos modos de operar no cotidiano da Atenção Básica. A pesquisa utilizou a metodologia da cartografia e foi realizada em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona norte do município do Rio de Janeiro. Durante a investigação o autor trabalhou como psicólogo das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família que são referência para esses serviços. O estudo baseou-se em diários de campo, nos quais foram registradas as atividades de trabalho do pesquisador, como: discussões de caso, reuniões de equipe, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, visitas domiciliares e ações de promoção de saúde. Foram também analisadas as especificidades do modelo de ESF implantado no município do Rio de Janeiro e seus efeitos sobre o funcionamento dos UBS em que se realizou a pesquisa. Encontraram-se diversos bloqueios e modulações, além de algumas aberturas, colocados por esse desenho às práticas de cuidado, a partir de um processo de trabalho hierárquico e excessivamente centrado nos indicadores de saúde e no atingimento de metas. Discute-se também a constituição dos sistemas públicos de saúde – especialmente o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária à Saúde (APS) – na tênue linha entre as práticas controle e de extensão direitos. Essa análise é conectada aos processos de produção material/de subjetividade no capitalismo contemporâneo, e seus processamentos biopolíticos de controle e criação. O texto tem forte ênfase nos relatos de campo, visando produzir ferramentas de cuidado que possam ser utilizadas e adaptadas à realidade das UBS, sintetizando direções ético-tecnológicas para isso.

Palavras Chave: Cuidado, Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Comum, Biopolítica

ABSTRACT

The aim of this study was to follow the care practices on the Family Health Strategy (FHS), developing pathways for them to support both the autonomy of professionals and health system users. It was understood that it is possible to build a common field in the encounter between these subjects and their life experiences in the territory, amplifying the affections raised in this process. Boosting the knowledge and practices nourished on everyday experiences can generate horizontal therapeutic relations, blending a multiplicity of health production logics. On the intent of using these resources on the Primary Health Care (PHC) the concept called practices of the common was forged, proposing a series of actions on these services. The research used the cartography methodology and was carried out at three PHC centers located in the northern zone of the city of Rio de Janeiro. During the research the author worked as a psychologist on the Family Health Support teams that are reference to these centers. The study was based on field diaries, on which the researcher's working experiences were recorded. The records involved: case discussions, team meetings, individual appointments, therapeutic groups, home visits and health promotion actions. We also analyzed the specificities of the FHS model implanted in the city of Rio de Janeiro and its effects on the operation of the PHC in which the research was carried out. There were several locks and modulations, as well as some openings to the care practices in this model, that proposes a working process excessively focused on health indicators and goal achievements. The study also discusses the constitution of public health systems – specially the Brazilian Unified Health System (SUS – Sistema Único de Saúde) and the Primary Health Care – in the tenuous line between control practices and the extension of rights. This analysis is connected to the processes of material/subjectivity production in contemporary capitalism, in its biopolitical processes of control and creation. The writing has a strong emphasis on field descriptions, aiming to produce care tools that can be used and adapted in the reality of PHC centers, synthesizing technological and ethical directions for that.

Key-Words: Care, Primary Health Care, Family Health Strategy, Construction of the Commons, Biopolitics

SUMÁRIO

Introdução.....	15
Metodologia.....	20
Apresentando os Campos de Pesquisa.....	35
Capítulo 1 - Abrindo o Tabuleiro: A Grande Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro	40
1.1. Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família	41
1.2. Qual Atenção Básica? A Grande Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.....	44
1.3. Análises sobre o Modelo da ESF no Município do Rio de Janeiro: Privatização e Modulações na Produção do Cuidado	49
1.4. A História do Centro Municipal de Saúde Iraci Lopes.....	58
1.5. Reunião Geral	64
1.6. Abordagem na Rua	69
Interlúdio	73
Capítulo 2 - Saúde no Fio da Navalha: Entre Biopolíticas, Controle e as Práticas do Comum	74
2.1. Sobre o Conceito de Território na ESF.....	74
2.2. Biopolítica e Gestão das Populações	78
2.3. O Controle Estendido nas Redes	81
2.4. Transformação das Forças Produtivas	83
2.5. Outras Biopolíticas: Resistências na Construção do Comum.....	87
2.6. Biopolítica, ESF e Produção do Comum	90
2.7. No Fio da Navalha: Invenção e Controle na ESF.....	94
2.8. Práticas do Comum.....	101
Capítulo 3 - As Práticas do Comum no Cuidado.....	113
3.1. O Mototáxi.....	113
3.2. Cuidando no Comum.....	114
3.3. Cuidado e Tecnologias Leves	116
3.4. Grupo de Saúde Mental ou Cuidando junto ao Saber dos Usuários ou Pontuando o Político.....	120
3.5. Seu Paulo ou Habitando os Paradoxos	128
3.6. Seu Marcos ou Quando o Dia-a-dia Resiste	132
3.7. Júlia ou o Cuidado como Amizade	137

3.8. Kelly ou Por um Cuidado Menor.....	143
3.9. Reunião de Equipe ou Fazendo uma Curadoria Ética das Práticas	150
3.10. Direções Ético-tecnológicas para as Práticas do Comum no Cuidado	155
Considerações Finais	155
Referências	171

Introdução

Encontramo-nos no meio de tudo. É a manhã de uma segunda-feira qualquer. Ao redor de nós acontece um posto de saúde. Bebês choram após tomarem vacinas. Uma senhora de cinquenta e dois anos grita com a técnica administrativa porque não saiu a marcação de ortopedista que ela pediu há seis meses. Crianças correm. Uma delas dá um encontrão na enfermeira que cruza o corredor apressada para pegar um equipamento na sala de uma colega. Senhoras saem sorridentes para o grupo de caminhada. A Agente Comunitária de Saúde (ACS)¹ Nilza sai pelo portão atrás delas, vestida com seu colete cinza. Leva uma mochila, um caderno e uma garrafa d'água cheia pela metade. Faz sol, muito sol, mais do que calor. Nosso olho² a acompanha, enquanto ela dobra a direita, passa por baixo do viaduto e atravessa a passarela. A sua nuca tem um que de misteriosa, bem como seu sorriso. Parece uma amiga em que você não pode confiar sempre, mas que estará ali quando você precisar.

Ela entra na comunidade e cumprimenta duas gestantes que caminham do outro lado da rua. Estão indo fazer as compras para o almoço. *Bom dia Marta, não esqueça da sua consulta com o doutor quarta-feira!* Grita para usuária. Essa responde com um aceno. Nilza caminha rápido, logo se embrenha em um pequeno beco. Nosso olho mal cabe ali, é apertado. Através das portas abertas pode se espiar fogões acesos cozinhando feijão. Entreveem-se TVs ligadas ao fundo das casas, sem ninguém por perto. É como se fossem uma pessoa da família conversando sozinha, continuamente.³ Crianças brincam nas ruelas. As casas vão ficando mais feias à medida que se adentra nas ramificações das ramificações dos becos. Pequenos riscos escuros atravessam de cima a baixo as paredes de concreto, certamente fruto de infiltrações. Vê-se uma escada que dá direto em um segundo andar: aberta, sem proteção, nas qual alguém receoso pode vislumbrar uma idosa caindo. A ACS passa por uma barraca. Dois senhores tomam cachaça, vestidos com calções de futebol, sem camisas, barrigas projetadas. Cumprimenta-os.

Nilza parece nervosa, para. Bate palmas em frente a um portão. *Seu Nelson! É a Nilza da Clínica da Família!* O idoso abre a porta e carrancudo a deixa entrar. Como não foi

¹ A sigla ACS será utilizada nesse trabalho para designar Agente(s) Comunitário(a)(s) de Saúde, independente de gênero ou de estar no singular ou plural.

² A maneira como nosso olho acompanha Nilza é inspirada em descrições realizadas por Suely Rolnik (2011) no livro *Cartografia Sentimental*. O longo take dessa cena, que acompanha a personagem por diversos espaços inspira-se no filme no filme *Elefante* (2003), de Gus Van Sant.

³ A presente percepção sobre o uso da TV em casas visitadas foi construída pela psicóloga Rosana Mira Nunes Limeira, colega de Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF).

convidada a sentar, fica em pé. Nelson murmura frases curtas, ou melhor, pedaços de frase. Fala para dentro, não se entende bem o quê. Ostenta feridas vermelhas e inchadas na perna. *E aí, seu Nelson, tem feito o curativo?* Ele responde: *Não consegui, não, Dona Nilza. Você sabe o que aconteceu? A vizinha de cima entrou aqui junto com dois meninos de fuzil e roubaram toda a gaze e esparadrapo que você deixou. Eram uns meninos estranhos, pareciam ator de filme, falavam inglês e tudo.* A ACS franze a testa. Sua expressão no rosto é equivalente à frase: ***o que esse maluco tá falando?*** Logo sua fronte se alivia. Já com uma ternura professoral diz: *Seu Nelson você tinha que ter avisado a gente. É muito importante que você cure essa ferida. O que você acha de eu ir lá na sua sobrinha hoje à tarde deixar o material com ela? Ela já se ofereceu, vai vir aqui todo dia te ajudar.* Nelson olha um pouco consternado e acena afirmativamente a cabeça. Nilza agradece e diz que já tem de ir embora, *volta lá dia seguinte.* Ao vê-lo cabisbaixo e distraído o cutuca. No momento em que ele levanta a cabeça, a moça olha fundo e pisca o seu olho esquerdo. Esboça um meio sorriso e fala: *Tamo combinado então. Mas, ó. Ai de você se não deixar ela entrar!* Nelson ri um pouco desajeitado. Nilza vira as costas e sai, retomando seu rápido andar rumo à outra casa.

Voltamos para cá, para as letras e análises. Quanta coisa aconteceu nessa hora que acompanhamos a ACS. Não há dúvida que Nilza se comunica bem. Ela conhece os códigos afetivos. Maneja os toques, os olhares. Sabe a linguagem. Pisca, cutuca, sorri, chama a sobrinha. Invade um pouco, impõe outro pouco. Mas, cuida, efetivamente cuida. É difícil pensar algum outro profissional⁴, mesmo com todo estudo do mundo, apresentando a sua destreza, tendo a ascendência afetiva que ela tem sobre Seu Nelson.

Mas, fica uma questão: será que ela não poderia cuidar diferente? Ela não escuta muito Nelson, logo parte. Se o trabalho não fosse tão corrido! Parece que ela tem um pouco de preconceito também. Se ela soubesse que pode conversar com maluco que nem com qualquer outra pessoa, brincar com ele, entrar na viagem. Se soubesse que a conversa é tão importante quanto ele fazer o curativo. Ou ainda, que entender melhor a vida de Nelson na conversa tem tudo a ver com fazer o curativo. Por que esse senhor faria o curativo? Quem ele ama? De que ele gosta? Por que vive? Fazer curativo todo dia é muito chato, ninguém faz isso sem motivo. Nilza não sabe, tem até curiosidade de perguntar. Mas, não dá tempo. Talvez nunca tenham lhe explicado que ela poderia cuidar.

⁴ A definição de profissional de saúde aqui utilizada inclui todos que produzem saúde a partir dos serviços. Obviamente incluem-se nela os ACS, mas também poderiam estar os jardineiros, seguranças, auxiliares de serviço gerais, etc.

Ela fez uma prova. Estava cansada de pegar dois ônibus todo dia para trabalhar de garçoneiro no shopping. E então, pronto: Agente Comunitária de Saúde. Trabalho perto de casa, maravilha! O estranho é que ela logo gostou da história - tinha cuidado muito tempo de sua mãe acamada, sentia muitas saudades dela. E cuidar dos outros lhe dava uma lembrança boa, um calorzinho no peito. Porém, não era bem isso que pediam dela. Passavam-lhe listas de pessoas para visitar, metas para cumprir, consultas para marcar. Cobravam que lançasse todos os dados no sistema até o final do mês. Mesmo assim ela fazia questão de bater um papo, cumprimentar, olhar no olho. Descobrir os problemas das pessoas e pensar o que ela poderia fazer de diferente para ajudá-las.

Nilza não existe, pelo menos não de forma exata. Mas, poderia muito bem ser uma ACS no Rio de Janeiro. Pode ser considerada junto a Nelson e a comunidade onde ele vive uma mistura de várias vivências do autor na Atenção Básica⁵ (AB) dessa cidade. Trouxemos a história dela, porque revela traços potentes e assustadores, do que podem os profissionais desse tipo de serviço. Trilhando as ruas e vielas, cuidando e invadindo, mandando e sendo carinhosos. Se fosse um filme Nilza não seria heroína nem vilã. Seria uma pessoa comum.

A maneira como a nossa personagem toca, olha, induz, nos parece um elemento importante para entendermos como se opera o cuidado na Estratégia de Saúde da Família (ESF). São habilidades centrais que criam outro tipo de comunicação: familiar, simples, como se fosse uma tia falando. Geram uma confiança que é usada para inclinar Nelson a fazer o que a ACS considera adequado. Porém, ela não pergunta o que o idoso quer, já sugere, quase impõe. Essa sutileza entre controlar e cuidar permeará todo esse trabalho. Também tentaremos compreender como essa sagacidade comunicacional, esse saber afetivo que Nilza demonstra no caso podem ser potencializados na produção de outro cuidado, próximo, que se democratiza.

A presente pesquisa consiste em um estudo de metodologia cartográfica realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶ na Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Uma

⁵ Utilizaremos de forma equivalente os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS). Fazemos isso cientes das discussões existentes no campo que ora afirmam que a origem do termo Atenção Básica relaciona-se a um funcionamento dos serviços que oferece um pacote básico/simplificado de ações em saúde (PAIM, 2012), ora o colocam como nomenclatura criada para resistir a esse tipo de modelo (MARTINS & CARNEIRO, 2014). Independente da escolha terminológica, entendemos que a Atenção Básica brasileira carrega uma série de singularidades, que a diferenciam do campo mais amplo da Atenção Primária à Saúde, como a ênfase no trabalho territorial, a presença das práticas de Educação Popular em Saúde, ou a presença dos Agentes Comunitários de Saúde como profissionais contratados do poder público.

⁶ A sigla UBS será utilizada nesse trabalho para designar Unidade(s) Básica(s) de Saúde, independente de o termo estar no singular ou plural.

delas, chamada Clínica da Família Felipe Cardoso (CFFC), no bairro da Penha é apoiada por uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) onde fui psicólogo entre março de 2015 e abril de 2016. As outras duas – Centro Municipal de Saúde (CMS) Iraci Lopes em Vigário Geral e Clínica da Família (CF) Joãozinho Trinta em Parada de Lucas - são apoiadas pela equipe de NASF onde desde abril de 2016 atuo. A pesquisa foi realizada acompanhando os espaços cotidianos de trabalho nesses locais.

Seguindo as pistas desenhadas por Nilza temos como objetivo compreender formas de se utilizar saberes cunhados no dia-a-dia para produzir outras relações de cuidado. Pensar como são geradas relações terapêuticas mais horizontais, que comportem uma multiplicidade de conhecimentos e que favoreçam a expansão da autonomia⁷ de profissionais e usuários. Entende-se desse modo o cotidiano como chão básico⁸ onde as pessoas sofrem e se reinventam, e onde podemos colher práticas que modifiquem a produção de saúde.

O texto entremeia relatos de campo com análises conceituais realizadas em diálogo com autores principalmente das áreas da psicologia social, da saúde coletiva e da filosofia da diferença. Buscaremos assim subsídios para analisar as práticas de cuidado, compreendendo como elas ocorrem na relação com as disposições do modelo da AB. Visa-se construir ferramentas que potencializem essas práticas a partir das afetações de profissionais e usuários, na relação com suas experiências singulares de vida.

Iniciaremos com uma descrição do percurso dessa pesquisa, da metodologia e da política de narratividade utilizadas na mesma. Seguirá uma apresentação das UBS e das áreas por elas atendidas, locais onde se produziu a pesquisa. No primeiro capítulo, chamado *Abrindo o Tabuleiro: A Grande Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro*, apresentaremos as políticas da Atenção Básica, com especial ênfase em como elas se implantaram no município do Rio de Janeiro. A partir da análise local da execução dessa política, pretende-se abrir o tabuleiro e apresentar as peças/personagens que jogarão o jogo da nossa pesquisa. E, principalmente, compreender quais as condições que o modelo referido oferece às práticas de cuidado e como ele as direciona, traçando uma linha transversal entre as práticas de cuidado e os processos de gestão.

O segundo capítulo, chamado *Saúde no Fio da Navalha: Entre Biopolíticas, Controle e as Práticas do Comum*, analisa a constituição dos sistemas de saúde – com

⁷ Esse conceito será explorado de forma aprofundada no capítulo 2 desses escrito, no trecho chamado Práticas do Comum.

⁸ Essa ideia de cunhar resistências no *chão básico* como forma de tencionar a produção de saúde na AB, foi sugerida pelo professor Iacã Macerata, na banca de qualificação

especial ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) – em suas vertentes de controle e de extensão direitos. Traça também um sucinto panorama das estruturas produtivas e dos processos de subjetivação no capitalismo pós-industrial, nas capturas das forças inventivas e nas possibilidades de resistência nesse contexto. Encontramos nos conceitos de biopolítica (FOUCAULT, 2012; NEGRI; HARDT, 2009; PELBART, 2015) e construção do comum (NEGRI; HARDT, 2009) aliados importantes para esse trajeto. Desenhamos ao final do capítulo o conceito central desse trabalho, chamado de *práticas do comum*. Estas buscam delinear um cuidado que afirme a produção de autonomia, a valorização de diferentes lógicas e saberes e a desespecialização dos fazeres.

No terceiro capítulo, *As Práticas do Comum no Cuidado*, exploraremos como operam as práticas do comum no cuidado, aprofundando os relatos de campo. Após uma breve exploração do conceito de cuidado acompanharemos alguns casos – de atendimentos grupais, domiciliares, conjuntos – com os quais pretendemos captar nos fazeres mais simples as possibilidades de resistência. O dia-a-dia fornece pistas para modulações nas lógicas de cuidado, ativando um chão comum entre profissionais e usuários, engendrando novas maneiras de viver, sofrer e acompanhar. Desse modo, operam transformações extensivas, modificando os serviços e a produção de saúde. O capítulo finaliza com uma síntese das direções ético-tecnológicas produzidas, incluindo sugestões de operacionalização nas práticas realizadas na Estratégia de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Percurso e Questões de Pesquisa

O percurso dessa pesquisa antecede o ingresso no programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) e seguirá após essa dissertação ser finalizada. Integra um esforço constante de compreensão e produção de ferramentas, partindo da necessidade de reinventar as práticas sanitárias e psicológicas frente aos desafios gerados no encontro com profissionais e usuários.

Iniciei minha história na saúde da família⁹ na cidade de Porto Alegre/RS, onde entre os anos de 2013 e 2015 participei do programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, tendo como campo uma UBS na zona norte da cidade, no bairro Parque dos Maias. Muitas das reflexões aqui presentes começaram a se desenvolver naquele momento, a partir de um espaço de educação permanente organizado junto aos ACS da unidade¹⁰ durante dois anos. Nesse eram trabalhadas questões do processo de trabalho, com ênfase no desenvolvimento de ferramentas para o cuidado em saúde mental. A partir do encontro com esses profissionais foi possível desenvolver a primeira formulação do conceito de práticas do comum¹¹.

No Rio de Janeiro, comecei a trabalhar no NASF em Março de 2015, apoiando a Clínica da Família Felipe Cardoso, como colocado acima. A pesquisa foi iniciada nesse local, então com o objetivo de acompanhar um projeto de registro e divulgação da história das comunidades do bairro da Penha – atendidas por aquela UBS -, acompanhado os efeitos desse processo em termos de promoção da saúde e mobilização social. A investigação se daria no cotidiano do trabalho utilizando estratégias múltiplas, escolhidas no contato com as necessidades locais. Entre elas estavam: oficinas; elaboração de produções culturais e artísticas ligadas à temática; rodas de conversa e entrevistas com moradores antigos. Foi possível encontrar parcerias para a pesquisa com a Organização Não Governamental (ONG) local Centro de Educação Multicultural e com profissionais vinculados à Secretaria Municipal de Educação atuando em escolas do bairro. Pretendia-se primeiro realizar entrevistas com os moradores mais antigos sobre a história e desenvolvimento das comunidades. Após,

⁹⁹ O termo *saúde da família* será utilizado nesse texto como sinônimo de Estratégia de Saúde da Família.

¹⁰ O termo *unidade* será utilizado nesse texto como sinônimo de UBS.

¹¹ Essa pesquisa resultou em um trabalho de conclusão de residência e tornou-se também o artigo Em Busca do Comum – O Cuidado do Agente Comunitário de Saúde em Saúde Mental, aprovado para publicação pela Revista Physis e que foi escrito junto a minha orientadora na época, Luciana Rodriguez Barone.

realizadas as entrevistas, tínhamos a intenção de levar alguns dos entrevistados para participar de oficinas nas escolas do bairro, favorecendo a divulgação das memórias locais aos mais jovens, buscando os ressoares dessas na realidade atual.

No entanto, dentro da Clínica da Família surgiram barreiras importantes para a realização da pesquisa: dificuldades na sua integração ao processo de trabalho e pouco reconhecimento de sua importância. Entre os colegas surgiam divergências, a partir do entendimento de que a investigação teria motivações principalmente acadêmicas e pessoais, sendo realizada durante o horário de trabalho. Consideraram que o trabalho com a memória local estaria fora do escopo dos fazeres da ESF. Penso que as críticas que surgiram não eram de todo incorretas e colocaram novos desafios para a investigação. Havia de fato uma cisão entre os espaços cotidianos de trabalho e a pesquisa na forma como vinha sendo conduzida. O projeto em geral careceu de um esforço suficiente de construção coletiva. Essas dificuldades favoreceram que me sentisse pressionado como pesquisador, contribuindo para uma postura investigativa insegura e defensiva.

Havia também um descompasso da temática trabalhada com o estilo assistencial do equipamento. Esse serviço contava com um número grande de profissionais (cerca de cento e cinquenta), com extensa área e população atendidas, o que dificultava o conhecimento das características do território¹². Era bastante difícil a comunicação interna, com recurso frequente a mensagens via internet e telefone. Havia pouquíssimos espaços presenciais que ofereciam a oportunidade de discutir os fazeres e produzir reflexões. Afirmava-se um processo de trabalho especialmente centrado em consultas individuais e ações curativas, em detrimento de ações de prevenção e promoção à saúde. Além disso, havia importante sobrecarga do NASF por dar conta de treze Equipes de Saúde da Família (EqSF), quatro a mais do que o número definido como máximo pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a). Encontrou-se na equipe da unidade¹³ a parceria de exclusivamente uma ACS para a realização do projeto.

Do que estava planejado foi feita uma única entrevista com uma moradora da área e foram registrados em diário de campo relatos de espaços cotidianos de trabalho, também entendidos como constituintes da pesquisa. Alguns desses serão utilizados nesse escrito, selecionados a partir das novas questões formuladas.

¹² O conceito de território será explorado em seção específica do capítulo 2 desse escrito.

¹³ O termo *unidade* será utilizado como sinônimo de Unidade Básica de Saúde nesse texto.

Em Abril de 2016 me transferei para o NASF que apoia a Clínica da Família Joãosinho Trinta e o CMS Iraci Lopes. A partir dos aprendizados decorrentes das tensões no campo anterior, foi possível redesenhar a pesquisa nos novos locais, de forma que não se estabelecesse essa dualidade entre os processos propriamente de pesquisa e os de trabalho cotidiano. Desse jeito, o pesquisar pôde se desenrolar de forma mais leve e fluida e as direções investigativas emergiram engatadas no campo, no lugar de ser trazidas em moldes pré-prontos. Passei então a registrar em diários de campo as diversas atividades desenvolvidas no trabalho do NASF, incluindo atividades coletivas, atendimentos (compartilhados com outros profissionais ou específicos de psicologia), visitas domiciliares (VDs) e ações comunitárias. A partir desse acompanhamento do dia-a-dia foram emergindo novas questões, ligadas à produção de saúde com base em saberes provindos da experiência de vida de profissionais e usuários.

Ainda se mantinha o propósito de organizar um projeto ligado ao registro e divulgação a partir da APS da história local, nesse caso interpelando a memória dos bairros de Vigário Geral e Parada de Lucas. Porém, esse projeto colocava-se como de difícil execução, visto a grande pressão assistencial existente no dia-a-dia de trabalho, que poderia gerar dificuldades de assegurar tempo e recursos necessários. Temia ocupar novamente uma posição tensa como pesquisador se dependesse da realização dessa intervenção para gerar o material necessário para a escrita da dissertação. Assim, preferiu-se escolher problemas de pesquisa que desenhassem um escopo ampliado, no qual poderiam entrar as produções em torno da história local – caso elas ocorressem -, mas que incluíssem também as práticas de atenção à saúde.

Apesar dessas preocupações, de fato foi possível desenvolver um projeto sobre a história local a partir da Clínica da Família Joãosinho Trinta, sendo realizadas duas rodas de conversa e em torno de vinte entrevistas com moradores da comunidade de Parada de Lucas. No momento também se encontra em produção um documentário sobre a história dessa comunidade, em parceria com a Organização Social (OS) Viva Rio, gestora do equipamento. Porém, no âmbito da presente pesquisa esse caminho investigativo foi perdendo força, principalmente devido ao desenvolvimento do projeto em um ritmo lento, incompatível com o tempo determinado para a escrita da dissertação de mestrado. Entendemos que ainda não havia material significativo o suficiente a ser explorado a partir desse processo, esperando ser possível delinear investigações futuras abordando-o.

A partir do cotidiano do trabalho um novo objeto formulou-se, no caso, o cuidado. Realmente no contexto da ESF no Rio de Janeiro – que será analisado de forma mais minuciosa no decorrer do texto -, existe pouco espaço para as ações preventivas e de

promoção de saúde. São incentivadas, sobretudo, as ações de atenção à saúde em seu viés curativo, acompanhando sofrimentos, patologias e condições referidas pelos usuários. Desse modo sobressaem-se atendimentos individuais ou conjuntos, visitas domiciliares, discussões de caso e grupos terapêuticos. Visto os imensos desafios que essas práticas oferecem, principalmente nos contextos de grande vulnerabilidade social, violência e frequente violação de direitos acompanhados, reflexões sobre as mesmas foram emergindo com mais força e tornando-se progressivamente o elemento central desse trabalho.

A Estratégia de Saúde da Família a partir de suas diversas características chama o cuidado em saúde a se reinventar, seja em suas vertentes psi, biomédicas, ou baseadas nas produções da saúde coletiva. A maioria dessas teorias e técnicas, inventadas em laboratórios, universidades e consultórios em bairros ricos, necessitam de importantes transformações para ali operar. Precisam ser desmontadas e remontadas para formar uma caixa de ferramentas útil, o que ocorre somente quando são agenciadas com outras lógicas de conhecimento: populares, afetivas, locais. Lancetti (2006) nos sugere que a AB por mais que seja um espaço de baixa densidade tecnológica - dentro da concepção corrente do termo - é um espaço onde se exerce um cuidado de alta complexidade. A presença do equipamento no território onde as pessoas vivem, a necessidade de conhecer e compor com elementos desse - dinâmica comunitária, tráfico de drogas, vizinhos e amigos - e a possibilidade de utilizar múltiplas estratégias terapêuticas - individuais, coletivas, domiciliares, comunitárias - geram um campo onde pode se singularizar os projetos terapêuticos.

Ademais, acreditamos que os elementos colocados acima chamam à constituição de um ambiente de cuidado no qual se misturam o tempo inteiro a vida pessoal de profissionais e usuários, e as terapêuticas construídas no encontro entre eles. Passamos a ver com frequência momentos onde se cunhavam ferramentas de cuidado a partir de suas histórias, experiências de vida, posições sociais/étnico-raciais/de gênero, locais de nascimento. E que esses fazeres, que por vezes pareciam simples demais, sem a base técnica ou o distanciamento suficientes, tinham efeitos surpreendentes, gerando transformações que ocorriam não a partir da aplicação neutra de prescrições, mas de uma criação conjunta de soluções, a partir da proximidade.

Nessa trilha cunhada no cotidiano do trabalho foi possível formular as questões centrais dessa pesquisa. Pretendemos explorar como estabelecer relações de cuidado que potencializem saberes locais, desespecializem os fazeres, desindividualizem os problemas de saúde e favoreçam a autonomia. Entender como a reinvenção de saberes provindos das experiências de vida de profissionais e usuários podem modificar as práticas de cuidado na ESF. Ou ainda, como no encontro esses atores podem traçar um campo comum, engendrando

processos de singularização. Não há aqui a pretensão de encontrar respostas para essas questões, mas de abrir simultaneamente um campo problemático e nele encontrar pistas que sirvam de apoio a pesquisadores e trabalhadores, sobretudo na lida com os desafios práticos das ações de saúde.

Metodologia

A presente pesquisa foi realizada no cotidiano de trabalho do pesquisador, nas atividades correntes de sua função como psicólogo do NASF, não havendo espaços específicos de investigação nas UBS em que se investiga, mas esses se mesclando ao processo de trabalho. Assim, acompanharam-se principalmente: atividades coletivas; atendimentos individuais e familiares, compartilhados com outros profissionais ou específicos da psicologia; discussões de caso; reuniões de equipe e outros espaços de planejamento entre profissionais; visitas domiciliares; espaços de controle social; atividades de promoção de saúde. Os momentos de estudo, registro e escrita foram realizados fora do horário laboral.

Em termos da pactuação da pesquisa no campo, na CFFC foram realizadas algumas poucas conversas com a equipe NASF e gerência. Nesse sentido, utilizaremos somente materiais provindos dos registros realizados no dia-a-dia do trabalho e nos quais o pesquisador tenha papel central, evitando se aprofundar nos comentários sobre as práticas de outros profissionais. Em Joãosinho e Iraci a pesquisa foi apresentada e debatida com as gerentes que passaram pelo local e apresentada nas reuniões gerais das UBS, nas quais estavam presentes a maioria dos profissionais das unidades. Por entender esses últimos espaços como pouco disponíveis ao debate e esclarecimento de dúvidas, o tema foi retomado nas reuniões das Equipes de Saúde Família com as quais o pesquisador mantém relação mais direta, bem como em uma reunião com a equipe NASF e residentes. Além disso, o projeto da pesquisa foi apresentado ao centro de estudos da área programática (AP), responsável por acompanhar processos investigativos na rede de saúde da região.

A investigação foi aprovada nos Comitês de Ética em Pesquisa da UFF e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Todos os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo e os dados da pesquisa serão guardados pelo pesquisador por até cinco anos. Visto que, segundo o referencial da cartografia não há uma clara delimitação das fronteiras do campo, nem dos tempos onde acontece a pesquisa, ela foi apresentada pela primeira vez em Joãosinho e Iraci antes da aprovação do comitê de ética, entendendo que ela naquele momento já estava em curso. Esse fato foi informado para as

equipes das unidades, que não obstaculizaram ao fato da investigação estar em andamento antes do fim da tramitação. Foi reapresentada após a aprovação nos comitês de ética, momentos nos quais também foi feito o convite para formalizar a participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente os profissionais e usuários com quem trabalhei de forma mais direta e que, portanto, aparecem no texto, foram convidados a assinar esse documento.

A presente investigação segue as normas da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Essa se refere especificamente a pesquisas com seres humanos que tenham base nas Ciências Humanas e Sociais e dispensa a aplicação de TCLE quando a investigação é realizada no ambiente em que o pesquisador trabalha, desde que os espaços estudados já estejam incluídos na rotina laboral do mesmo. A partir dela foi possível um trabalho mais livre de registro e análise, visto a impossibilidade de convidar todos os profissionais e usuários citados para assinar os termos. Alguns nem se encontravam ao alcance do investigador na época em que o texto foi produzido, já que muitas análises e registros foram realizados a posteriori.

Planeja-se a realização de um ou mais espaços de devolução ao final da pesquisa. O formato dessa devolução ainda não está definido, mas planeja-se realiza-lo com participação dos profissionais das equipes apoiadas de forma direta pelo pesquisador e dos usuários acompanhados que tiveram seus casos analisados no trabalho. Será dada preferência a encontros em pequenos grupos, a organização de espaços que facilitem a circulação da palavra e a construção coletiva de significados sobre a pesquisa realizada. Além disso, pelo fato de a pesquisa realizar-se imbricada ao dia-a-dia do trabalho, devoluções a profissionais e usuários foram ocorrendo em ato, a partir dos reposicionamentos do pesquisador na relação com os mesmos, e a explicitação de fazeres e análises descobertos em momentos de cuidado ou educação permanente.

O referencial metodológico para essa pesquisa é o da cartografia. Essa aposta em estratégias de investigação que, antes de buscarem um resultado pré-definido, ou focarem-se somente nos achados finais, acompanham processos (BARROS; KASTRUP, 2009), em um apego à trama, mais que ao desenlace (DREXLER, 2010). O olho brilha quando encontra o que se move no pesquisar, enquanto as mãos examinam e desdobram os deslocamentos achados, em uma linha de contágio.

Assim, há uma intenção de, ademais de explicitar elementos de uma vivência de pesquisa, produzir-se um cuidado no acompanhamento dessa experiência (KASTRUP; PASSOS, 2014). Ativamente, o que se propõe é a transformação dos atores que produzem a

investigação – os que são tradicionalmente categorizados como pesquisadores e pesquisados. Essa função de cuidado é acentuada pela apreensão de que essa divisão é absolutamente artificial, pois enfatiza uma lógica que privatiza o conhecimento, fazendo-o uma propriedade dos acadêmicos, enquanto que objetifica os participantes, delegando-os a uma posição passiva. Contrapondo-se a isso, a cartografia aposta que sujeitos e objetos de pesquisa emergem do encontro, em uma coprodução que deve ser acompanhada e cuidada. Visa-se evitar as clássicas desigualdades de posição na produção de conhecimento, que desenham uma linha estrita entre os que têm propriedade para falar sobre os outros e os que são material para que os cientistas falem sobre.

Desse modo, na cartografia se engendra

um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes se tornaram obsoletos. (Rolnik, 2011, p.23).

Passos e Barros (2009a) salientam que na cartografia há uma reversão do sentido tradicional de método, pois não mais se traça um caminho para alcançar metas pré-estabelecidas (metá-hódos), sendo sim no percurso que estas são construídas (hódos-méta). Dessa forma, espera-se que durante o percurso as questões norteadoras e as abordagens no campo, como entrevistas ou rodas de conversa, possam modular-se e adaptar-se aos movimentos locais. Captam-se as saliências que se insinuam no encontro, escolhendo modos de fazê-las produzir novos saberes e acompanhando as perguntas por elas propostas.

A cartografia define-se como uma forma de pesquisa-intervenção, entendendo que esses dois termos nunca andam em separado. (PASSOS; BARROS, 2009a) Nesse sentido, produzir conhecimento é sempre intervir sobre o que se conhece. O saber não precede o momento da pesquisa, mas ele produz-se em ato, na mútua afetação entre os que nela atuam. A intervenção realiza-se na direção de desestabilizar os discursos instituídos a partir da produção de analisadores¹⁴ das dinâmicas institucionais. Esses operam a análise ao catalisar sentidos, expondo na imprevisibilidade do acontecimento os instituídos na produção de subjetividade e no funcionamento das organizações. Simultaneamente, desenham os possíveis

¹⁴ Os analisadores seriam acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe. Eles assinalam as múltiplas relações que compõem o campo tanto em seu nível de intervenção quanto em seu nível de análise. (Passos; Barros, 2009a)

escapes destes engessamentos, desnaturalizando o existente e abrindo novos trajetos criativos. (AGUIAR, 2009)

A escolha dessa metodologia não é fortuita, pois “não há indiferença no trabalho com os conceitos quando sabemos que são operadores de realidade.” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 7) Propõe-se uma produção de conhecimento engajada, que faz compromissos ético-políticos com os saberes localizados (HARAWAY, 1995)¹⁵, as vozes silenciadas, os povos invisibilizados. Engata teorias e práticas para fazer do cartógrafo corpo de passagem de afetos múltiplos. A construção de conhecimento se dá de forma polifônica, onde inexistente uma hierarquia entre os saberes científicos e populares. O cartógrafo é chamado a uma atenção diferenciada, procura detectar signos e forças circulantes - pontas do processo em curso (KASTRUP, 2009) - que servem para (des)formar o real, revelando nele outras faces. Desse modo, perscrutando o invisível, busca formas de exprimi-lo. Posiciona-se atento e calmo, presente e itinerante, antes de tudo, disponível.

Delineia-se um método que opera o trajeto contrário ao tradicional: onde parte-se do concreto para produzir o abstrato. Ao invés de se espreitar na miríade dos eventos as possíveis regularidades, descartando o que destoa, pontuam-se as singularidades, procurando a elas se agenciar, “incluindo-se em sua paisagem, acompanhando os seus ritmos.” (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p. 143) O que interessa é o saber encarnado, o que se expressa através das falas, fazeres e afetos que engendram o mundo.

Dessa forma, fazem-se visíveis diversos saberes corporificados que atravessam o pesquisador e os sujeitos com quem se pesquisa. No esforço de captar as singularidades acompanham-se posições localizadas, que se distribuem a partir dos diferentes atravessamentos dos envolvidos. O desafio encontra-se em traçar um plano comum entre essas múltiplas perspectivas (KASTRUP; PASSOS, 2014), de forma que se agenciem enunciações coletivas de forma inclusiva, efetivando um mosaico de diferenças. A cartografia se enraíza nas experiências, produzindo comunicação entre essas e cunhando um plano expressivo para que se atualizem. Por exemplo, a presente pesquisa tenta operar a construção de um plano comum entre: os saberes vivenciais de profissionais e usuários, múltiplas posições que atravessam o pesquisador - trabalhador, militante -, várias linguagens - da AB, das ruas e comunidades, da universidade - e diversos campos de conhecimento - saúde coletiva, psicologia social e filosofia da diferença.

¹⁵ Conceito analisado com maior profundidade no capítulo 3 desse escrito.

É de se esperar que uma postura investigativa que aposta nos efeitos de presença do pesquisador gere uma série de questionamentos. O que fazer com o que se sente? Como catalisar os afetos em direções que multipliquem os vetores de análise e intervenção? Para fazer produzir o que lhe interpela o pesquisador utiliza-se da análise de implicação (PAULON, 2005). Essa ferramenta busca acompanhar as diversas relações de poder no campo de investigação, buscando como essas atravessam a investigação. Também perscruta os ressoares afetivos, buscando expandir as possibilidades de transformação a partir da intensificação dos mesmos.

A análise das implicações de todos que integram um campo de intervenção permite acessar, nas instituições, os processos de institucionalização. O que Lourau designa de implicação diz respeito menos à vontade consciente ou intenção dos indivíduos do que às forças inconscientes (o inconsciente institucional) que se atravessam constituindo valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é, as formas que se instituem como dada realidade. A análise é, então, o trabalho de quebra dessas formas instituídas para dar expressão ao processo de institucionalização. (PASSOS; BARROS, 2009a, p. 19)

Para registrar e analisar os dados produzidos foram elaborados diários de campo. Esse é entendido como um elemento de intervenção, pois serve para repaginar as informações e afetações vivenciadas. A partir da desnaturalização do agir investigativo questionam-se os enquadres da pesquisa, modificando as intervenções ao ressignificar os atos, direcionando os seguintes. (PEZZATO; L'ABBATE, 2011) No diário cabe o registro do que acontece nos espaços de trabalho/pesquisa, indo além de um registro factual. Busca-se evidenciar paisagens afetivas, os rastros que escapam ao risco reto da caneta, os elementos fora-texto (BARROS; PASSOS, 2009) que assinalam a emergência de novos arranjos subjetivos. Também se relaciona com as formações provindas da história, das relações políticas que coproduzem o que se vê, sendo uma das ferramentas para operar a análise das implicações descrita acima. Os diários de campo produzidos nessa pesquisa cumpriram uma dupla-função: de fins investigativos; e como instrumento de trabalho, sendo utilizados como suporte nas reflexões do pesquisador/trabalhador sobre as suas práticas e no desenvolvimento de novas ferramentas.

A escolha da metodologia parece adequada ao local de pesquisa, no caso as Unidades Básicas de Saúde onde o pesquisador trabalha e as áreas por elas atendidas, bem como compõe bem com os problemas de pesquisa aventados. Esses tratam fundamentalmente da produção de cuidado nos encontros entre os saberes cotidianos de profissionais e usuários. Nesse sentido, entendemos que o conhecimento sobre o tema pode ser produzido de forma

potente através de uma perspectiva metodológica que valorize os múltiplos saberes sem hierarquia e que se proponha a captar as várias nuances do invisível que é engendrado de forma terapêutica nesses encontros.

Política de Narratividade

Assim como a definição dos conceitos com os quais se irá dialogar é sempre um ato político, a maneira como expressamos as experiências de pesquisa também o é. A escolha por uma ou outra técnica de investigação – entrevista, observação participante, roda de conversa -, define dados que se produzirão em detrimento de outros. (PASSOS; BARROS, 2009b) A escolha de um local de pesquisa, de uma forma de apresentá-lo e a maneira como se organiza uma dissertação geram narrativas. E a política de narratividade engendradora constrói e revela mundos.

Cabe frisar que o presente trabalho é fruto de múltiplos compromissos ético-políticos. O principal deles é com os trabalhadores e usuários da Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, entre as diversas maneiras de lidar com os problemas de pesquisa, foram preferidas sempre que possível as alternativas que respondessem aos desafios colocados pelo cuidado nesse campo - identificados a partir da minha imersão como profissional da área e como militante do movimento sanitário. Especificamente o lugar colocado ao profissional do NASF¹⁶ em suas atribuições técnico-pedagógicas chama ao desenvolvimento de estratégias de cuidado que sejam passíveis de transmissão acessível. Esse chamado torna-se bastante desafiador ao psicólogo, acostumado a trabalhar com conceitos formulados de forma pouco tangível a outros profissionais de saúde. No encontro com os profissionais da EqSF é necessário um constante esforço de sistematizar e traduzir as práticas, no intuito de construir de forma conjunta ferramentas utilizáveis. Da mesma forma, cabe um olhar sempre atento para potencializar fazeres e saberes que já se insinuam no cotidiano desses trabalhadores – olhar esse que direciona boa parte da linha argumentativa dessa pesquisa.

Nosso principal esforço está na expansão das possibilidades de análise no campo da Estratégia de Saúde da Família e na produção de ferramentas de intervenção. Pretendemos identificar algumas características de gestão e organização dos serviços, em suas aberturas e barreiras ao exercício do cuidado, bem como no respeito às estratégias de democratização do

¹⁶ O funcionamento do NASF é melhor explorado no capítulo 1.

SUS. Da mesma forma, enfatiza-se a produção de estratégias que auxiliem os profissionais a lidar com os inúmeros desafios colocados para a produção de saúde na Atenção Básica.

“O que tem primado é o plano da experiência enquanto intervenção, em que estão sempre encarnadas as ferramentas conceituais ou os operadores analíticos com os quais se trabalha.” (PASSOS; BARROS, 2009a, p.18) Realçaremos as intervenções terapêuticas singulares e as transformações por elas engendradas, buscando ressaltar as nuances de um encontro localizado e suas possibilidades de produzir inflexões. As descrições dos casos analisados foram feitas de forma aprofundada: *o que foi feito, o que foi falado e o que aconteceu depois disso*. Já na análise das cenas trazidas buscou-se ampliar as ferramentas para o cuidado na Atenção Básica, descrevendo-as de forma inteligível para que outros profissionais possam pegá-las na mão e coloca-las a agir.

Sabemos que nessa escolha corremos certos riscos: de parecermos protocolares, de soarmos prescritivos, de ensejarmos ambições generalizantes. A intenção desse trabalho não é essa e para evitar esse efeito tomamos diversas precauções. Porém, preferimos correr esses perigos, em vez de traçar análises por demais vagas, teóricas e inacessíveis. Talvez a partir dessa eleição seja gerado um efeito paradoxal: de sermos prescritivos sugerindo aberturas, de parecermos impor uma democratização do saberes. Essa atitude provém da experiência prática: nos campos de guerra¹⁷ que se tornaram os serviços de Atenção Básica por vezes as portas se abrem somente com pontapés. Compreendemos também que as direções aqui sugeridas devem ser utilizadas à medida que fizerem sentido nas práticas locais. É no cotidiano do cuidado que se verificará sua pertinência. De qualquer forma, quanto mais cheia for a nossa caixa de ferramentas, melhor, desde que saibamos quando usá-las.

Também pretendemos apostar em uma forma de produção de conhecimento na Saúde da Família. O saber que nos interessa afirmar é antes de tudo um saber de campo (CAMPOS, 2000)¹⁸, ascendente, que: surge a partir dos encontros transdisciplinares entre os diversos profissionais e os usuários por eles atendidos; funde, recorta e inventa tecnologias; se deixa afetar e se mescla no atrito gerado pela proximidade com as comunidades. Um saber vira-lata, que se deixa sujar, transbordando as nomeações e teorizações, em uma direção antropofágica (ROLNIK, 2010) das mais diversas teorias, técnicas e saberes. Dessa maneira, nos interessa aqui como os conceitos operam nas práticas. Conceitos que mais se experimentam do que se

¹⁷ Análise melhor explorada no capítulo 1.

¹⁸ Gastão Campos (2000) define campo como “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.” (p.220) Se configura então como um conjunto de saberes e tecnologias que se constroem frente às necessidades colocadas por certa área de atuação.

definem, cuja existência efetiva-se nas formas como se encarnam no mundo. A partir dessa mesma reflexão, nos autorizamos a utilizar em alguns momentos do texto uma linguagem mais coloquial, próxima ao dia-a-dia.

Muitas práticas descritas e análises realizadas nesse trabalho não poderiam existir sem o diálogo com uma série de campos do conhecimento nas áreas da psicologia e da saúde coletiva. Por muitos deles já estarem misturados de forma imperceptível na nossa forma de compreender o mundo, nem sempre foi possível citá-los no decorrer do texto. Porém, em um reconhecimento às contribuições dessas correntes, cabe listar as principais aqui. No campo da saúde são: as lutas e produções das reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras; a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b); as construções em torno da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007) e da Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012b). Já entre as correntes da psicologia e das ciências humanas sobressaem-se: a Análise Institucional, a Filosofia da Diferença, a Esquizoanálise, além da Psicologia Social brasileira, produzida na relação com essas vertentes. Claro que aqui referimos campos do conhecimento demasiado amplos, mas no decorrer do texto se esclarecerão as formas como conversamos com eles.

O fato do autor desse texto pesquisar e trabalhar no mesmo local gerou uma série de desafios importantes. Entendemos antes de tudo que existe uma dimensão de pesquisa que poderia ser inerente ao próprio trabalho, quando esse extrapola a mera repetição de tarefas prescritas. Trata-se de investigar junto aos profissionais e usuários, ensinar a perguntar e perguntar-se, ressignificar um processo de ensino-cuidado, opondo-se a uma execução mecânica de técnicas e protocolos. É permitir-se duvidar junto aos profissionais e usuários, até das coisas mais evidentes e legitimadas (como, por exemplo, as políticas estabelecidas nacionalmente para a ESF), é construir coletivamente uma perspectiva questionadora (DUHALDE, 1999) ¹⁹.

Nesse sentido, posso dizer que foi um respiro importante poder realizar essa pesquisa. Foi preciosa a possibilidade de, a partir do local de valorização e do tempo reflexivo diferenciado que operam na academia, poder repaginar as minhas práticas profissionais, pausá-las por alguns momentos para analisá-las e até deixar o olho brilhar. Da mesma forma, buscar as bases necessárias para formular críticas consistentes ao modelo de gestão que se imprime sobre os trabalhadores no município do Rio de Janeiro e entender como esse modula

¹⁹ Trecho livremente traduzido do espanhol e adaptado ao contexto da Atenção Básica em saúde, já que o original refere-se à prática do docente-pesquisador.

as práticas de cuidado gerou novas munições para poder resistir na prática profissional e na militância. Por outro lado, algumas vezes foi difícil comportar em um mesmo corpo a radicalidade da crítica acadêmica, a inventividade dos planos de fuga geridos na relação com os referenciais teóricos que baseiam esse escrito e a crueza do dia-a-dia no trabalho, a necessidade de rápidos posicionamentos frente a situações de urgência, a protocolização que como um pequeno vírus se insere nos fazeres.

Teve também efeitos sobre a pesquisa a escolha de trabalhar sobre materiais colhidos no dia-a-dia de trabalho e registrados em diário de campo, sem a construção de espaços separados de pesquisa, como entrevistas ou grupos focais. Essa escolha deve-se a intenção de valorizar as práticas cotidianas na ESF e na aposta de que no dia-a-dia dos serviços existe um material riquíssimo, que pode ser registrado e catalisado em tecnologias de cuidado, também servindo para a análise dos modelos de gestão no SUS e de produção de subjetividade.

A investigação realizada por um pesquisador/trabalhador nessas condições implica uma posição específica a partir da qual os relatos e análises serão enunciados, resultando em um enquadre pelo qual serão expostos os dados de pesquisa, por mais que se conduza o processo cartográfico de forma a abrir-se às multiplicidades. O lugar do profissional de NASF dentro do funcionamento da ESF é bastante diferenciado, simultaneamente marcado pela possibilidade de acompanhar uma quantidade ampla de profissionais, equipes, usuários e por ter entradas específicas no encontro com cada um desses elementos, ocupando uma posição de apoio, fronteira, estando sempre dentro e fora dos processos de trabalho e cuidado²⁰. Da mesma maneira, as análises realizadas sobre o modelo implantado na atenção básica carioca esteve atravessada por esse lugar específico de trabalhador, somado as construções provindas dos diversos espaços de militância do qual participei no curso dessa pesquisa, especialmente o OCUPASUS-RJ²¹ e coletivos autônomos de trabalhadores de Organizações Sociais, que se reuniam para discutir processos de trabalho e gestão no município e pensar estratégias de resistência.

²⁰ A dinâmica de funcionamento da Atenção Básica será melhor explorada no capítulo 1, descrição que pode ser utilizada para melhor compreender a posição do pesquisador.

²¹ O OCUPASUS-RJ foi o movimento que ocupou o núcleo do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro, por aproximadamente um mês no ano de 2016, em protesto contra as políticas de austeridade que vinham se desenhando por parte desse ministério à época. O mês de ocupação foi um importante espaço de encontros entre diversos setores da militância da saúde no município, diluindo fronteiras existentes anteriormente e forjando novas formas de organizar a resistência nesse campo. Seguiu se reunindo por alguns meses após essa ocupação e seu núcleo duro teve importante papel nos movimentos da saúde que adviram no ano seguinte na cidade. Diversos registros das ações realizadas pelo movimento podem ser acompanhados no histórico de postagens em sua página do facebook: <https://www.facebook.com/ocupasusrj/>.

A forma como foram organizados os capítulos também respondem a questões colocadas pelos atritos e enlaçamentos entre os campos da saúde da família e da academia. Por vezes parecia que era necessário responder simultaneamente a chamados diversos: a da precisão conceitual requisitada nas pós-graduações e a premência de oferecer pistas para as questões práticas do campo. Quando o texto aproximava-se de algo por demais operativo, com linguagem simples ou informal para academia, ainda havia o sentimento desse estar há anos-luz de uma produção que pudesse ser utilizada por trabalhadores da ponta, principalmente fora da área psi e dos iniciados à filosofia da diferença. E ao mesmo tempo, quando se buscavam análises que emergissem dos saberes de campo, pareciam que a elas faltava o trabalho conceitual necessário.

A tentativa de dar conta desse dilema, um tanto imaginário e um tanto real, nos fez percorrer trajetos no texto que retrospectivamente analisando talvez não fossem os ideais. Acabamos por formular o conceito central desse trabalho, de práticas de comum, já no capítulo dois, principalmente a partir do diálogo com conceitos e autores, sem explicitar de maneira clara as experiências de pesquisa e trabalho na ESF que possibilitaram as análises traçadas. Assim pode se gerar o sentimento de que as cenas descritas no terceiro capítulo vêm para justificar a análise teórica realizada no segundo capítulo, quando o trajeto realizado deu-se de forma imbricada entre o dia-a-dia de trabalho e a construção de ferramentas conceituais para explorar as questões nele suscitadas. Porém, visto que esse efeito foi notado tardiamente, não foi possível organizar a escrita de outra forma.

Na escrita da pesquisa, se notará a presença de diferentes sujeitos de enunciação. Quando aparecerem frases na primeira pessoa do plural, entra em jogo um pesquisador/trabalhador que escreve, analisa e propõe no diálogo com uma comunidade acadêmica ampliada, com os trabalhadores e usuários do SUS. Quando aparecerem frases onde o sujeito está na primeira pessoa do singular, estou falando como trabalhador/pesquisador que estava fisicamente presente nas cenas e situações descritas: ouvi, falei, me movi. Essa distinção dá-se principalmente para facilitar o entendimento dos leitores, pois entendemos não haver uma distinção clara entre um sujeito-pesquisador e um sujeito-trabalhador, dimensões que estão conectadas no presente escrito. Será utilizada a fonte em *itálico*, quando citada textualmente a fala de profissionais ou usuários. A fonte aparecerá em *itálico e negrito* quando o intuito for ressaltar alguma expressão no corpo do texto. Aparecerão também algumas citações não textuais em nota de rodapé, que se referem a práticas e análises aprendidas no contato com profissionais de saúde e pesquisadores sobre as

quais não há nada publicado. Entendemos estar aí uma aposta e um respeito aos saberes que não estão nas publicações, mas são tão importantes quanto os que nelas figuram.

APRESENTANDO OS CAMPOS DE PESQUISA

Apresentamos a seguir os campos onde foi realizada a investigação, apresentando brevemente o funcionamento dos serviços, suas características assistenciais e descrevendo a área atendida pelos mesmos. A Clínica da Família Felipe Cardoso, no bairro da Penha, Rio de Janeiro, instalou-se na estrutura de um antigo hospital da área, de três andares, com 13 Equipes de Saúde da Família abrigadas em seu espaço, atendendo um contingente de 52 mil pessoas. Essa disposição dificulta a aproximação entre os profissionais e a comunidade, favorecendo uma prática pautada no monitoramento epidemiológico e na demanda espontânea. Além da estrutura referida acima também gere o Módulo Grotão, pequeno posto de saúde existente na comunidade de mesmo nome. Foi aberta acompanhando a ocupação das comunidades que atende – Vila Proletária da Penha, Vila Cruzeiro, Caracol, Merendiba, Cascatinha e Parque Proletário do Grotão (também chamada de Chatuba) - pelas forças do exército. Na área foram implantadas diversas Unidades de Polícia Pacificadoras (UPPs), que tem conflito frequente com o Comando Vermelho (CV), facção presente no local.

Atualmente atuo no NASF que apoia a Clínica da Família Joãosinho Trinta - que chamarei pelo apelido de Joãosinho - e o Centro Municipal de Saúde Iraci Lopes – que chamarei pelo apelido de Iraci²². Chamar as unidades pelo apelido me recorda que, apesar de todas as inflexões realizadas pelos gestores cariocas no modelo da saúde da família, com suas megaclínicas feitas de containers embelezados, elas ainda são, no fundo, casinhas no canto de um bairro, *postinhos de saúde* e carregam algo do patrimônio afetivo construído em torno desses equipamentos.

A Joãosinho possui seis equipes de Saúde da Família, atendendo aproximadamente 22 mil pessoas e localiza-se no bairro de Vigário Geral. É uma clínica moderna, dentro do padrão de expansão da prefeitura durante os últimos anos. Localiza-se em uma área de asfalto²³, nas margens da Avenida Brasil, ao lado de um grande viaduto, sendo construída sobre uma antiga praça. Essa Unidade Básica de Saúde foi inaugurada no ano de 2012 e teve a mesma gerente até 2015, que foi substituída por uma enfermeira da casa naquele momento. Alguns profissionais, ACS e enfermeiros também permanecem lá desde o começo. Assim manteve-se por um tempo relativamente longo um funcionamento estável na unidade, além de certo clima

²² Quando nos referirmos no texto de forma geral aos campos acompanhados estamos nos referindo a Clínica da Família Joãosinho Trinta e o CMS Iracy Lopes, sem incluir a CF Felipe Cardoso.

²³ *Asfalto* é um dos termos utilizados no Rio de Janeiro para referir-se as áreas da cidade que não são comunidades.

familiar no trabalho, com confraternizações frequentes e relações amistosas. Com a chegada de uma nova gestora no ano de 2017, o funcionamento da Clínica se modificou – em múltiplas direções -, bem como o clima de trabalho que se tornou relativamente mais frio e conflitivo.

A maioria das EqSF trabalham com o atendimento a demanda espontânea pela manhã, com foco em queixas agudas, e consultas agendadas de grupos populacionais prioritários à tarde. A unidade recebe três programas de residência: multiprofissional em saúde da família, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, totalizando quatorze residentes; uniprofissional de enfermagem em saúde da família, da SMS-RJ, totalizando cinco residentes; e multiprofissional em saúde mental do IPUB/UFRJ²⁴, com um residente. Além disso, recebe uma quantidade importante de estagiários de diversas áreas, sendo um campo onde as atividades de ensino estão muito presentes.

A UBS oferece diversos grupos, entre eles os de: saúde mental, mulheres, alimentação saudável, homens, grupos de crianças e cuidadores, alívio da dor crônica, atividade física, reabilitação física, planejamento familiar, gestantes, além de consultas coletivas por grupos populacionais. Com exceção das últimas três modalidades, todos os grupos são coordenados por membros do NASF e profissionais em formação. Na Clínica da Família tem sede um Centro de Convivência de Idosos da prefeitura, que desenvolve atividades de dança e artesanato regulares. Também possui aparelhos de exercício físico ao ar livre nos quais existem atividades regulares. Há reuniões: mensais de colegiado gestor – o equivalente a um Conselho Local de Saúde - com presença de profissionais e usuários; mensais com todos os profissionais, chamadas reuniões gerais/de módulo; semanais das EqSF; semanais do NASF; mensais de profissionais envolvidos em atividades de ensino; ocasionais de reuniões de grupos de trabalho com temáticas específicas.

Metade da população atendida pela unidade é formada pelos aproximadamente doze mil moradores da comunidade de Parada de Lucas²⁵, uma favela horizontal bastante pobre cujo comando territorial pertence ao Terceiro Comando Puro (TCP). A comunidade é isolada da área de asfalto pela linha do trem e a Avenida Brasil; o acesso se dando por passarelas, pela comunidade de Vigário Geral ou por outras pequenas entradas. É comum que se faça referência à comunidade como a área *lá de dentro*, sendo a favela praticamente murada.

²⁴ Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

²⁵ Essa comunidade é chamada no dia-a-dia pelo apelido de *Lucas*. No texto também será utilizada essa terminologia.

Nas comunidades do Rio de Janeiro, bem como em alguns bairros do asfalto, normalmente a gestão territorial é feita por facções do tráfico de drogas ou por grupos de milicianos. Esses definem questões profundas na vida das pessoas: admitem ou expulsam moradores; definem onde poderão ser construídas casas; julgam e punem em casos de violência doméstica, roubos, ou outras questões. A polícia costuma entrar nessas áreas somente em operações pontuais, a não ser nas áreas onde existem UPPs. O Rio de Janeiro tem três facções principais: o Comando Vermelho (CV), o Terceiro Comando Puro (TCP) e o Amigo dos Amigos (ADA). O TCP é conhecido entre outros motivos por: manter alianças com igrejas evangélicas neopentecostais; proibir terreiros de umbanda nas áreas em que comanda; manter relação próxima com a polícia buscando evitar conflitos através de negociações; não vender Crack na maioria dos seus territórios.

Após anos relativamente pacíficos, voltaram a haver alguns tiroteios intensos nas comunidades de Lucas e Vigário Geral a partir de Novembro de 2016. Nesse mês os traficantes do TCP tomaram a comunidade vizinha da Cidade Alta, dominada pelo CV. Passaram a acontecer então tentativas do CV de retomar a área. Também houve recorrentes operações policiais entre os meses de Maio e Julho de 2016, com relatos de invasões a domicílios e policiais furtando casas de moradores. As operações ocorreram logo após a divulgação na mídia do que ficou conhecido como escândalo do *Caveiruber* (EXTRA, 2017; O GLOBO, 2017), no qual os traficantes do TCP alugaram os blindados denominados *caveirões* do Batalhão de Operações Especiais (BOPE) da Polícia Militar para retomar o controle da Cidade Alta, após um ataque do CV.

A gestão do tráfico sobre a comunidade gera efeitos importantes no cuidado em saúde, com muitos dos casos acompanhados refletindo pesadas consequências da violência. Além disso, são necessárias precauções na circulação das comunidades atendidas para a garantia de segurança dos profissionais. As intervenções nos casos precisam levar em conta as regras definidas pelo comando local. Em casos de violência contra mulher, por exemplo, de nada adianta sugerir uma denúncia contra o agressor, já que isso provavelmente não gerará proteção à mulher, pois os poderes do estado não entrarão na comunidade para a execução de nenhuma medida. A realização da denúncia ainda pode produzir punições do tráfico.

A comunidade teve povoamento bastante antigo, que remonta à década de trinta, ocupando inicialmente um terreno que pertencia à Rádio Nacional do Rio de Janeiro²⁶. Passou a ser uma área mais densamente habitada na década de setenta com chegada substancial de imigrantes nordestinos. A área tem como singularidades a forte presença de jogos de futebol, sendo o time local o Esporte Clube Lucas; a existência de um grupo de boi bumbá; e uma presença forte da igreja católica – importante na fundação da comunidade -, bem como de diversas igrejas neopentecostais. Ao andar por suas ruas, é possível observar diversas áreas comerciais e muita movimentação de pessoas. Há calçamento, a maioria das vielas é estreita, existem canaletas para escoar a chuva e poucos pontos de esgoto a céu aberto. Diversos moradores se cumprimentam quando se encontram nas esquinas.

A outra metade da população atendida mora na área de asfalto dos bairros de Vigário Geral e Parada de Lucas, que é bastante acidentada e marcada por ladeiras. São bairros de subúrbio, com maioria de população de classe média baixa. As ruas são vazias, há pouquíssimo comércio e espaços de lazer, pairando uma atmosfera de marasmo. Nessa área encontra-se a quadra da escola de samba Unidos de Lucas. Ela é fruto da fusão das escolas Capela de Lucas e Aprendizes de Lucas, que tiveram papel de destaque em carnavais da década de 60, a última sendo casa de sambistas famosos como Elton Medeiros.

Já Iraci é um equipamento menor, abrigando duas EqSF dentro da comunidade de Vigário Geral, atendendo seus aproximadamente cinco mil moradores. O Centro de Saúde é antigo, tem mais de 20 anos e passou por gestões de diversas ONGs, em modelos de atenção variados²⁷. Sua estrutura física é apertada, ocupando salas alugadas da associação de moradores local. Possui funcionários com longa história de trabalho na saúde da família, porém, passa por trocas regulares de gerentes, o que causa instabilidades no processo de trabalho. As EqSF em geral têm um bom conhecimento dos casos e do território, mantendo vínculo com os usuários. Pelas pequenas dimensões da unidade e sua proximidade à população atendida há um sentimento familiar que perpassa o local: crianças tomam água na UBS após jogar futebol, pessoas por vezes aparecem só para ver televisão e aproveitar o ar-condicionado. Tem modelo de acolhimento semelhante ao de Joãosinho, assim como estrutura de reuniões e colegiado gestor. No momento estão ativos os grupos de: alívio da dor, atividade física, artes, alimentação saudável e tabagismo.

²⁶ Ficavam em Parada de Lucas os transmissores da Rádio Nacional, que tinha sede para produção de programas no centro da cidade do Rio de Janeiro. Essa rádio era a rádio estatal de maior expressão na época, sendo hoje gerida pela Empresa Brasileira de Comunicações.

²⁷ A história de Iraci será melhor relatada e analisada no capítulo 1.

Vigário Geral é uma área histórica do Comando Vermelho, mas foi há sete anos dominada pelo TCP de Lucas, encerrando um conflito histórico e sangrento entre as comunidades.²⁸ Tem como fato marcante em sua história a chacina ocorrida ali em 1993, realizada por policiais e cujos ecos ainda se escutam. Também ficou conhecida pela ONG Afroreggae que ali começou e ainda mantém uma grande sede. Os casos atendidos pela unidade demonstram de maneira inequívoca a marca das violências como algo central na história dos moradores. A área também é praticamente murada, delimitada por um rio, um valão, a linha do trem e a comunidade de Lucas. Também se fala de Vigário Geral *de dentro* e *de fora*, para nomear as áreas da comunidade e do asfalto. O acesso se dá pela comunidade de Lucas, algumas passarelas que se estendem sobre a linha do trem e um viaduto na sua extremidade Norte. As ruas e vielas são largas e organizadas, a partir do aterramento da área, das obras de calçamento e saneamento executadas pelo Programa Favela Bairro (que também incrementou as condições urbanísticas em Parada de Lucas).

Todas as unidades encontram-se na Zona Norte do Rio de Janeiro, dentro da Área Programática 3.1, divisão territorial feita pela prefeitura para facilitar o planejamento de políticas públicas e que, na área da saúde, funciona de forma equivalente a um distrito sanitário. Todas UBS da área são geridas pela OS Viva Rio. O NASF costuma passar uma quantidade maior de sua carga horária em Joãosinho do que em Iraci, visto a maior quantidade de equipes e de população atendida na primeira unidade. Como o NASF tem dois psicólogos dividimos as EqSF apoiadas, sendo que cada um de nós é referência para quatro equipes.

²⁸ Para mais informações sobre o assunto, vale conferir a extensa postagem do blog especializado em tráfico Crimes News (2015), que relata o conflito entre as duas comunidades.

CAPÍTULO 1

ABRINDO O TABULEIRO: A GRANDE EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Nesse primeiro capítulo pretendemos apresentar as linhas principais da política de Atenção Básica no país e mais especificamente analisar a implantação da saúde da família no município do Rio de Janeiro. Obviamente, não se tem como abordar o tema de forma muito aprofundada, tarefa suficiente para diversas dissertações de mestrado. A ideia é de alguma forma abrir o tabuleiro onde será jogada essa pesquisa e identificar as peças importantes, no intuito de compreendermos as condições de possibilidade para as práticas apresentadas no decorrer do escrito. Busca-se entender as relações de poder em jogo, evitando uma aposta por demais ingênua, que descole as dimensões micropolíticas e macropolíticas da análise.

As práticas de cuidado, a possibilidade da realização dessas sob uma ótica que aceite múltiplos saberes e que incentive uma maior autonomia dos usuários, tudo isso não acontece de forma isolada. Pelo contrário, têm bastante relação com os mecanismos de gestão e o desenho das políticas públicas. Esses têm influência importante sobre como serão os espaços de cuidado, de que forma se dará o acesso dos usuários a esses, quem serão os profissionais contratados, ou como serão treinados esses trabalhadores. Por exemplo, quando há uma gestão que escuta o profissional da ponta, há uma tendência dele fazer o mesmo com os usuários; ou organizações com funcionamento interno mais horizontal podem contagiar as relações de cuidado para que elas também se horizontalizem. E claro, o contrário também é verdadeiro. Assim como escuta pode gerar escuta, surdez pode gerar surdez e hierarquia pode gerar hierarquia.

Entendemos também ser importante explicitar as condições de trabalho do pesquisador/trabalhador que vos escreve, pois essas mantêm relação intrínseca com a produção do material apresentado, fato que se intensifica pela escolha do registro de espaços cotidianos do trabalho como principal estratégia de produção de dados. Para isso será realizada primeiro uma descrição das políticas no campo, seguidas de uma análise dessas no cotidiano dos serviços, a partir de relatos ilustrativos desse campo de forças. Tentaremos trazer casos que nos mostram os efeitos de contenção do cuidado no modelo analisado, mas também quais as brechas que esse permite.

1.1. Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Básica no Brasil é atualmente regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012a). A Estratégia de Saúde da Família é a estratégia prioritária para a consolidação dessa política. Uma Equipe de Saúde da Família é constituída por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; que atendem em uma Unidade Básica de Saúde, responsabilizando-se por até 4000 pessoas. A reorientação das práticas no Sistema Único de Saúde pelo enfoque da Atenção Básica define uma virada essencial, na qual se prioriza uma visão mais integral da saúde, em detrimento do modelo hospitalocêntrico, curativo e biomédico.

A PNAB fundamenta-se em algumas diretrizes: organização dos serviços a partir de territórios adscritos, para propor ações de saúde que visem o princípio da equidade; acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, com porta de entrada aberta; garantia de continuidade das ações de saúde e longitudinalidade do cuidado, através das relações de vínculos; cuidado integral articulando ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação, visando promover maiores condições de autonomia dos sujeitos; participação dos usuários na construção do cuidado à sua saúde e no exercício do controle social (BRASIL, 2012a).

A Atenção Básica constitui-se no nível mais capilarizado da atenção à saúde, atuando perto das casas e comunidades onde as pessoas vivem, possibilitando um conhecimento mais profundo da realidade sociocultural da população e um atendimento que seja adequado a essa. Prioriza a necessidade dos diferentes grupos, a partir de critérios de vulnerabilidade. Permite também intervenções não só no âmbito individual, mas no âmbito das coletividades, afetando a produção de saúde no contexto de um território, através de ações de educação em saúde e vigilância. Age não somente dentro da unidade de saúde, mas em casas, praças, salões comunitários, além de articular ações intersetoriais. Deve ser resolutiva “identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais” (BRASIL, 2012a, p.25). Tem ainda a função de coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção.

A expansão da Atenção Básica tem sua primeira grande estratégia nacional consistente na implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Esse

foi inspirado em experiências no interior do Ceará, onde moradoras do sertão nordestino eram contratadas para intervir na diminuição dos efeitos da seca prolongada, realizando acompanhamento domiciliar a crianças e mulheres em idade fértil. (TOMAZ, 2002) Os ACS são contratados pelo SUS, fazendo parte de uma equipe mínima de Estratégia de Saúde da Família, tendo como pré-requisito para a função habitar no território adscrito àquela unidade, sendo responsáveis por em média 750 usuários, restritos a uma microárea. Suas atribuições, segundo a PNAB (BRASIL, 2012a), são: adscrever, cadastrar e acompanhar por meio de visita domiciliar as famílias da microárea sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem integrar equipe e comunidade; realizar atividades educativas individuais e grupais, de prevenção e promoção à saúde, priorizando populações em vulnerabilidade; acompanhamento das condicionalidades do programa Bolsa Família. Segundo Ávila (2011), podemos classificá-las em três grandes grupos: ações de prevenção e promoção da saúde, ações de mediação entre o serviço de saúde e os usuários e ações de acompanhamento e reabilitação.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família é uma equipe de apoio técnico-pedagógico que é referência para um número específico de EqSF, ampliando o leque de ações em promoção, prevenção e atenção à saúde; e capacitando as equipes para adquirirem maior autonomia nas ações, incorporando saberes de diversas áreas. O acesso aos profissionais do NASF deve se dar através do contato feito pelos profissionais da equipe mínima. Os casos nunca deixam de estar referenciados aos médicos, enfermeiros e ACS, constituindo-se em práticas de cuidado compartilhado. Esse trabalho é chamado de matriciamento e alia o tempo inteiro funções assistenciais e atividades de educação permanente. Entre as principais atividades desse tipo de equipe estão: realização de grupos terapêuticos, visitas domiciliares, atendimentos individuais e conjuntos com a EqSF, práticas de educação em saúde e educação permanente em saúde.

O NASF em sua versão de maior porte deve apoiar de 5 a 9 ESF (BRASIL, 2012a). Constitui-se em uma equipe multiprofissional de formações variadas, ficando a critério do gestor a escolha das categorias que a formarão a partir de uma lista pré-definida pelo Ministério da Saúde, sugerindo-se que a seleção seja feita a partir das necessidades sócio-sanitárias de cada região. A equipe da qual participo atualmente é formada por: dois psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, um assistente social, uma nutricionista e um educador físico. Cabe frisar que é a única da AP que apoia um número de equipes adequado às requisições da portaria - no caso oito EqSF -, sendo que as outras equipes apoiam entre dez e dezesseis EqSF.

No campo de pesquisa/trabalho, a maioria das ações realizadas pelo pesquisador é de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. Os casos de sofrimento psíquico são o principal motivo pelos quais se busca o psicólogo nos serviços e esse recorte marca o tipo de material produzido nesse texto. A atenção à saúde mental realizada no território pode levar à radicalização dos princípios da reforma psiquiátrica, permitindo a ativação de recursos comunitários e familiares, em total contraponto ao modelo isolacionista anterior. O dia-a-dia se torna o palco onde podem ser reinventados os projetos de vida, levando à desinstitucionalização dos processos de saúde/doença. Desenha-se um campo onde as pessoas podem ser atendidas de forma integral, sem a separação cartesiana entre saúde mental e saúde física, permitindo a articulação de planos terapêuticos abrangentes.

Lancetti e Amarante (2006) colocam que a saúde mental é um eixo central na Saúde da Família. A partir do vínculo e da longitudinalidade, os usuários podem ressignificar seus sofrimentos; pratica-se o acolhimento; as visitas domiciliares são facilitadas; desenvolvem-se ações coletivas promotoras de saúde mental como caminhadas, iniciativas culturais, educativas, de participação e protagonismo político. A unidade de saúde, muitas vezes, é a primeira conexão possível para um sujeito, oferecendo um espaço de apoio para que progressivamente multipliquem-se as redes, entre espaços e companheiros que venham sustentar uma nova liga de vida.

Visto que buscamos entender, entre outras coisas, como os saberes ligados à experiência pessoal de profissionais podem produzir ferramentas de cuidado que gerem outros tipos de relação terapêutica, esse campo é de especial interesse. Isso porque, a partir da experiência dessa pesquisa, notamos que muitos dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família possuem uma formação técnica limitada para o trabalho com saúde mental, ou mesmo para lidar com as questões subjetivas relacionadas com outras situações de saúde. Nesse sentido, acabam nesses campos respondendo principalmente a partir de impressões, saberes e práticas construídos ao longo de suas histórias de vida e no decorrer da experiência em serviço.

1.2. Qual Atenção Básica? A Grande Expansão²⁹ da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro

A Estratégia Saúde da Família já atinge a maioria da população brasileira, chegando a 62,41% dos habitantes do país, aproximadamente 128 milhões de pessoas em 5.442 municípios³⁰. (BRASIL, 2017) Segue em expansão e se fixa como uma política de estado, atravessando diversos governos. Entendemos que há uma efetiva qualificação do sistema de saúde brasileiro a partir dessa opção, em termos de uma maior resolutividade e de um acesso mais equitativo. Porém, em que direção essa ampliação e qualificação da rede de saúde operam? O que e como produz? Que tipo de saúde constrói? Como modifica sua atuação ao longo do tempo a partir da transformação das comunidades, das condições de vida do brasileiro? Como podemos ver os traços democráticos de constituição do SUS e as contribuições da saúde coletiva brasileira operando nesse desenho?

É essencial acompanhar essas trilhas para buscar a efetivação das direções da reforma sanitária brasileira. Essa, construída no bojo de uma movimentação social intensa, não se preocupou somente com a extensão da atenção à saúde em um modelo biomédico à população brasileira, mas também com a efetivação de outra política de saúde que levasse em conta os saberes populares e o controle social. Progressivamente, a Atenção Básica aparece como o nível de atenção essencial para as inflexões no modo de produzir saúde. Seu desenho possibilita alguns elementos que a foram colocando como referência nessa reorganização do sistema: integração com as comunidades atendidas, possibilidade de visualizar e interferir nos determinantes sociais de saúde locais e abertura a outras lógicas de cuidado.

A Atenção Primária à Saúde é um campo de disputas, onde diversas variantes no modelo de atenção afetam diretamente as práticas de cuidado. Os serviços podem operar: centrados na figura do médico de família ou com foco em equipes multiprofissionais; atendendo por território adscrito, por vinculação médico/paciente, ou em sistemas mistos; focados em ações programáticas por doença ou condição de saúde; com pagamento por resultados; incentivando ações de controle social e gestão comunitária; incorporando saberes populares nas práticas; com a participação de trabalhadores comunitários de saúde. Algumas

²⁹ Usamos o nome a Grande Expansão para pontuar o caráter massivo – e massificante – da expansão da ESF no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2009 e 2016. Pretendemos também ressaltar o caráter *expansionista* do estilo de gestão, pensando os bairros e comunidades como territórios uniformes para a aplicação das políticas de saúde. Além disso, pretende-se criar uma tensão com o caráter de unicidade e assunção de superioridade do modelo carioca de APS, bastante comum entre os profissionais e gestores que o defendem. Os argumentos para escolha dessa denominação se delinearão de forma mais clara durante esse capítulo.

³⁰ Dados referentes à Maio de 2017.

dessas escolhas resultam da adaptação da APS a países em desenvolvimento ou com grande pluralidade étnica, enquanto outras se relacionam às mudanças na gestão pública a partir das reformas neoliberais (GLOBAL HEALTH WATCH, 2011).

O Rio de Janeiro vem realizando na última década uma expansão em ritmo exponencial da Saúde da Família, passando de uma cobertura de 9,63% da população em Dezembro de 2009 - frente à cobertura nacional de 50,69% à época - para uma cobertura de 62,72% da população em Maio de 2017 - frente à cobertura nacional de 62,4%. (BRASIL, 2017) Já os dados no sistema interno de monitoramento do município registram uma cobertura de 69,27% da população no mesmo período de 2017³¹. A Grande Expansão modificou o paradigma da atenção à saúde na cidade, tradicionalmente baseada em grandes hospitais e ambulatórios de especialidade localizados em zonas centrais, capilarizando o acesso e descentralizando os equipamentos. Também contou com uma ampliação da formação na área, com a abertura de duas grandes residências uniprofissionais coordenadas pela prefeitura, para médicos e enfermeiros, além do melhor aproveitamento dos profissionais formados nas residências médicas e multiprofissionais já existentes. Aumentou efetivamente o acesso da população ao SUS, implantando serviços de saúde em grandes vazios sanitários, muitos em áreas de alta vulnerabilidade.

O município decidiu efetivar um modelo bastante próprio na Grande Expansão, priorizando as chamadas Clínicas da Família, nome utilizado para as UBS somente no Rio de Janeiro. Essas têm em maioria configurando-se a partir da aglomeração de um número grande de EqSF no mesmo espaço, chegando a unidades com até quinze equipes, atendendo populações de até cinquenta mil pessoas. A maioria das CF tem estrutura padronizada com: no mínimo uma sala para cada EqSF, salas temáticas (saúde da mulher, saúde da criança), salas para os procedimentos de enfermagem (curativos, imunização, coleta), sala de acolhimento, auditório, sala da administração, salas da limpeza, sala da ultrassonografia e sala de raio-X (RIO DE JANEIRO, 2010). Muitas delas contam com um espaço de atividades físicas com aparelhos de ginástica, chamadas de *Academia Carioca*. As Clínicas construídas recentemente são em geral formadas por contêineres alugados pela prefeitura, mas dispostos de forma padronizada e estilizada. Em geral tem boa aparência, com corredores abertos, entrada de luz natural, área verde, acessibilidade, consultórios e espaços de circulação de

³¹ O Sistema de monitoramento da SMS-RJ é de acesso restrito a profissionais e gestores locais. Especulamos que a diferença entre os dados do Ministério da Saúde e da prefeitura devem-se ao fato de que algumas equipes ainda não estejam cadastradas junto ao governo federal.

estilo moderno. Possuem um estilo de construção padronizado, sendo difícil distinguir fisicamente uma CF específica de outras pela cidade.

Há uma série de requisitos para que uma UBS seja considerada Clínica da Família. Entre elas: que trabalhe somente com o modelo da ESF, a realização de ultrassonografias e raios-X, horários de abertura expandidos, informatização, com um computador por consultório. As unidades que não se enquadram nesses quesitos são chamadas de Centros Municipais de Saúde (CMS), podendo operar em um modelo exclusivo de ESF (tipo A), modelo misto (tipo B), ou como uma UBS do modelo tradicional, com médicos especialistas (tipo C). Devido a essas especificidades, Joãosinho é chamada de Clínica da Família e Iraci de CMS.

As CF trabalham em geral com horário estendido, abrindo às 7hs e fechando entre 18hs e 20hs, além de abrir aos sábados pela manhã. Essa disposição facilita o acesso aos usuários que trabalham em horário comercial, assim como facilita o atendimento a demandas que podem surgir aos sábados, expandindo a possibilidade de utilização do serviço por populações que tradicionalmente encontram no horário de funcionamento uma barreira de acesso.

A decisão por um horário ampliado, sem contratação de trabalhadores adicionais ao previsto para as EqSF mínimas, faz com que os profissionais em geral trabalhem em turno estendido (entre nove e onze horas por dia), tirem folgas uma vez durante a semana e trabalhem por escala nos sábados. Com frequência também há profissionais com contrato de carga horária diferenciada, como médicos que trabalham vinte horas semanais, ou os profissionais do NASF normalmente trabalham trinta horas semanais e apoiam mais de uma UBS. Essas características dificultam os encontros entre os profissionais, assim, com frequência os médicos não participam das reuniões de equipe, médicos da mesma equipe não se conhecem e os profissionais do NASF não tem contato com os médicos por incompatibilidade de agenda. A marcação de VDs e consultas conjuntas – instrumentos centrais no trabalho do NASF - também ficam bastante dificultadas pelo mesmo motivo.

Por um lado, essas grandes unidades facilitam a Grande – e rápida - Expansão dos serviços, a realização de exames nesses locais (Raios-X e Ultrassonografia) e o acompanhamento da gestão (HARZHEIM, 2009). Há um ganho de escala importante, que permite: concentrar atividades variadas no mesmo centro – como grupos de temática variadas e com foco em populações diversas -, farmácias bem equipadas e com presença de profissional farmacêutico, atividades de ensino e pesquisa ampliadas. Aparece também uma maior flexibilidade para a contratação de profissionais e por vezes o investimento de verbas

em ações mais específicas e locais, mesmo que sob lógicas nem sempre transparentes. Independente do modelo aplicado, reconhece-se o imenso ganho à rede de saúde da cidade provindo da abertura massiva de serviços com princípios baseados na APS. Houve garantia de boa infraestrutura, política de expressão visual moderna, defesa da expansão nos meios de comunicação, e puderam se ressaltar no dia-a-dia dos serviços as potências desse nível de atenção, que transcendem o canalizável pelos mecanismos de gestão. Dessa forma as CFs também se tornaram referências de serviço de saúde no imaginário da população, conseguindo combater, pelo menos em parte, a ânsia por hospitais e especialistas que caracterizava a construção da demanda por saúde no município.

Por outro lado, boa parte dessas UBS tem se localizado em grandes vias, fora das favelas e comunidades, com recortes populacionais bastante heterogêneos, atendendo áreas amplas geograficamente. Esses fatores dificultam o diagnóstico territorial, a realização de ações de promoção de saúde, o acesso da população mais vulnerável ou com dificuldades de locomoção e aumentam a distância entre profissionais e usuários. A gestão das unidades é realizada por Organizações Sociais, entidades privadas sem fins lucrativos que firmam um contrato de gestão com o município. A partir desses contratos, são estabelecidas metas que devem ser atingidas pela entidade prestadora do serviço e que, até o início de 2017, garantiam um pagamento por performance, chamado de variável. Esse termo inclusive é utilizado por diversos profissionais para substituir o termo indicador.

A parte variável 01 é composta por um conjunto de indicadores organizacionais e de produção relacionados à estrutura e organização das unidades de saúde que devem ser cumpridos pelas OS. A parte variável 02 é formada por quatro grupos de indicadores e metas: acesso, desempenho assistencial; satisfação do paciente e eficiência, que devem ser efetivados pelas unidades de saúde. Cumprindo a pactuação, as unidades recebem um valor trimestral preestabelecido (R\$ 3 mil por equipe), aplicável na própria unidade de atenção primária por meio de ações de qualificação, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional. A parte variável 03 é composta por indicadores de vigilância de grupos de usuários vulneráveis e de risco (mulher em idade fértil, gestantes, crianças menores de um ano e pessoas com diabetes, tuberculose e hanseníase) e por indicadores organizacionais, que devem ser cumpridos pelas equipes de saúde da família com o apoio da gestão local e regional. O recurso orçamentário repassado para essa variável converte-se em uma parte do salário para os profissionais das equipes. (MARTINS; CARNEIRO, 2014, p.106)

O pagamento por resultados foi interrompido após a troca de gestão no município do Rio de Janeiro no começo de 2017, dentro de uma política de cortes de gastos e austeridade. Porém, a cobrança pelo atingimento das metas seguiu a mesma. Estendemo-nos na descrição das variáveis, pois entendemos que elas são elementos-chave para a compreensão do modelo de APS no Rio de Janeiro³². Uma parcela importante do processo de trabalho é direcionado para cumprir os objetivos estabelecidos por essas. Os grupos populacionais definidos como prioritários tomam boa parte da agenda de profissionais técnicos e da rotina de VDs dos ACS; as metas são temática central de boa parte das reuniões de módulo, motivo de fortes cobranças, além de gerarem verdadeiras expedições das equipes atrás dos usuários faltosos, visando o atingimento dos resultados.

Quanto ao acompanhamento dos grupos populacionais – dimensão mais trabalhada no cotidiano -, os indicadores foram organizados a partir das chamadas *linhas de cuidado*. Essas consistem em uma rotina de consultas e procedimentos que devem ser realizados com um grupo populacional específico no intuito de seu acompanhamento e vigilância. Por exemplo, monitora-se um usuário hipertenso para que tenha pelo menos dois monitoramentos de pressão realizados por ano na UBS. As equipes em geral realizam tarefas de busca ativa aos participantes das linhas de cuidado – nomenclatura que equivale ao que em outras partes do país é chamado de ação programática ou programa.

No acordo firmado a Secretaria Municipal de Saúde, se torna responsável pelo financiamento, a indução de políticas, definindo as direções do funcionamento da Atenção Básica, além de acompanhar as contrapartidas previstas. Já as OS são responsáveis pela contratação, gestão de recursos humanos e a organização dos processos de trabalho (MATRINS; CARNEIRO, 2014). Há também uma escolha na Área Programática estudada por estabelecer relações entre as unidades e a gestão distrital baseadas em apoiadores focais para um número de UBS, contratados diretamente pela OS, tendo como objetivo principal a melhora dos resultados dos indicadores. Essa prática difere de outros municípios que trabalham com apoiadores institucionais, vinculados à prefeitura, com objetivo acompanhar processos de trabalho e auxiliar a formulação de soluções no mesmo.

³² Importante frisar que esse não é um mecanismo unicamente utilizado pela prefeitura do Rio de Janeiro e também é incentivado pelas formas de financiamento definidas pelo governo federal. Fazem partes dessas os recursos provindos do Programa de Melhoria de Acesso com Qualidade - PMAQ (BRASIL, 2012c), que aumenta substancialmente o financiamento do governo federal à atenção básica do município dependendo da avaliação dos serviços. Porém, a metodologia utilizada para liberar o pagamento por desempenho inclui diversas triangulações na constituição da avaliação, usando indicadores, mas também a auto-avaliação das equipes e avaliações externas por meio de entrevistas a profissionais e usuários.

Outra especificidade do modelo carioca é a existência da figura de um gerente, escolhido normalmente fora do quadro dos profissionais da UBS, por mais que deva ser um trabalhador de saúde e com qualificação na área. Essa prática diferencia-se de outros centros desse tipo no país, onde o coordenador é escolhido entre os membros da equipe através de processos diversos. Nos espaços acompanhados na pesquisa, os gerentes são designados pelas instâncias superiores de gestão sem diálogo com os trabalhadores do local. Tem função central na gestão do processo de trabalho, sendo quem toma as decisões finais sobre o funcionamento da unidade. É pouco usual a tomada de decisões de forma conjunta nas reuniões gerais. O gerente é cobrado principalmente pelo atingimento de metas e indicadores pactuados no contrato de gestão.

1.3. Análises sobre o Modelo da ESF no Município do Rio de Janeiro: Privatização e Modulações na Produção do Cuidado

Aqui serão analisados alguns efeitos do modelo de Atenção Básica existente no município do Rio de Janeiro sobre a produção do cuidado nas UBS acompanhadas, bem como sua relação com os princípios que guiam a Atenção Básica e o SUS. Importante reconhecer que algumas das críticas colocadas não se aplicam exclusivamente ao modelo carioca de APS, mas pontuam fatores que se agudizam nesse. Também é necessário frisar que nenhuma das análises expressas invalida os enormes esforços realizados por profissionais e gestores municipais, que trouxeram uma consistente ampliação e qualificação do acesso à saúde para a população carioca. A análise é fruto do estudo de campo, em diálogo com a literatura publicada sobre o assunto e do estranhamento de fatores quando comparados com experiências de outros locais do país, principalmente da rede do município de Porto Alegre, onde o autor fez residência multiprofissional.

A nossa experiência de pesquisa coloca que, a partir do modelo de contratos de gestão, o atingimento de metas e indicadores frequentemente deixa de ser instrumento de monitoramento e passa a ser o principal direcionamento para o processo de trabalho, sobrepondo-se por vezes as diretrizes da PNAB (BRASIL, 2012a) e aos princípios do SUS. Entendemos que a primeira dificuldade que se interpõe é o fato de que o cuidado em saúde é processual e trabalha com diversos elementos subjetivos e complexos. Assim, o resultado do trabalho em saúde não é um material totalmente quantificável (SOUZA, 2015 apud SANTOS, 2017). Podem ser acompanhados numericamente, por exemplo, quantitativos de ações

realizadas, resultados em exames, cobertura de consultas para uma população específica, etc. Porém, diversos aspectos das práticas de saúde acabam excluídos nesse tipo de avaliação, como os aspectos relacionais, socioculturais, de vulnerabilidade da população, o tempo de investimento e as criações necessárias para obtenção de um resultado. O monitoramento baseado exclusivamente em indicadores quantitativos acaba tendo um efeito reducionista sobre as práticas em saúde, pois privilegia os procedimentos sobre os efeitos relacionais e terapêuticos.

Entre as características que consideramos potentes do desenho da Atenção Básica, encontra-se o planejamento descentralizado e ascendente, a partir do qual pode se identificar e intervir sobre os determinantes sociais de saúde no território vivo (VIEIRA; NEVES, 2017). Nesse sentido, entendemos que o modelo carioca acaba por traçar o caminho contrário. Define centralmente uma quantidade grande de metas e indicadores e homogeniza para toda a cidade os objetivos a ser atingidos, independente das especificidades de cada área. Por exemplo, uma equipe que atende um bairro rico com população idosa, que provavelmente terá um número baixo de gestantes, deve ter uma porcentagem de gestantes atendidas de forma regular semelhante a uma equipe que atende uma área de baixa renda, alta vulnerabilidade e alta taxa de natalidade. Existe ainda o fato, óbvio, de que muitos problemas de saúde importantes estão excluídos das categorias aventadas nos indicadores, ou mesmo são complexos demais para se enquadrar em qualquer categoria.

Martins e Carneiro (2014) identificaram em uma pesquisa com gestores e trabalhadores da Atenção Básica do Rio de Janeiro “um distanciamento entre as metas e os indicadores estabelecidos no nível central e as necessidades de saúde da população, bem como da estrutura operacional dos serviços para que as mesmas se realizem” (p.106). Dessa forma os profissionais acabariam deixando de atender da forma adequada a demanda espontânea, bem como não tendo tempo para aprofundar-se nos problemas identificados em diagnósticos territoriais. Cabe frisar que o modelo carioca de contratualização da Atenção Básica foi identificado como o único que não fazia pactuações regulares sobre metas e indicadores com as equipes locais em estudo comparativo sobre o assunto envolvendo o município de Curitiba e o sistema de saúde português, que também utilizam esse modelo de gestão (COSTA E SILVA, et al., 2014).

Entendemos que a focalização do cuidado nas ESF em grupos populacionais específicos atrapalha o caráter de integralidade dos serviços. Por exemplo, foi escutada em

reunião de equipe a sugestão – que ali parecia inovadora – de que os usuários do Programa Bolsa Família tivessem seu peso aferido em qualquer consulta que participassem na UBS³³, não sendo necessário que retornassem na data marcada para o *mutirão* de pesagem dessa população. Ou seja, há uma clara fragmentação no cuidado do dia-a-dia para esse tipo de sugestão aparecer: uma criança em suas consultas de puericultura regulares tinha seu peso registrado, mas esse não servia quando essa era identificada como beneficiária do Bolsa Família, sendo necessária uma segunda pesagem.

Existe uma discussão importante no campo entre os modelos de APS abrangentes e seletivos (GLOBAL HEALTH WATCH, 2011). Os trilhos da PNAB (BRASIL, 2012a) colocam o Brasil formalmente como um defensor de um modelo abrangente, que dê conta dos problemas da população de forma integral - por mais que barreiras importantes se coloquem à efetivação do que está desenhado em portaria. Por outro lado, pelo ótimo custo-efetividade da atenção primária, somados a grande possibilidade de bons resultados em curto prazo, esse modelo vem sendo escolhido como referência para a expansão dos sistemas de saúde pelos mecanismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial, porém em sua vertente seletiva (VIEIRA; NEVES, 2017). Do ponto de vista de alguns desses organismos, a atenção primária se restringiria a um pacote limitado de serviços, a ser ofertado principalmente à população mais pobre. Seu atendimento deveria focar-se em algumas populações específicas, como a materno-infantil ou os portadores de doenças crônicas. O funcionamento focado excessivamente em grupos populacionais específicos – que acaba existindo em todo país, mas é especialmente premente no modelo carioca -, tende a atualizar uma APS seletiva, um cuidado simplificado, política pobre para pobres. Parece-nos inclusive que no dia-a-dia dos serviços os dois modelos citados acima coexistem e se encontram em permanente disputa.

Em sua dificuldade em acompanhar as particularidades locais, parece que o desenho da APS no Rio de Janeiro ainda incide sobre outro princípio importante, o da equidade (BRASIL, 2012a). Acabam ficando esquecidos com frequência os casos mais vulneráveis ou graves, em detrimento de casos que se enquadram nas linhas de cuidado. Por exemplo, em um momento onde se discutia com uma ACS o caso de um usuário em situação de sofrimento psíquico intenso foram requisitadas visitas domiciliares mais frequentes para ele. A profissional respondeu que não seria possível executar o pedido, pois sua atribuição era

³³ A pesagem regular nas UBS das crianças vinculadas ao Programa Bolsa Família é uma condicionalidade do mesmo para a liberação do benefício. Além disso, a pesagem dessa população é um dos indicadores da variável 3.

somente visitá-lo uma vez por ano. Essa resposta baseia-se nas variáveis definidas pelo contrato de gestão que estabelecem um mínimo de VDs para cada grupo populacional (RIO DE JANEIRO, 2014). Havia um entendimento no serviço que sugeria para a população em geral um mínimo de uma visita por ano – enquanto que para gestantes a meta é de uma visita mensal. Somente estava definido o mínimo de visitas a ser realizadas, mas com frequência essa parametrização determina a totalidade das práticas.

Claro que isso tudo acontece no contexto de insuficiência de recursos crônica no país, no qual a priorização a algum usuário ou grupo populacional gera desassistência de outros. É o que popularmente se chama de *cobertor curto*. O tamanho da população coberta por cada EqSF, tendendo ao máximo de 4000 pessoas, encontra-se em um parâmetro bastante acima de outros países que trabalham com essa organização da atenção, induzindo elementos importantes de uma prática seletiva na APS brasileira. Desse modo, cada profissional torna-se uma espécie de gestor neoliberal de sua própria agenda. Eu mesmo quando começo um atendimento tenho a tendência a logo categorizá-lo pela gravidade e, não achando um caso muito difícil, marco - ou organizo para a EqSF marque - retornos em uma quantidade abaixo do ideal, quando não forço o encaminhamento para atendimentos em grupo na UBS. Faço isso pela simples noção de que atendemos uma gama muito ampla de usuários e não daremos conta de fazer um atendimento aprofundado com todos. Assim, acabo priorizando os casos mais graves e vulneráveis e prestando um atendimento limitado aos casos mais leves.

Outro mecanismo importante que define o que é valorizado no dia-a-dia da APS carioca são os mecanismos de divulgação e monitoramento online das atividades realizadas. A maioria dos registros que dão base para o acompanhamento dos indicadores de saúde se dá através do prontuário eletrônico, software também contratado de empresa terceirizada. Além disso, é comum a divulgação das ações de saúde realizadas nas páginas de facebook das UBS e dos profissionais. O mesmo ocorre em grupos de trabalho formados no aplicativo whatsapp para a comunicação dos profissionais³⁴. Nesses, dezenas de fotos são enviadas diariamente, gerando também um material para o controle de atividades pela gestão. É comum o pedido de gerentes para que se enviem fotos das ações realizadas, o que pode gerar situações muito complicadas. Uma colega, por exemplo, foi cobrada por não divulgar fotos no facebook da

³⁴ As UBS acompanhadas utilizam uma infinidade de grupos de whatsapp: geral, de EqSF, de grupos de trabalho (GTs), de NASF, de preceptores dos programas de residência, congregando profissionais da rede setorial e intersetorial, etc. No momento da escrita o autor participava de dezessete grupos diferentes ligados ao trabalho no aplicativo.

UBS do grupo de mulheres que coordenava, espaço bastante sigiloso no qual circulavam histórias gravíssimas de violência.

Gera-se uma hipereposição não pactuada dos profissionais e usuários, que parece ter mais motivos publicitários e de autopromoção do que de informação em saúde. Cria-se também certo espírito geral marqueteiro, que leva a valorização das atividades que se mostram melhor adequadas ao registro fotográfico – grandes grupos, atividades que não requerem sigilo -, além de uma tendência a exporem-se as experiências exitosas e se esconderem os problemas. Esse funcionamento parece bastante atravessado pelo intenso esforço publicitário envolvido na construção das Clínicas da Família do Rio de Janeiro. Foram bastante frequentes as propagandas em televisão e revistas sobre a temática no momento da Grande Expansão e esse se tornou tema central nas campanhas eleitorais realizadas pela gestão. Claro que a fixação na produção imagética não é algo exclusivo dos serviços da SMS-RJ, mas diz bastante dos modos de subjetivação contemporâneos. Porém, a intensidade com que aparece esse funcionamento é algo que surpreende, principalmente os profissionais que trabalharam em outros estados.

Entendemos ainda que o processo de trabalho como induzido pelo modelo dos contratos de gestão tem efeitos importantes para o NASF. Pelo seu trabalho mais qualitativo e de difícil monitoramento – principalmente nas dimensões referentes ao apoio pedagógico-, as equipes de NASF tendem a escapar da cobrança mais dura das metas. Porém, isso acaba gerando processos de trabalho relativamente paralelos entre NASF e EqSF. As últimas focam-se em geral no atendimento às linhas de cuidado e a demanda espontânea em casos agudizados. Já o NASF é majoritariamente chamado a responder em casos complexos, como de sofrimento psíquico, vulnerabilidade extrema, obesidade ou reabilitação física. Desse modo, há um frequente desencontro dos focos das EqSF (linhas de cuidado e demanda espontânea) e do NASF (casos complexos, atendimentos agendados). Da mesma forma, aparece com frequência uma desvalorização do trabalho do NASF, já que esse não necessariamente impacta de forma direta nos indicadores de saúde.

Soma-se a dificuldade da coordenação de ações conjuntas pelo espaço apertado na agenda dos profissionais e a dificuldade técnica de operacionalização de um atendimento compartilhado que tenha suas dimensões técnicas e pedagógicas suficientemente exploradas. Pesa ainda, o modelo intrincado e de difícil compreensão pelas EqSF do apoio matricial. Todo esse caldo é prato cheio para que o NASF acabe funcionando de forma mais ambulatorial, com premência de atendimentos individuais, ou que coordene sozinho os grupos terapêuticos

da unidade. Com frequência tanto espaços coletivos como usuários são referidos nas unidades observadas como *do NASF*.

E as pessoas se tornam *do NASF* não por acaso. Cabem nessa alcunha os usuários que têm sofrimento psíquico intenso, déficit cognitivo, deficiência física, em situação de vulnerabilidade social, em situação de pobreza extrema e/ou que sofrem violência. A equipe torna-se referência, por vezes quase única, para atender os estigmatizados, excluídos, as vítimas de violação de direitos. Esses atendimentos acabam se realizando nos espaços físicos que sobram, obviamente. Se as interconsultas não cabem nas agendas dos profissionais da EqSF, sobra atuar em consultas individuais. Porém, há dificuldades de encontrar espaço físico para esses atendimentos. Tanto em Joãosinho quanto em Iraci utilizam-se cômodos que são ou foram depósitos de materiais como principais locais onde se realizam os atendimentos individuais do NASF.

Outro elemento que impacta na realização do cuidado é a alta rotatividade de profissionais, principalmente entre a equipe médica. Das oito equipes apoiadas por nosso NASF, seis tiveram trocas de médico no último ano, a maioria dessas tendo mais de uma troca. Além disso, quatro delas também tiveram trocas de enfermeiro. Já os técnicos de enfermagem e ACS em geral se mantiveram em seus postos durante o período observado. Algumas consequências desses fatos são a dificuldade da realização de um cuidado longitudinal, assim como do estabelecimento de vínculo (BRASIL, 2012a). Somam-se a perda de conhecimentos na troca dos profissionais sobre os casos/território e as pactuações que com frequência têm de ser refeitas. Há também uma rotatividade importante de gerentes, sendo que nos últimos dois anos Joãosinho e Iraci passaram por três gerentes diferentes. Essa rotatividade somada com a centralidade dessa posição no funcionamento das unidades faz com que haja uma importante instabilidade nos arranjos do processo de trabalho constituídos, fazendo com que o clima organizacional e a lógica do atendimento variem constantemente. A equipe de NASF acompanhada manteve-se um pouco mais estável durante os últimos dois anos, havendo a troca de apenas um membro.

A alta rotatividade também tem efeitos importantes do ponto de vista do NASF, já que a sua função não é somente assistencial, mas de apoio pedagógico aos profissionais da EqSF, que devem progressivamente ter suas possibilidades de cuidado ampliadas. Sendo assim, os processos de educação permanente acabam bastante prejudicados quando há uma troca constante dos profissionais apoiados, porque ocorrem em tempos muito curtos, tendo dificuldades para institucionalizar novas lógicas de trabalho.

Há também um notável vetor de privatização do SUS no modelo gerenciado pelas OS. O próprio motivo da escolha por esse tipo de prestação de serviços a partir do discurso de ineficiência do setor público e da maior agilidade e flexibilidade das entidades privadas já delineia uma aposta privatizante. Impõem-se ao setor público as lógicas do setor privado, partindo de uma suposta superioridade do último modelo (SANTOS, 2017) e na confusão entre gestões estatais e privadas constitui-se uma barreira importante para a constituição de serviços que enfatizem o público e o comum. Dificulta-se a efetivação de diretrizes essenciais para o trabalho na atenção básica como o controle social e a cogestão dos serviços. Da mesma forma, observa-se que os trabalhadores, devido aos vínculos trabalhistas mais instáveis, acabam tornando-se mais acuados e silenciosos, acentuando-se as hierarquias.

Para exemplificar esse atravessamento empresarial na gestão das políticas públicas, relataremos um processo avaliativo que aconteceu nas UBS envolvidas na pesquisa. No ano de 2016, a OS Viva Rio lançou um aplicativo de celular para avaliação dos profissionais de nível médio contratados. Nesse deveria ser respondida uma série de questões sobre as atribuições de cada trabalhador, sendo um instrumento de preenchimento obrigatório. Os resultados eram direcionados automaticamente para a gerente e a gestão central da companhia. Uma das gerentes na época enviava a nota atingida por cada trabalhador no grupo de whatsapp da UBS. Mais absurdo ainda, os bem-avaliados participavam automaticamente do sorteio de um vale-compras nas Lojas Americanas, que firmou parceria com a OS.

Pesquisa recente realizada com profissionais de uma EqSF no município aponta a contrariedade desses com a avaliação baseada em desempenho, que aparece em “um sentimento ambíguo em relação ao pagamento de gratificação, pois foi ressaltada, em várias ocasiões, a dificuldade para ter o reconhecimento do trabalho realizado.” (SANTOS, 2017, p. 79) Nesse sentido, entendemos que fazeres essenciais ficam invisíveis nesse modelo, e que um bom resultado em metas e indicadores não se reflete necessariamente em um bom atendimento à população em geral. Os esforços realizados em casos complexos, a realização de planos terapêuticos criativos, a disponibilidade para escutar, o acolhimento e a construção de vínculo acabam ficando em segundo plano. Acabam sendo preteridos pela obediência, o seguimento de protocolos, a perseguição dos grupos populacionais e o atingimento de metas. Falas de profissionais nas UBS acompanhadas corroboram essas posições. Em uma discussão recente em reunião de equipe, diversos profissionais frisaram que parece haver no funcionamento atual da ESF uma maior valorização dos números do que das pessoas. O autor do estudo citado acima, atualmente colega de trabalho, também forneceu uma pista

importante em conversa recente sobre o assunto: trata-se de um modelo de avaliação que esconde o cuidado.

Nesse sentido, ao focarmos essa pesquisa nas experiências do cuidado, apostamos que a realização de práticas cuidadoras é em si uma resistência a esse modelo. O leitor pode perguntar-se se entendemos que a única *salvação* estaria nas práticas localizadas de cuidado em saúde. De maneira nenhuma essa é nossa proposta. Entendemos que tão necessárias quanto as práticas de resistência realizadas no cuidado, são a articulação coletiva entre trabalhadores e usuários para a construção de formas de gestão que o valorizem, que institucionalizem caminhos para que ele possa ocorrer não somente como um brado contra maré, mas que se construam condições reais para ele povoar o cotidiano dos serviços! Para isso temos uma série de tecnologias bastante desenvolvidas no SUS como o apoio institucional, a cogestão, as gestões colegiadas, as estratégias de educação permanente e de educação popular em saúde. Contudo, todos esses métodos se tornam de alcance limitado se não conseguimos garantir suas condições de financiamento, os número de profissionais necessários para os executarem e se não construirmos pressão política suficiente sobre os gestores para que eles sejam priorizados.

Por o cuidado estar escondido, por isso mesmo que temos que visibilizá-lo e potencializá-lo. Entendemos que as estratégias de cuidado que aparecem nesse trabalho engendram uma resistência aos vetores privatizantes das políticas públicas.³⁵ Isso porque, construídas dentro de um campo comum, de afetações mútuas e governabilidade compartilhada, desafiam as lógicas mercantis que reduzem tudo a números, procedimentos e planilhas. Engendram certo prazer da troca e da transformação que prescindem de recompensa, deixando de se tornar mercadorias para operarem na dimensão da dádiva (PINHEIRO; GUIRARDI, 2013a). Esse conceito provém de estudos realizados com certas populações tradicionais, entre as quais a circulação de bens é um mecanismo essencial de vínculo e amizade. A troca tem como efeito principal a construção de uma relação social, mais do que a constituição de um ganho pessoal. As autoras (PINHEIRO; GUIZARDI, 2013a) entendem a afirmação dessa dimensão relacional como um caminho para repovoar as relações em saúde, como aposta no encontro e uma abertura ao que se cria no fazer. Transcende-se então a insularidade do profissional com sua técnica e do usuário com seu

³⁵ A sugestão dessa análise veio dos comentários do colega de grupo de pesquisa, Felipe Chittoni, realizados após sua leitura das versões preliminares dessa dissertação.

silêncio submisso, tomando-os como sujeitos éticos em relação. As políticas públicas podem se construir como direito comum, entre as singularidades de profissionais, usuários e serviços.

Nas experiências que acompanhamos notamos que o cuidado acaba sustentando-se na abertura dos profissionais a afetarem-se pelas histórias escutadas; no compromisso ético com a construção do SUS e de uma sociedade mais justa; ou mesmo em uma perspectiva religiosa de ajuda ao próximo. Essas dimensões são ressaltadas como centrais à construção de outra lógica de cuidado. Porém, além de auxiliarmos nas práticas de atendimento aos usuários, entendemos que ressaltar esse tipo de cuidado pode contribuir no campo da saúde coletiva para que futuros estudos e intervenções de gestão possam expandir seu alcance. Dessa maneira, almejamos que as nossas narrativas e análises se conectem com caminhos de coletivização do funcionamento do sistema de saúde, através de uma participação concreta de trabalhadores e usuários, e uma adaptação constante à realidade dos territórios vivos.

Entendemos ainda que nesse esforço não estamos sozinhos: as próprias diretrizes da PNAB (BRASIL, 2012a) traçam caminhos bastante diversos dos ressaltados na política da SMS-RJ. Existem ações mesmo no município do Rio de Janeiro que, influenciadas pela movimentação de usuários, profissionais e acadêmicos ligados a forte tradição do movimento sanitaria na cidade, abrem espaço para lógicas distintas. Entre elas estão: a redução de danos, a desinstitucionalização dos usuários de saúde mental, o autocuidado apoiado nos casos de doenças crônicas, a realização de atividades de reabilitação física de base comunitária. E, além disso, a multiplicidade do trabalho em saúde escapa com frequência às lógicas que o balizam, havendo sempre a possibilidade de resistências.

Por último, em Joãosinho e Iraci foi encontrado um chão para que por vezes se efetivasse um cuidado afetivo e de resistência, que insidioso se esgueira, infiltrando-se nas práticas. A equipe de NASF que participo é bastante competente e unida, articulando-se em defesa de outras formas de produção de saúde. Coordena atividades inovadoras e dispõe-se para os enfrentamentos necessários. Aposta nas práticas de ensino/pesquisa e vem construindo-se como forte grupo de preceptores, além de em maioria ter formação especializada na área. Tem um compromisso claro com o cuidado e consegue produzir na multiplicidade de saberes presentes, em aprendizados construtivos.

Joãosinho foi uma unidade construída por uma equipe compromissada com a saúde da família e o SUS, que desenhou um processo de trabalho que valoriza o cuidado e as atividades coletivas. Por um tempo longo ali vigorou um clima agradável com momentos de apoio mútuo entre os profissionais, compartilhamento e até de alegria. A maioria de seus ACS, alguns técnicos e profissionais de ensino superior são bastante comprometidos, traçando

compromissos importantes com o cuidado dos usuários. É um campo de ensino potente, e as residências ali presentes carregam em si um sopro de invenção para o dia-a-dia. Por mais que parte dessas características esteja se desfigurando com o tempo, amassadas pelo modelo de gestão e perdendo-se na troca de profissionais e gerentes, de alguma forma ainda estão presentes e com frequência são chamadas à vida.

Já Iraci, *postinho* antigo, cujos caminhos atravessaram diversas trocas de modelo na ESF carioca e bastante afetado pela efetivação de um modelo que afronta as características que lhe fazem especial, também resiste. Seu tamanho e posicionamento na comunidade favorecem o acesso dos usuários e geram uma sensação maior de continuidade entre o serviço de saúde e os espaços de vida cotidiana. Muitos ACS e técnicos de enfermagem permanecem há bastante tempo no local e ainda conseguem operar lógicas de *postinho*. Conhecem bem a maioria dos usuários, mantêm relações de vínculo, além de serem muito capacitados para a realização de orientações e organização de atividades comunitárias.

Nas narrativas que se seguem buscaremos exemplificar os efeitos do modelo de gestão descrito no que ele barra, enviesa, mas também no que permite. São cenas que complementam as análises traçadas acima e terminam de abrir o tabuleiro do jogo da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro – pelo menos em seus contornos mais grosseiros -, para que após possamos seguir para uma análise mais local das práticas de cuidado.

1.4. A História do Centro Municipal de Saúde Iraci Lopes

Em Maio de 2016 realizamos uma roda de conversa com técnicos de enfermagem, técnicos administrativos e ACS de Iraci, no intuito de retomar a história da UBS. São todos moradores de Vigário Geral e trabalham no local há entre dez e vinte anos. Esse encontro tinha o intuito de preparar uma apresentação sobre o longo percurso desse equipamento de saúde para a recém-chegada gerente – o que aconteceu em uma reunião geral na semana seguinte. Antes aprofundarmos as descrições, segue um relato afetivo do que aconteceu nesse dia.

Foi muito forte, um soco por dentro, ouvir os trabalhadores antigos falando. Num primeiro momento, fiquei desconfiado que não fosse rolar, os ACS pela manhã se colocaram de forma desinteressada. Estão muito amassados, passei maus bocados para convencer Neca de ir à roda de conversa. Difícil de achar sob seu ressentimento um sonho. O que me sobrou foi dizer que não havia opção frente ao que ela sentia, frente ao seu desânimo com os

momentos onde os indicadores e a hierarquia a amassavam. Não havia opção, pessoas como nós não podiam tirar o corpo do trabalho sem sofrer muito ou nos demitirmos. Ouvir no fim do dia após a conversa, vindo da boca dela, que ainda acreditava na Saúde da Família me animou profundamente.

Lembrou-me um livro de Naipaul (2011) que descreve empregados de uma lanchonete de fast-food recém-aberta em uma cidade no interior do Congo, vítima de sucessivos desmandos coloniais e ditatoriais. Viam-se desanimados, os olhos vazios, corpo inerte e lento, não encontrando sentido nenhum para o trabalho entre os anúncios luminosos e os hambúrgueres. Era como se a vivacidade tivesse ficado com os artefatos e com os deuses na floresta.

Foi bonito ver os olhos se acendendo à medida que desmontamos a obrigatoriedade da reunião - o espaço foi definido como de presença compulsória pela gestão -, e surgiu o interesse deles em contar. Claro, veio também o temor da nostalgia e tudo de imobilizante que ela arrasta. Trabalhar com o comum é ajudar que se animem os olhos escuros, fundos, os olhos mortos. E que o que há de chão, terra, café, cozinha, sangue, olho, sangue no olho apareça.

O povo cuidando o povo foi assim que um amigo entendeu quando lhe descrevi a função dos ACS. Talvez a tarefa que se impõe é a de despertar o que há de povo, o que de encontro que forma multidão existe entre profissionais e usuários.

A história como estratégia para reviver os vivos.

A partir dos espaços referidos acima, foi possível compilar dados importantes sobre a história do Posto de Saúde de Vigário Geral – como por um bom tempo foi chamado aquele equipamento. As narrativas que apareceram trouxeram ricos elementos para pensarmos os efeitos do modelo de gestão do Rio de Janeiro sobre as formas de produção de saúde na APS. A primeira reunião, em espaço mais informal junto aos trabalhadores antigos, teve um clima solto e focou-se na história da UBS. Já na reunião geral, se falou bastante da história da comunidade de Vigário Geral, principalmente no que tange à chacina lá ocorrida e aos conflitos com Parada de Lucas, seguidos da tomada da área pelo TCP. Infelizmente não poderemos nos aprofundar nessa história durante esse trabalho. Porém, cabe analisar o fato de que a dificuldade em distinguir a história da UBS com a história da comunidade denota um entrelaçamento importante entre elas, algo incomum nas narrativas relacionadas às Clínicas da Família abertas no momento da Grande Expansão.

Em 1993 ocorreu na área a chacina de Vigário Geral, na qual homens encapuzados entraram na comunidade e assassinaram vinte e um moradores em uma única noite. Os encapuzados eram membros de um grupo de extermínio formado por policiais militares. As marcas desse fato continuam presentes na comunidade e à época geraram grande repercussão nacional e internacional, produzindo pressão sobre o poder público e interesse de ONGs para que se garantissem condições de vida melhores na região. Diz-se que antes daquele momento poucos conheciam a realidade do local e havia muito preconceito com os moradores. Relatam que após a ocorrência da tragédia, passou a haver um maior reconhecimento social do local. Na esteira desse processo, começaram a chegar novos projetos à área, entre eles o Favela Bairro, que fez importantes melhoras urbanísticas na região e o Médicos Sem Fronteiras (MSF), que abriu o posto de saúde.

A equipe do Médicos Sem Fronteiras chegou em 1995, permanecendo cerca de três anos na comunidade. Era formada por enfermeiro, médicos especialistas e profissionais da área de saúde mental. Além disso, havia as *meninas do postinho*, pessoas da comunidade que ajudavam na articulação com o serviço de saúde e que podem ser consideradas as precursoras dos ACS na região. Eram ofertadas: consultas individuais, atividades em grupo e de educação em saúde. Apesar da estrutura física precária - pouca ventilação, infiltração, presença de mofo, telhado de zinco, sala de espera na via pública, banheiros precários -, os profissionais relatam que o trabalho fluía de forma harmônica, com participação da comunidade.

Desde sua entrada, o MSF colocou que estaria na comunidade por tempo determinado. Porém, antes da organização retirar-se, organizou um curso de formação com os líderes comunitários locais, no intuito de capacitá-los para se tornarem gestores das unidades. Os moradores de Vigário Geral que participaram fundaram a ONG Movimento Organizado de Gestão Comunitária (MOGEC). Entre eles estavam a atual auxiliar de farmácia e a técnica de enfermagem da UBS. Esse grupo passou a gerir o posto de saúde em 1998, obtendo financiamento através de um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde. Funcionavam em um modelo chamado de consultório simplificado, no qual coexistiam uma equipe de PACS³⁶ e médicos especialistas. Os ACS focavam-se intensamente em atividades de educação em saúde. Já os médicos atendiam por ficha, assim diariamente geravam-se filas de madrugada em frente ao posto para garantir as vagas de consulta. Em alguns momentos de paz entre os comandos de Vigário Geral e Lucas, as duas comunidades chegaram a ser atendidas por essa unidade. A vacinação era realizada com a ajuda de profissionais de UBS

³⁶ Modalidade de equipe de Atenção Básica constituída somente por ACS e uma enfermeira supervisora

vizinhas quinzenalmente, datas nas quais também se geravam grandes filas. A estrutura física seguia precária: não existia sala de espera e os usuários esperavam no calçamento em frente à unidade – inclusive expondo-se por vezes a tiroteios. O equipamento esteve em diversos momentos sem banheiros funcionando e em alguns momentos chegou-se a alugar banheiros químicos. Havia nessa época aparentemente mais dificuldade de acessar tanto consultas médicas, quanto ações essenciais da saúde, como consultas, exames e vacinas.

No ano de 2004 a prefeitura iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) na área. Organizou reuniões com profissionais e a comunidade para apresentar o novo modelo. Os moradores em um primeiro momento ficaram reticentes com a perda dos médicos especialistas. Porém, a partir do acolhimento à demanda espontânea - antes inexistente - e o agendamento de consultas mediado pelos ACS – que eliminava as filas matinais – acabaram aceitando a proposta. Passam a haver duas EqSF no local, e na época diversos médicos e enfermeiros com formação em saúde da família passaram pelo posto. Comprometidos com o SUS e cientes das especificidades daquele tipo de atendimento, organizavam capacitações frequentes com ACS e profissionais técnicos. Havia também um clima de trabalho bastante quente, com forte integração entre os profissionais e um sentimento de missão bem definido, onde se *aprendia a amar a saúde pública (sic)*.

As ações de promoção de saúde³⁷, já frequentes no período do MOGEC, se intensificaram na época. Eram registradas no acolhimento as principais queixas e patologias referidas. Esses registros então eram cruzados com os dados dos locais de moradia dos usuários. Dispunham-se as patologias que os acometiam - como a escabiose ou a dengue - em mapas, identificando as mais frequentes em cada área do território. A partir disso, organizavam-se ações específicas para ruas ou microáreas, reunindo os moradores nas calçadas em frente às casas para conversar sobre as condições de saúde locais. Realizavam-se também mutirões mensais de conscientização sobre a dengue, rodando de casa em casa, cantando e usando fantasias.

Aconteciam regularmente atividades coletivas com grupos de idosos e adolescentes, com passeios, lanches, bailes de carnaval e festas juninas. Havia treinos de futebol para crianças e adolescentes organizados pelos profissionais. Diferencial importante do funcionamento na época era o protagonismo dos ACS e técnicos de enfermagem, que eram os principais coordenadores de grupos. Era comum também a realização de orientações na sala

³⁷ Na fala dos profissionais não ficou claro quais atividades coletivas e de promoção de saúde ocorriam na época do consultório simplificado e quais eram realizadas na época do PSF, relatando somente o incremento dessas na segunda fase.

de espera por esses profissionais. Nas datas de atendimento a grupos populacionais específicos realizavam explicações em linguagem popular sobre os agravos mais frequentes e as principais rotinas clínicas envolvendo aquele perfil de usuários. A ACS Neca relata que nos dias de consulta de saúde da mulher esclarecia em sala de espera quais os principais *corrimentos* vaginais, o que significavam, seus diferentes cheiros e a relação desses com as patologias ginecológicas. Assim, *quando a paciente entrava na consulta já sabia explicar para a médica o que ela tinha. O ACS não era visto só como um marcador de consulta, mas como alguém que tinha informação e conhecimento pra passar.*

Segundo a ACS Kátia, a estrutura física mantinha-se bastante precária na época, mas *eram casas insalubres onde a coisa acontecia.* O posto não era informatizado, os registros sendo feitos em fichas de papel. Havia metas de visitas domiciliares, mas era possível justificar uma diminuição da média mensal quando se realizavam outras atividades, diferente de hoje em dia que, *não importa o que você faça, é necessário cumprir a meta de VDs.*

Com a Grande Expansão, a partir do ano de 2009 foram se padronizando o funcionamento dos CMS do município, processo que incidiu de forma notável sobre o trabalho em Iraci. A estrutura física modificou-se, passando a ser alugadas salas da associação de moradores local. Essas foram reformadas, passaram a ter climatização, informatização, sala de vacinas e procedimento organizadas. O espaço físico melhorou consideravelmente, mesmo que ainda seja bastante apertado. Melhorou de maneira considerável o acesso a exames, a vacinas e a medicações, o provimento regular de profissionais (ainda que por vezes sem a formação adequada) e organizou-se de forma mais clara a marcação de consultas, fatores importantíssimos para o incremento da qualidade da atenção. Entretanto, os grupos e as ações territoriais de promoção de saúde foram progressivamente diminuindo, a partir de sua desvalorização pelo novo modelo de gestão. A partir da pressão pelo cumprimento de metas e da necessidade de longas horas de lançamentos de dados o trabalho passou a ser muito mais apressado. Preparar grupos, com planejamento de atividades, lanches, passeios; bem como a realização de atividades com a comunidade passou a gerar uma sensação de perda de tempo. Foram sendo preteridos pela realização de visitas, procedimentos, consultas agendadas por linhas de cuidado e lançamentos no sistema de informação.

Segundo o relato dos trabalhadores, as VDs foram se tornando cada vez mais rápidas e os acompanhamentos foram perdendo a qualidade, já que somente eram valorizados os números. A ACS Kátia relata que atualmente sente-se *que nem carteira*, somente entregando marcações de consulta de porta em porta. Uma das inúmeras gerentes que passaram pelo local desaconselhou os ACS a realizarem atividades de sala de espera, pois esses não possuíam

respaldo técnico para isso. A unidade que um dia fora *a menina dos olhos* do distrito, foi progressivamente se tornando uma espécie de *patinho feio*: local com pior infraestrutura, dentro da comunidade – ou seja, vista como área de risco – e com poucas EqSF. Médicos, enfermeiros e gerentes passaram a se revezar com galopante rapidez, quase nenhum com as qualificações necessárias. Existe o discurso de que a UBS tornou-se uma espécie de exílio para profissionais dessas categorias que não tiveram bom desempenho em outros lugares; ou local de treino/experiência de trabalhadores almejando ir para unidades *melhores*. Surgiram conflitos importantes entre as EqSF, a partir de uma lógica competitiva. O trabalho ficou frio *que nem uma geladeira (sic)*.

Aliás, o posto nessa nova fase foi renomeado, passando a se chamar CMS Iraci Lopes em homenagem a uma moradora da área. Dona Iraci era uma senhora negra, nordestina, bastante assídua na unidade. Certo dia foi a um passeio organizado pelo grupo de idosos à praia de Copacabana no qual viu o mar pela primeira vez. Ao retornar disse que conhecendo Copacabana já poderia morrer. Faleceu no dia seguinte. Alguns meses depois realizou-se uma reunião entre os funcionários para definir o novo nome da unidade, a partir do disposto pela reorganização da AB municipal teria de ser o nome de uma pessoa. Escolheu-se então Iraci, por ser uma figura simbólica para o serviço. Esse fato é bastante incomum se compararmos com as novas UBS do município, em geral batizadas pela gestão previamente, sem diálogo com a população e os funcionários.

É possível dizer que durante os períodos de PSF havia uma ênfase importante: nas atividades de diagnóstico e intervenção territorial sobre os determinantes sociais de saúde, com importante envolvimento comunitário e o uso de tecnologias sofisticadas para isso; em atividades coletivas de promoção de saúde, com a realização de grupos lúdicos e educativos; ações de cuidado baseadas no vínculo e dedicação aprofundada aos casos. Havia bom clima de trabalho, integração entre as equipes e um funcionamento mais horizontal, valorizando os saberes singulares de cada profissional e a carga de conhecimento comunitário trazida pelos ACS. Porém, existia maior precariedade dos vínculos empregatícios – que permanece em outro nível até hoje -, dificuldades de infraestrutura, de oferta de procedimentos básicos, lapsos importantes no provimento de medicações e inexistia informatização. A realização de exames era também bastante dificultada. Já o modelo da Grande Expansão trouxe um ganho logístico importante, com organização dos fluxos e processos de imunização, exames, além de melhora importante na infraestrutura, facilitação no provimento regular de profissionais e maior acesso a medicamentos. Houve também uma melhora nos registros, na produção de informação e um aumento quantitativo nos atendimentos. Porém, a grande maioria das

características referidas como positivas do modelo anterior foram apagadas, com diminuição importante de atividades coletivas e de promoção de saúde; burocratização e aumento de conflitos nas relações de trabalho; aumento da hierarquia e da especialização dos fazeres, com desvalorização dos profissionais de nível médio; piora na qualidade do vínculo.

Atualmente Iraci ainda é uma UBS diferenciada das demais. Realiza ações de promoção de saúde na comunidade com alguma frequência, a equipe conhece com profundidade acima do comum os casos e consegue fazer diagnósticos sócio-sanitários do território. Ideias interessantes de ações coletivas surgem, porém poucas vingam. O passado, a vocação de *postinho*, a vontade de promover saúde também se ensaiam ali habitualmente, porém na maioria das vezes acabam sendo amassadas pela lógica produtivista. Enquanto alguns profissionais seguem bastante comprometidos, em outros não se vislumbra a vivacidade das antigas fotos e histórias. Há um sentimento bastante generalizado de tristeza pelas mudanças no trabalho, que também se reflete por vezes em uma nostalgia imobilizante e na tendência dos profissionais ocuparem uma posição queixosa. Atualmente uma nova gerente chegou a UBS, mais afinada com a ideia de um trabalho integral na ESF. Vem promovendo a retomada de algumas práticas, como a realização de orientações em sala de espera, ou o incentivo a ações comunitárias. Ainda não se sabe o quanto do espírito do Posto de Saúde Vigário Geral tem condições de sobreviver dentro do novo CMS.

1.5. Reunião Geral

Era dia da reunião geral em Iraci e a equipe NASF decidiu participar inteira. A nova gerente, Mariza, estava realizando uma reestruturação dos espaços coletivos da unidade e pensamos que poderíamos apoiar esse esforço e organizar ações de educação permanente para esse espaço. No mês anterior, a reunião havia sido muito produtiva, pois organizamos para que os profissionais mais antigos contassem a longa história da unidade à gestora recém-chegada. A gerente já havia conversado comigo sobre essas reuniões, colocando que os profissionais estariam com dificuldade para se apropriar dessas, tornando-as muito dependentes de sua contribuição. Após a reunião daquele dia, o porquê dessa dificuldade ficou mais claro.

As reuniões acontecem na sala de espera e Mariza instalou com grandes dificuldades um retroprojeter no espaço apertado, o que atrasou o começo em quase uma hora. A projeção ficava um tanto distorcida devido ao ângulo diagonal, esdrúxulo, no qual havia sido instalado o equipamento. Porém, era o único desenho possível para utilizar aquele meio de

comunicação para massas em uma salinha. Era uma reunião pequena, de mais ou menos vinte pessoas.

Iniciou-se então. *Alguém tem pautas? OK. Vou começar pelas minhas, então.* A gerente perguntou, e respondeu a si mesma rapidamente. Encontrava-se trêmula e com profundas olheiras, as quais a forte maquiagem não conseguia esconder. Destilava slides com tabelas de indicadores de acompanhamento da população e falava com galopante rapidez, traçando imagens e exemplos cujo raciocínio era difícil de compreender. Levantava os problemas na cobertura, justificava a partir de definições operacionais de como os dados eram levantados e apresentava fluxogramas provindos de documentos do Ministério da Saúde para basear cientificamente as possibilidades de resolução desses. Sentia-me bastante desconfortável, até um pouco enjoado, havia algo de opressivo no ambiente, uma força de controle que incomodava, imobilizava. Não sei exatamente descrever esse sentimento, mas é algo que me atravessa em momentos onde me encontro com as cobranças linha-dura da gestão, principalmente quando aparecem permeadas de conceitos que para mim são bastante caros, como acolhimento ou linha de cuidado³⁸, distorcidos a partir de uma lógica gerencialista. É como se sentisse convocada minha inventividade de forma opressiva. Via-me chamado a funcionar a todo vapor para cumprir objetivos alheios ao que eu acredito para a Saúde da Família.

Em certo momento iniciou-se uma cobrança quanto ao baixo número de mulheres da área que tinham seu resultado de exame ginecológico preventivo do câncer do colo do útero, chamado coloquialmente de *preventivo*, registrado na unidade. Alguns ACS levantaram os possíveis motivos: diversas mulheres não gostam de fazer o exame ali, porque não se sentem à vontade, preferem buscar outros serviços para fazê-lo. A gerente frisou que não era

³⁸ O conceito de acolhimento segundo a acepção mais corrente é entendido como “um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários”. (BRASIL, 2004a) Na saúde da família carioca foi definido pela gestão central que em todas as UBS com ESF a primeira escuta será feita pelos ACS em guichês na sala de espera, normalmente colocando lado-a-lado diversos usuários em ambiente público. Esse espaço/processo é chamado de acolhimento, mas apelidos surgem para ele: em algumas Clínicas da Família ACSs o chamam de *call center*. As informações levantadas normalmente são resumidas e comunicadas por meio de computador ao médico e enfermeiro, que a partir do que lêem definem como organizarão a demanda espontânea no turno. Já o conceito de linha de cuidado foi pensado como forma de acompanhar continuamente as ações de saúde necessárias para dar conta de uma condição específica, ofertando-as a partir das necessidades singulares dos usuários, tentando evitar as interrupções por falta de comunicação, excesso de encaminhamentos e burocratizações no fluxo, costurando de forma integral os saberes provenientes de diversas áreas e níveis de atenção, incluindo, se necessário, equipamentos de fora da rede de saúde (FRANCO & JÚNIOR, 2004). Na Saúde da Família carioca esse termo vem sendo usado para descrever um roteiro de procedimentos/consultas fechado pelo qual os usuários portadores de uma condição específica de saúde devem submeter-se para que seja realizado um cuidado considerado aceitável pelos padrões da gestão.

necessário que fizessem o exame lá, mas que, nesse caso, a usuária poderia trazer o resultado de seu exame para ser lançado no sistema. Interessante notar que o principal objetivo não é necessariamente a expansão da oferta desse exame para a população, mas a necessidade de um maior controle sobre o fato de a população estar o realizando. Vemos nesse tipo de atendimento uma direção de gestão que prima pelas funções de controle da população, independente de seus efeitos assistenciais, já que, mais importante que ofertar a mais mulheres o exame, é a necessidade de se produzir dados relevantes e provas de que esse está sendo realizado. Essa indicação segue o que Foucault (2012) observa sobre o nascimento da medicina social, cuja função assistencial aparece tardiamente como complemento a uma função de controle do estado sobre os corpos e epidemias.

Uma colega médica colocou que podemos ofertar o exame às usuárias, mas a decisão de realizá-los ou não parte delas. Disse que, da mesma maneira, os profissionais devem conhecer e utilizar os protocolos clínicos elaborados pelo Ministério da Saúde, porém, cabe a cada um a partir do *espaço sagrado* da consulta definir a pertinência da utilização. Mariza respondeu que as coisas não eram bem assim. *Estamos aqui falando de ciência e temos provas de que fazer esses exames tem um efeito positivo na saúde dessas mulheres. Além disso, desde 2010 não trabalhamos mais com achismos, mas com medicina baseada em evidências!* Senti-me bastante acuado com aquela posição, que claramente também tinha intenção de calar. Impressionava-me ver alguém colocar de forma tão clara uma posição que ignorava o direito de escolha das usuárias. Em geral, as intenções de controle da saúde da família camuflam-se melhor. E a obviedade e o silenciamento implícito que se geravam no grupo devido àquela maneira de falar chocavam mais ainda. Fazia-se ouvir uma biopolítica mediada por indicadores que reduzia vontades e sujeitos a probabilidades de uma melhor vida futura e a participação em uma porcentagem populacional.

O uso dos indicadores de saúde pode servir a intrincados mecanismos de controle. Em sua maioria, na Atenção Básica, operam em um clássico dispositivo securitário (FOUCAULT, 2008) que busca padronizar as formas de atendimento e os riscos implícitos à saúde em um território/população. Claro, existem tentativas de se fazer indicadores que visibilizem o processo de trabalho, as construções coletivas, a humanização do atendimento (SANTOS-FILHO, 2007), mas esses não costumam ser os mais utilizados. A crítica mais comum que encontro entre os colegas das UBS aos indicadores é o fato de que, para se aproximar das metas exigidas pela gestão em cada um deles, é necessário dispor da maioria do tempo de trabalho. Sobra então pouca disponibilidade para realização de atividades coletivas e de

promoção de saúde. Escutam-se comentários entre os mais que *já não fazemos saúde da família*.

A forma como a prefeitura do Rio de Janeiro organizou a saúde da família tem bastante relação com os indicadores de saúde, como descritos nas seções anteriores desse capítulo, sendo realizados pagamentos por resultado aos profissionais, aos CMS e às OS. Em funcionamento análogo às remunerações de acionistas, que ao investir na bolsa tem seus ativos aumentados à medida que o valor de uma ação cresce, o pagamento dos profissionais pode aumentar se, por exemplo, o índice de glicose dos usuários acompanhados diminuir. É uma monetarização dos mecanismos de controle que coloca a saúde da população como um tipo de recurso sobre o qual a empresa (no caso a OS) e os profissionais podem lucrar. Na lógica da gestão, inclusive, o dinheiro investido nesse pagamento extra recompensa, pois é menor do que o provável gasto para tratar um agravo das condições de saúde. O tratamento de um câncer do colo do útero é mais custoso ao sistema do que pagar a variável a um enfermeiro que *controla bem suas mulheres em idade fértil*.

Esse modelo chama o trabalhador a mobilizar-se além da simples repetição de protocolos, intervindo de forma ativa sobre a população. Por exemplo, os ACS de Iraci relataram nessa mesma reunião ter articulado divulgações nas manicures e cabeleireiras do território sobre a importância da coleta do preventivo. Diversas reuniões de equipe tratam dos indicadores e por vezes ativam-se importantes elementos de construção coletiva na busca de sua melhora. Porém, seguindo o padrão do trabalho contemporâneo, canalizam-se de forma clara essas ações para as estratégias de controle. Atiça-se a inteligência coletiva, a construção de redes de saberes e ação conjunta, para logo cristalizá-las em um caminho capturante. (NEGRI; HARDT, 2009)

A partir da mesma discussão surgiu a questão: por que as usuárias prefeririam fazer em outros locais seus exames preventivos? Levantei a hipótese de que esse fato estaria relacionado à desconfiança existente na comunidade quanto ao sigilo das informações que são trazidas ao posto. Para exemplificar, uma usuária da unidade certa vez me disse, enquanto relatava em consulta de um caso extraconjugal, que: *quando se fala de algo no postinho, na semana seguinte a comunidade inteira está sabendo*. Na saúde da família carioca casos são discutidos com frequência na sala de espera, em salas de atendimento com as portas abertas ou nas ruas dos bairros. O próprio acolhimento inicial às demandas é feito pelos ACS, em guichês sem nenhuma privacidade, por definição padronizada da SMS-RJ. Nesse sentido, pode se identificar uma importante falta de cuidado com o sigilo no processo de trabalho das UBS nas quais se pesquisou. Esse fato pode gerar desconfiança da população sobre a ética no

trabalho. Por mais que essas trocas se deem somente entre os trabalhadores do serviço, com frequência usuários podem escutar e divulgar as informações. Ademais, o próprio fato dos usuários observarem essas conversas já gera uma situação de insegurança quanto a o sigilo das informações levantadas em espaços de atendimento.

Identificaram-se dois caminhos para entender essas práticas de descuido ao sigilo, que de forma estranha se mesclam. Influencia nas ações desse tipo a importação do modelo de saúde despersonalizante dos hospitais, onde se fala sobre os usuários nas suas presenças, sem incluí-los. Como se a subjetividade envolvida no cuidado fosse fator externo, ignorável, nos *rounds* que profissionais de saúde fazem nos leitos hospitalares muitas vezes discutem-se casos em frente de usuários e familiares, ignorando-se a possível reação às hipóteses levantadas. Soma-se a essa direção um entendimento implícito em algumas UBS de que essas devem ser uma espécie de extensão da comunidade. Assim se comentam os casos dos usuários entre trabalhadores de forma informal nos corredores - *você viu que fulano casou?* , ou *vi fulaninha na rua totalmente bêbada!* -, como se falassem de amigos pessoais. Da mesma forma, é comum que as salas de espera tornem-se espaço de fofocas entre moradores.

Portanto, atravessam o cuidado a tradição biomédica que ignora o sujeito por trás do adoecimento e a proximidade familiar do atendimento comunitário. Coexistem na relação dos trabalhadores com os usuários certa externalidade, como se os que buscam atendimento nos serviços fossem sujeitos cujas demandas fossem alheias, sob a qual não existiria compromisso integral; e certa proximidade no trato, como se pudesse intervir sobre a vidas dessas pessoas utilizando recursos e linguagens que se utilizam com familiares ou amigos. Essa mistura permite, por um lado, que diversos fatos do dia-a-dia, redes da produção de vida dos usuários e profissionais possam se agenciar em projetos terapêuticos potentes. Por outro lado, pode incentivar que se transformem informações pessoais em fofocas, quebre-se o sigilo de uma forma antiética e que se utilize da proximidade para intensificar o controle biomédico. Nesse caso, geram-se mecanismos de controle intrincados, onde o cotidiano dos usuários é atravessado por uma moral higienista.

A questão do sigilo na atenção básica ganha contornos bastante específicos, pois trata-se de um dispositivo que atende núcleos familiares inteiros, vizinhanças inteiras, sendo que com frequência estão sendo acompanhados por um mesmo profissional quase todos os membros da rede de relações significantes de um usuário. A dramaticidade dessa questão acirra-se quando se pensa no ACS, que simultaneamente ocupa a posição de vizinho e profissional de saúde, tendo que deparar-se com dilemas múltiplos. Infelizmente não poderemos nos aprofundar nessa questão aqui, tema suficiente para um trabalho específico. A

mistura entre o privado e o público, o pessoal e o profissional fazem parte do dia-a-dia da ESF, gerando potências e dificuldades. Porém, é essencial que se opere nesse campo de forma ética, observando quais os limites dessas mesclas e quando relações de poder desiguais – como a entre profissionais e usuários -, estão operando de forma descuidada e por vezes opressora.³⁹

1.6. Abordagem na Rua

Entre Junho e Dezembro de 2015 realizamos ações regulares de abordagem à população de rua na área atendida pela Clínica da Família Felipe Cardoso, coordenadas pelos psicólogos e o fisioterapeuta da equipe NASF, além da presença esporádica de uma ACS, estagiárias, uma médica e uma enfermeira residente. Essa se realizou apesar da estrutura hospitalar da unidade e seu estilo assistencial. Entre os elementos que favoreceram essa experiência estão certa liberdade existente para o trabalho do NASF na AP 3.1, um começo de trabalho bastante motivado dos profissionais da equipe e o importante apoio que tínhamos da gerência da unidade para realizar ações coletivas e que *trabalhassem com o território*.

A ideia da intervenção surge quando a ACS Joana, especialmente interessada no cuidado em saúde mental, mencionou uma cena que concentrava usuários de Crack na região. Em um primeiro momento, fomos conhecer a área e, ainda receosos, sentamos para tomar um sorvete ali próximo e observar, não sabendo ainda como nos aproximar. Na semana seguinte, Dona Maria da Glória veio para um grupo ofertado a pessoas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas na CF. Dona de um boteco da região, acompanhava Airton, que segundo ela andava bebendo demais. O grupo sempre esteve bastante vazio, desconfiávamos que devido às barreiras simbólicas que se colocam às pessoas que fazem uso de drogas no acesso aos serviços. Dona Maria ofereceu para que fizéssemos o próximo encontro em uma sala que possuía, localizada num pequeno centro comercial vizinho a cena de uso, para facilitar o acesso.

Em um primeiro encontro, apareceram poucos usuários, mas com histórias que chamavam atenção: um jovem de 17 anos, em conflito com a família, começando a se envolver no tráfico e buscando ajuda para traçar outro caminho; um homem de 40 anos que relatava estar envolvido na produção de drogas há duas décadas e que buscava auxílio para

³⁹ Essa temática será mais explorada nos capítulos 2 e 3, e em especial no relato de número 3.9, chamado Reunião de Equipe ou Fazendo uma Curadoria Ética das Práticas.

tirar seus documentos e procurar outro emprego; e um adulto bastante embriagado, que soltava piadas e comentários que tínhamos dificuldade de entender. Outro usuário colocava-se como mediador do grupo e atendia pelo apelido de Paizão, com seus bigodes brancos e correntes de ouro falso estendidas no pescoço. Ele tinha vivido na cena de uso descrita acima por alguns anos e era conhecido por ser a referência de cuidado no grupo, fazendo as mediações com os comerciantes locais e adquirindo respeito na comunidade. Impressionou-nos o acesso que tivemos naquele dia a uma população bastante diferente a que normalmente frequentava a UBS. Mais impressionante, há poucos metros de onde realizávamos o grupo havia um posto da UPP, onde diversos policiais permaneciam. Havia então confiança suficiente de que o espaço era protegido para que aquelas histórias pudessem ser ditas. Entretanto, nas semanas seguintes em que ofertamos o grupo naquele espaço não houve presença de nenhum usuário.

Paizão então nos ofereceu para *fazer a ponte* com os usuários que viviam na cena de uso, que ficava na Praça São Lucas. Assim aproveitamos o respeito que ele tinha naquele território para aproximar-nos. Passamos a frequentar a área semanalmente e conhecer os usuários. Circulavam ali de 10 a 15 pessoas, a maioria moradora da Vila Cruzeiro. Em um primeiro momento fomos recebidos com respeito e reticência pelos usuários. Lentamente foi estabelecendo-se uma confiança mútua. Por vezes íamos lá e, após uma recepção afetuosa, pouca conversa se desenvolvia. Então logo nos retirávamos. A ideia era estar à disposição. Se havia algum pedido buscávamos atender, mas muitas vezes somente contávamos e ouvíamos histórias, fazíamos algumas piadas, ou qualquer ação despreziosa.

Encantava-me não partir de uma demanda formulada por sujeitos em sofrimento, como meu trabalho normalmente se desenhava, mas estar conversando somente, sobre o tema que surgisse. Em outras semanas, os usuários pediam cuidados mais específicos, como exames para tuberculose, HIV e aplicação de anticoncepcional injetável. Em três meses da intervenção a médica Carla nos acompanhou regularmente, oferecendo uma escuta atenciosa, disponibilidade para a realização de exames e prescrição de remédios. Porém, ao fim desse período houve um conflito entre os ACS, a gerente e lideranças comunitárias, que chegou até o secretário de saúde e uma vereadora com base na região. Houve muita pressão política e foi definida a transferência da gerente. Infelizmente, a sua saída foi acompanhada por uma debandada da UBS dos profissionais ligados a um projeto ampliado de saúde, que temiam os efeitos de uma troca de gestão e ficaram muito incomodados com as ingerências politiqueras sobre o equipamento. Dentre os que saíram estava essa médica.

Mesmo assim, a partir do vínculo que foi se estabelecendo com os usuários passaram a se produzir importantes conversas: certo dia os três casais que frequentavam o local puderam falar das diversas crises de ciúmes, brigas devido à falta de dinheiro para comprar drogas e os episódios de violência física frequentes. Foi possível analisarmos juntos como as violências às quais estavam constantemente expostos no dia-a-dia atravessavam seus relacionamentos. Uma das usuárias chegou a contar sobre como havia assassinado seu ex-companheiro, o qual a espancava com frequência. Descreveu também como havia arrancado parte da língua de seu atual companheiro em uma briga. A partir da conversa, foi possível identificar alguns padrões que se repetiam nas relações entre os casais e pensar estratégias para lidar com essas tensões. Em outro momento, usuários retomaram histórias de sua infância e de suas relações com as famílias.

No final do ano, conseguimos uma verba com a OS para comprar materiais para o grupo e perguntamos aos usuários o que gostariam de fazer com esse dinheiro. Diversos sugeriram uma festa de final de ano. Organizamos então essa festa, junto a Maria da Glória e Paizão. Maria cozinhou arroz e farofa, Paizão organizou o espaço, nós compramos frango assado e trouxemos uma caixa de som e um pen drive com funks antigos. Os usuários decidiram fumar somente maconha no dia para não atrapalhar a refeição. A equipe inteira do NASF compareceu e foi um momento bastante agradável de confraternização.

Trago esse exemplo como uma pequena pista de como a observação de um território além dos dados epidemiológicos, a disponibilidade ao encontro despretensioso sem buscar direções clínicas compulsórias podem ser elementos potentes para a produção de um fazer em saúde que estenda direitos. As políticas públicas nesse sentido podem ser tencionadas a modificar suas formas de acesso e as expectativas sobre os usuários, afirmando frente à comunidade um lugar de respeito e convivência com a população que ocupa as ruas para fazer uso de drogas, como foi feito na festa descrita. Dessa forma, a partir de outra presença no território atendido, pôde-se influenciar nas suas dinâmicas em uma direção na qual as histórias invisibilizadas pudessem ser um pouco mais ditas, cuidadas e respeitadas pela comunidade do entorno e o serviço de saúde.

Entende-se que fazer saúde da família é habitar um campo paradoxal, onde diversas resistências e capturas podem se produzir. A trilha possível, na qual se entende para onde o vento sopra, é a da experimentação. Algumas pistas são as apostas na sujeira das calçadas, no

afeto das copas de postinho e na aliança com as narrativas menores⁴⁰, como estratégias para romper a assepsia dos serviços de saúde, inclinando-os a potencialização dos diversos viveres.

⁴⁰ O conceito de menor será mais bem explorado no capítulo 3 do presente trabalho. Como ele é citado em diversos momentos do texto anteriores a sua exploração definitiva, aqui será adiantado um pouco de seu sentido. Parte-se do conceito de menor (DELEUZE; GUATTARI, 2015) como o que subverte a língua e os campos majoritários de expressão, dando visibilidade a discursos de coletividades minoritárias em um agenciamento necessário entre experiência individual e política.

INTERLÚDIO

(ou mais um roteiro para reinventar os fazeres em meio aos massacres cotidianos enquanto se vê o brilho de algo ao longe cuja aparência é difícil de distinguir entre uma floresta de eucaliptos ou um outdoor)

Paralelos, dois caminhões se ultrapassam. Duas cegonhas vazias. Um boteco verde e vermelho embaixo da Avenida Brasil, perto do viaduto onde passa o trem. Velhos flácidos, de pé, sem camisa, ao lado de jovens assobiadores em suas bermudas azuis. Sento. Tragédia na TV. O barulho se torna marulho. A Superfície da Cidade Profunda. Matizes de Cinza.

Talvez seja pouco, mas gosto dos pequenos escapes. Outro bairro, mesmo que seja de um ponto seguro, crachá no pescoço. Aqui rolam cabeças, dizem. Olho de longe. Gosto de imaginar o fio da navalha. (Ó o playboy bancando o herói!) Mentira, preferia caminhar tranquilo.

Mas, talvez, ser pouco seja um caminho para algo de novo fazer. Ver de novo. Sentir de novo. Criar de novo.

CAPÍTULO 2

SAÚDE NO FIO DA NAVALHA: ENTRE BIOPOLÍTICAS, CONTROLE E AS PRÁTICAS DO COMUM

O presente capítulo pretende analisar brevemente as constituições dos sistemas de saúde e da APS - especialmente o SUS e a Atenção Básica brasileira - contextualizando-as no funcionamento do capitalismo contemporâneo. Nesse trajeto buscamos ressaltar as estratégias de controle e de ampliação de direitos engendradas, dimensões essas que nem sempre podem ser separadas. Para isso exploraremos algumas ferramentas conceituais que nos auxiliarão nessa tarefa, começando por uma exploração dos usos do termo território. Após seguiremos para as produções em torno do conceito de biopolítica (FOUCAULT, 2012), aliado para analisarmos a construção dos sistemas de saúde públicos e a aplicação massificada das práticas higienistas que os acompanham.

Também será delineado como as formas de controle vão se tornando essenciais para as mudanças na produção material/subjetiva do capitalismo contemporâneo, assim como as lutas e articulações políticas que se desenham nessa conjuntura. No momento onde as forças de captura atacam e aprisionam a inventividade dos diversos sujeitos e coletivos, buscaremos no conceito de comum (NEGRI; HARDT, 2009) um aliado para pensar as possibilidades de resistência. Forjamos então o conceito de *práticas do comum*, recurso para engendrarmos uma produção de saúde que componha entre diversos saberes, favorecendo a autonomia dos usuários.

2.1. Sobre o Conceito de Território na ESF

As produções em torno do conceito de território são essenciais para compreendermos a Atenção Primária em Saúde brasileira. São características importantes desse modelo a adscrição territorial da população a uma UBS próxima de onde residem, com área preferencialmente dividida de forma que dialogue com as identificações comunitárias e as características geográficas da área. Essa disposição possibilitaria um diagnóstico complexo do território atendido, compreendendo elementos da determinação social da saúde, incluindo aí o conhecimento dos aspectos socioculturais, de saneamento, dos equipamentos públicos da área, de características demográficas. Para produzir esse saber, a saúde coletiva brasileira desenvolveu diversas tecnologias, como o diagnóstico sócio sanitário (MONKEN; BARCELLOS, 2007) e o mapa falante (PEKELMAN; SANTOS, 2009), que pretendem

explorar as complexidades no mapeamento/construção de territórios não só geográficos, mas como espaços de produção de vida. Esse olhar ampliado pretende abrir um campo de múltiplas possibilidades no agir em saúde, extrapolando as ações individualizantes e curativas tradicionais.

Segundo Haesbaert (2004), a definição de território pode ser associada à ideia de que uma terra pertence a alguém e “a concepção política de quem aterroriza para dominar e de quem é aterrorizado pelo domínio de uma determinada porção do espaço”. A partir dessa definição podemos pensar uma das principais tensões do campo da saúde da família, colocada pela presença do serviço em uma área delimitada, onde estão presentes vetores importantes na produção da subjetividade, da saúde da população atendida e na aposta nessa presença como ponto central no cuidado.

Esse desenho permite uma maior vigilância sobre a população, exercendo controle sobre grupos populacionais, incidindo de forma a diminuir os agravos e alterar os determinantes sociais que produzem doenças. Pratica-se um domínio sobre o território, calcado em práticas prescritivas, como o controle de comportamentos - higiene, atividade física e sexualidade - e na produção de certo medo dos agravos ligados a esses, buscando imprimir *estilos de vida saudáveis*.

Inversamente, a presença na comunidade atendida pode permitir a entrada no serviço de saberes populares, uma lógica mais horizontal de relação entre profissionais e usuários e o trabalho em conjunto com as mobilizações sociais locais. Porém, essa presença coloca-se por vezes como algo desestabilizante às equipes: apresenta-se um temor da violência - provinda do tráfico de drogas -, um moralismo quanto às práticas culturais - como os bailes funk -, preconceito frente às práticas religiosas - como o candomblé, ou as igrejas evangélicas - e desrespeito às práticas de medicina tradicional – como as curandeiras e rezadeiras. As equipes também se sentem aterrorizadas pelo território. Porém, nos parece que é nesse exato momento em que estas se desmontam frente à profusão da produção de vida que se encontra um vetor de desterritorialização, possibilitando traçar linhas de fuga⁴¹ nos modos tradicionais de fazer saúde.

Sendo uma política aberta a desenhos diversos, as EqSF posicionam-se de formas distintas na sua relação com os territórios. Um vetor importante a se acompanhar nessa análise

⁴¹ Traçar uma linha de fuga é recomeçar o mapa: aparecem novos territórios, as fronteiras são desmontadas, insula-se o certo. A linha de fuga implica a deriva, não mero traslado físico, mas uma especial aptidão para se desencontrar e abrir-se ao encontro. Funciona como rompimento e novo trajeto, colocando em jogo uma bifurcação. Linhas de fuga não fogem a lugar algum, não consistem em fugir do mundo. Antes de tudo fazem o mundo fugir, como se estoura um cano. (DELEUZE & GUATTARI, 1999)

é a forma como a UBS se implanta em um determinado bairro, a construção da demanda em torno dessa e o diálogo com os atores locais nesse processo. Como profissional de saúde, vivenciei duas experiências bastante diferentes. Em Porto Alegre, onde fiz minha residência em saúde da família, trabalhava em uma unidade de saúde há vinte e cinco anos em funcionamento, cuja construção foi fruto da mobilização popular de uma área de ocupação de edifícios na periferia da cidade. Havia um conselho local de saúde instituído por pressão dos moradores, cuja coordenação principal era deles. Os residentes ao começar a trabalhar logo eram expostos à história do bairro contada por líderes comunitários. Por mais que a maioria dos efeitos de controle social falhasse em se efetivar, existia espaço para esse, assim como a relação com a história do território se colocava de antemão como algo importante para o trabalho.

Já no município do Rio de Janeiro, muitas das Clínicas da Família foram implantadas sem diálogo com a população, aterrissando de repente nos bairros. Durante a Grande Expansão costumava-se fazer uma brincadeira entre os profissionais de saúde que fala da sensação de deslocamento que esse tipo de equipamento causa na relação com seus entornos. Dizia que as unidades *foram feitas de contêineres e com chaminés⁴² para que algum helicóptero pudesse vir engatar um gancho e levá-las inteiras, assim que a gestão vigente acabasse*. Algumas abriram simultaneamente à ocupação dos territórios pelo exército e às Unidades de Polícia Pacificadora, em processos onde, além da óbvia violência, houve alta dose de medicalização do sofrimento. Esse efeito pôde ser acompanhado pelo alto número de usuários que passaram a usar benzodiazepínicos nesses momentos. (BRITO; OLIVEIRA, 2013).

O termo território no cotidiano dos equipamentos acompanhados adquire conotações variadas. Pode significar: as comunidades atendidas; um aglomerado amorfo de recursos a ser utilizados na promoção da saúde; tudo que está além dos muros da UBS - escuta-se com frequência a frase *temos que trabalhar mais com o território* -; uma população que deve ser controlada/acompanhada - diz-se que a equipe acompanha bem seu território quando se descreve um acompanhamento adequado das gestantes e hipertensos. Confesso que, como profissional de saúde, também participo ativamente dessa confusão e nela habito.

Nesse texto extrapolaremos a definição de uma região da cidade, a delimitação das ruas e vielas que estariam vinculadas a uma UBS como o que será denotado como território.

⁴² A maioria das Clínicas da Família tem torres relativamente altas para o entorno, que podem ser vistas de longe, com o logotipo do projeto Saúde Presente da SMS-RJ.

Entretanto, nossa definição não nega esses elementos: os leva em conta e com eles estabelece diálogo. Nele incluem-se as relações estabelecidas pelos diversos agenciamentos singulares da vida. Pensando em um bairro, o compõem: a construção de significações para os becos; as circulações afetivas e mercantis necessárias para uma avó cozinhar o feijão; o silenciamento das famílias que perderam membros em conflito armado e que não tiveram acesso ao corpo dos mortos; a rede de amizades construídas em torno das lajes onde se solta pipa; o mapeamento das jogatinas realizadas nas calçadas; a lenta e efetiva aproximação que leva um menino de doze anos a entrar no tráfico. Só podemos pensar um espaço definido do bairro sabendo que sua existência não é fechada, que esses aspectos territoriais aqui mencionados não se limitam a suas fronteiras físicas, mas se engendram em relação com diversos elementos que as transcendem.

Os territórios não seriam algo dado de antemão, onde se cavam espaços e significações. Eles seriam construídos e pactuados constantemente nas relações, nos atos que o fazem existir. Debord (2007), em seus escritos relacionados ao movimento situacionista, nos chama a reinventar o espaço a partir de interpretações singulares, a realizar uma deriva pelos mesmos. Sugere a produção de mapas multidimensionais, onde se registram os afetos suscitados por cada área da cidade, as esquinas onde o vento encana ou onde se vendem drogas. A partir de um vagar atento e aberto propõe que nos deixemos “levar pelas solicitações do terreno e os encontros que a ele responde”, que acompanhemos “o relevo psicogeográfico nas cidades, com correntes constantes, pontos fixos e multidões.” (ibid., 2007, p.66)

Alarcon et al. (2017) numa concepção ampliada do termo, sugerem a expressão *território vivo*, propondo uma abordagem em três dimensões:

1. “Como espaço físico, constituído por ruas, casas, escolas, empresas, entre outros;
 2. Como dimensão simbólica, expressa por aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos, etc;
 3. Como dimensão existencial, que diz respeito aos modos pelos quais o território ganha sentido a partir de cada história pessoal.
- Essas três dimensões correspondem aquilo que podemos chamar "território vivo" ou o espaço, o tempo, a matéria com que se "produz subjetividades". (p.2)

Seria então uma tarefa do cuidado na Atenção Básica cartografar as diversas dimensões territoriais que atravessam as pessoas e comunidades. Mapear as redes de apoio, entender os elementos que dão sentido ao viver, habitar as paisagens psicossociais, conhecer

os recursos escondidos na comunidade, compreender como ali se tecem as relações de poder, conhecer os equipamentos públicos que atuam na área. E buscar fomentar ligações singulares entre esses elementos. Acompanhar a liga que sustenta cada sujeito ou coletivo e o que nela insinua escapes. Aumentar as itinerâncias e transições que compõe o viver, sem perder de vista as referenciais locais, repaginando-as de forma inventiva.

Aproximamo-nos dessa forma do conceito de território existencial, como trabalhado por Guattari (1992). Podemos entendê-lo como terreno relacional, composto a partir da mescla entre matérias e estratos comunicacionais múltiplos. Carrega em si as materialidades e imaterialidades das produções humanas entrelaçadas, formando envelopes, peles, paisagens subjetivas (MACERATA, et. al., 2014), elementos que usinam constantemente mundos. Disposição instável, muda ao longo do tempo, flexionando-se nos agenciamentos coletivos, extrapolando sempre os sujeitos e indivíduos. Os territórios existenciais podem estar próximos fisicamente ou espalhados em redes extensas, configurando-se como maneiras de simultaneamente habitar e tornar habitáveis os ambientes. Nesse sentido desempenham uma função expressiva de ditar ritmos, agenciar elementos heterogêneos dentro de cadeias de significação e de afetos. Apresentam elementos discursivos, mas também uma intensidade que induz à fuga, que extrapola as significações (GUATTARI, 2013), chamando a um movimento constante de montagem e desmontagem.

2.2 Biopolítica e Gestão das Populações

O conceito de biopolítica vem tornando-se importante em diversos campos do conhecimento, porém ressoando significados diversos (NETO, 2015). Pretendemos aqui afirmá-lo não como descritor de relações de poder unidirecionais, de cima para baixo, vindas de um estado monolítico, ou de alguma liga de multinacionais que em seus escritórios traçam o futuro da humanidade. Entendemos que os mecanismos de produção do capital encontram-se cada vez mais descentralizados e, em sua capilarização, os sujeitos e comunidades passam a ser terminais onde o desejo é constantemente reinventado. Dessa maneira, é um processo simultaneamente de produção compartilhada e com absurdas desigualdades na capacidade de influência dos diversos atores – estatais, da sociedade civil, econômicos. Compreendemos que o capitalismo é uma forma de produção temporalmente e socialmente limitada (CASTRO-GÓMEZ, 2011, apud. NETO, 2015), não se constituindo como instância transcendente. Entretanto, sua expansão constrói um tecido material/subjetivo cada vez mais amplo, mesclando-se de forma imperceptível em diversas ligas do viver.

Além disso, consideramos que esse trabalho tem como objetivo principal a expansão das possibilidades de análise no campo da saúde da família e a produção de ferramentas de intervenção. A elaboração teórica entra em jogo visando o desenvolvimento de práticas, tentando evitar as ruas sem saída onde nos digladiaríamos atrás dos verdadeiros significados de conceitos – postura que nossos filósofos da diferença intercessores com certeza condenariam. Desse modo, a escolha do conceito de biopolítica deu-se pela capacidade operacional encontrada no mesmo.

No texto colocamos em diálogo as análises foucaultianas sobre a biopolítica (FOUCAULT, 2012), com as produções posteriores que articulam as técnicas de governamentalidade e os dispositivos securitários (FOUCAULT, 1999a; 2008). Realizamos esse percurso pensando que no esforço do autor há uma relação entre essas fases: ambas analisam relações de poder complexas, cujos alvos são as populações. Assim, se pode extrair uma relação entre governamentalidade, biopolítica e dispositivos de segurança (NETO, 2015). Da mesma forma tomamos as precauções descritas nos parágrafos anteriores para possibilitar um diálogo entre esses conceitos e as apreciações traçadas por Pelbart (2015), Negri e Hardt (2009). Compreendemos que esse trabalho se enriqueceria explorando outros textos foucaultianos sobre as técnicas de governo, porém o limitado escopo temporal de uma dissertação de mestrado impede que nos aprofundemos nessa direção.

A biopolítica, como conceito, é formulada acompanhando uma mudança no desenho das relações de poder a partir do século XIX na Europa, analisando o papel dos estados na correção dos indivíduos e na garantia de um funcionamento normatizado da sociedade. (Foucault 1999a) As relações de poder não se aplicariam mais majoritariamente no intuito de disciplinar os corpos, fazê-los agir segundo normas endurecidas e prescritas. Elas passam a se estender sob um novo objeto, a população, entendida em seu conjunto. Visa-se canalizar suas forças para diversas finalidades, seja uma maior produtividade para o trabalho, um compromisso de fortalecer o estado ou a construção de uma cidade purificada. (FOUCAULT, 2012)

A nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens , não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante , se vocês quiserem, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem -espécie. Depois da anátomo -política

do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma "biopolítica" da espécie humana. (FOUCAULT, 1999^a, p. 289)

Nesse sentido, se acompanha a vida⁴³ em alguns de seus componentes mais singulares - os momentos de nascer, morrer, adoecer -, mas a partir de uma perspectiva generalizante, onde as especificidades socioculturais que circunscrevem esses processos somente importam à medida que afetam uma visão ampla, dos mapas, dos diagnósticos, da circulação de doenças. O que há de mais local passa a ser monitorado, canalizado, redefinido a partir de movimentos a uma vez particulares e homogeneizantes. O nascer e o morrer como números em um censo, ignorando a forma de acompanhamento dos familiares a esses momentos, os rituais de parto, de visitação a uma puérpera. O que conta é o número de sobreviventes, dos que nascem deficientes por complicações no parto, etc. O mesmo vale para a morte: os adoecidos passam a ser buscados, esquadrihados, para evitar contaminações, epidemias.

Dessa forma Foucault (1999a) coloca, em uma frase bastante conhecida, que as relações de poder já não têm mais como atuação central somente **fazer morrer e deixar viver**. Já não é mais o mesmo direito à vida, à sobrevivência que está em jogo. O caminho da biopolítica é o de **fazer viver e o deixar morrer**. Modula-se o viver, canalizando atos, relações, a circulação no espaço para servir a designações diversas. Os verbos da vida em seus sentidos mais corriqueiros atravessam-se de designações estatais. Desde o acordar ao adormecer vão se criando prescrições que indicam vidas saudáveis, dignas, no que tange a alimentação, a moderação ou a necessidade de ser produtivo. As taxas de natalidade, os métodos contraceptivos, a educação sexual, o temor excessivo a morte, tudo se atravessa por esse tipo de poder. Simultaneamente, as grandes massas paupérrimas já não são em maioria confinadas, como eram nos grandes hospitais (1999b) por não servirem ao sistema produtivo. São deixadas a viver na mesma urbe, mas entregues ao abandono, relegadas às periferias, à mendicância, à fome, recebendo intervenções quando saem como ponto fora da curva, ocupam o local errado, ou exacerbam alguma resistência não absorvível.

⁴³ A palavra vida aparecerá nesse trabalho em dois sentidos. O primeiro é o sentido corrente, pelo qual se refere a uma história de vida, uma experiência de vida, ou as dificuldades da vida e foi o utilizado na escrita até esse ponto. De forma imbricada, delinea-se a partir de agora outro uso do termo. Trabalha-se aqui com a concepção de vida de Spinoza, a partir da leitura de Deleuze (2008), que aposta em uma vida imanente (e não A Vida transcendente, submissa a referentes externos), composta e decomposta nos encontros de corpos, que se afetam mutuamente e, com isso, efetuam uma potência pré-individual, ao construírem modos de existência singulares. Logo, nunca se sabe o que pode um corpo de antemão, a não ser a partir dos encontros e do modo singular como se exerce sua potência.

A biopolítica dilata os tempos objetivados pelas intervenções de governo. O desígnio dessas não está em impedir sublevações, revoltas, pestes e todos esses males que podem afetar os governantes no agora. A ideia é direcionar a população a um futuro mais saudável, controlado, evitar os desequilíbrios no futuro. Nesse sentido, os sujeitos passam a ser acompanhados como potenciais delinquentes, futuros prodígios, possíveis mães com diversos filhos, categorizados a partir dos custos e benefícios de cada tipo de viver (FOUCAULT, 2008). Passam a ser projetados riscos e futuros a partir de diferentes perfis da população, cada vez mais específicos.

Tal estratégia opera a partir da noção de meio, o que é “necessário para explicar a ação à distância de um corpo sobre o outro. É, portanto, o suporte e o elemento de circulação de uma ação.” (Ibid., p. 27). Ou seja, o poder sobre a população se exerce também nas relações entre os sujeitos. Alguns exemplos trazidos por Foucault (Ibid.) falam do controle de epidemias, das intervenções urbanas para garantir melhor circulação do ar ou aproveitar os ventos e rios, moldando as cidades de forma a potencializar os recursos para a circulação de mercadorias. A cidade deve ao mesmo tempo moldar-se ao meio existente e modificá-lo para fazer-se habitável, principalmente aos mais abastados. Acompanhar a biopolítica agindo sobre o meio abre caminho para a expansão do campo de análise, nos aproximando ao pensamento de Peter Pal Pelbart e Antonio Negri, que veem no aprofundamento desse tipo de ação um ponto-chave para a análise do contemporâneo, em suas capturas e resistências.

2.3 O Controle Estendido nas Redes

A biopolítica direciona nosso olhar para um homem espécie, com suas propriedades biológicas sendo direcionadas para formas de existir pautadas por relações de poder estatizantes. Porém, entrevê-se nessas descrições uma expansão desse conceito. Não é somente o sujeito, simultaneamente massificado e individualizado, tomado como população a ser administrada, que é objeto dessa forma de poder. Não só em sua esfera privada e em comportamentos específicos que a biopolítica opera, mas ela, progressivamente passa a embrenhar-se nas diversas relações da vida, na totalidade das formas de comunicação e construção comunitária. Deleuze (2010) descreve essas nuances contemporâneas das relações de poder em seu texto sobre a sociedade de controle. Busca-se flexionar e capturar as produções desejantes em desenhos capitalizáveis, que se espalham de forma acêntrica pelo contínuo das redes que dão liga à vida. As regras rígidas, os tempos de passagem entre as

grandes organizações - escolas, fábricas, hospitais – que regem as estratégias de subjetivação, mas o poder que atravessa essa série de organizações e que velozmente inventa outras.

Se o ser humano se vê cada vez mais conectado a redes que interligam pontos cada vez mais distantes e os grandes canais de difusão de informação vão perdendo o caráter unidirecional que lhes era habitual; essas redes tornam-se cada vez mais capturáveis e canalizáveis por mecanismos de geração de lucro. Simultaneamente, sem estruturas hierárquicas claras, internalizam-se hierarquias de valores em cada ser/terminal, que passam a ser pontos ativos na sua produção. Não que já não houvesse relações de poder aprisionantes em jogo em cada um desses níveis. Porém, as relações de referência acabavam por ser mais locais, como a igreja, o bairro. O biopoder passa a espalhar-se pelo globo e ocupar cada fresta encontrada, embrenhando-se em cada entranha. As células do corpo vibrando no ritmo estonteante das ações do mercado. A imaginação musical estourando em compressões, nivelando todos os sons nos fones de ouvido para fazer frente às propagandas, no ritmo da veloz indústria fonográfica⁴⁴.

Desse modo, há uma expansão dos objetos, níveis e nuances que são balizados pelo biopoder. Operam-se diversas modificações nos modos de produção materiais/subjetivos capitalísticos. A vida individual e coletiva se vê paradoxalmente cada vez mais isolada, interligada e capturada, como que em um empreendimento coletivo inconsciente para produzir seu próprio labirinto. O estado já não é mais a principal força de captura, havendo uma multiplicidade de atores - em maioria ligada aos setores financeiros e produtivos – que se entrelaçam aos poderes estatais em uma intrincada trama para privatizar e comercializar as vontades, sonhos e corpos. Outra característica importante dessa modulação relaciona-se com as formas de submissão e desejo. O biopoder no contemporâneo opera principalmente por sedução. Produz e captura o desejo em um mesmo segundo, deixando o tempo de apenas um respiro de sonho antes de transformá-lo em logomarca, imagem chapada, sufoco feliz. Modula-se nas dobras do cérebro, nas placas tectônicas do inconsciente. Potencializa e direciona o que há de mais singular e criativo.

⁴⁴ Referência à chamada guerra dos volumes, caminho pelo qual se massificou a forma de gravar e mixar música a partir da década de oitenta, na intenção de competir com o alto volume impresso pelas propagandas no rádio e adaptar o som a baixa qualidade dos formatos de difusão digitais, como o mp3.

2.4 Transformação das forças produtivas

Partimos aqui de um pressuposto onde produção material e produção de subjetividade encontram-se imbricadas, não havendo primazia ou mesmo distinção clara entre elas. (GUATTARI; ROLNIK, 2005) A subjetividade produz-se a partir do sujeito no mundo atravessado por seus ventos, fumaças, buzinas e gritos – não cabe nela nenhuma estática, mas uma constante maquinação. Da mesma forma, todo ato de produção material se insere em uma trama complexa de sentidos, que não lhe são posteriormente atribuídos, mas são elementos essenciais de sua constituição. Seguindo essa linha, cabe a interrogação: como operam as forças produtivas para que se engendre essa era saturada de “tédio, horror e maravilha”? (VELOSO, 2012) Como as produções de vidas, camisas, carros, vontades e imagens são tensionadas em caminhos tão complexos e assustadores?

A partir dos anos 70, vemos uma grande crise do capitalismo nos países economicamente mais ricos, principalmente na Europa e nos Estados Unidos. O sistema, que aliava emprego para a maioria da população com importante base no trabalho industrial, garantia de aspectos de bem-estar social e crescimento da economia com repartição menos desigual dos dividendos começava a colapsar, devido a múltiplos motivos. A massiva automatização da indústria deixava grandes massas desempregadas, aliada à mudança das fábricas para países de mão-de-obra mais barata. (ALLIEZ; FEHER, 1988)

Simultaneamente, surgem diversos movimentos de contestação mundialmente. O capitalismo em si passa a ser entendido como uma forma de relação que embrutece as relações de trabalho, mas também as formas de lazer, os mecanismos de produção cultural. Questionam-se as desigualdades de gênero e raça. À medida que os modos de produção que sustentavam aquele tipo de desenho de sociedade vão se desmontando, o próprio contrato que garantia proteção social para boa parte da população também passa a dismantelar-se. Assim, enquanto a oferta de emprego diminui e suas condições são precarizadas, os sindicatos e diversos outros movimentos sociais que estiveram à frente de negociações que garantiram diversos progressos no campo dos direitos deixam de ter a antiga força, passando a não conseguir mais contrapor reformas privatizantes, tendo também seu próprio funcionamento enrijecido questionado. (Ibid.)

Imbricadas, as formas de produção material e de subjetividade vão se modificando:

“Em função do contínuo desenvolvimento do trabalho maquínico redobrado pela revolução informática, as forças produtivas vão tornar disponível uma quantidade cada vez maior do tempo de atividade humana potencial. Mas com que finalidade?”

A do desemprego, da marginalidade opressiva, da solidão, da ociosidade, da angústia, da neurose, ou a da cultura, da criação, da pesquisa, da reinvenção do meio ambiente, do enriquecimento dos modos de vida e de sensibilidade?" (GUATTARI, 2012, p. 8)

Geram-se massas de excluídos do mercado formal de emprego, enquanto a parcela da população que segue tendo lugar estabelecido nesse sistema produtivo passa a desempenhar outras funções. A fabricação capitalista passa a ter como mercadoria principal não mais os automóveis, mas a própria subjetividade. Engendra peças fluidas, adaptáveis aos mais diversos gostos – como Foucault (2008) nos conta que as cidades passaram a adaptar-se aos leitos dos rios. Tudo é modificável, especificável. Da mesma forma, o trabalho torna-se menos compartimentado: há menos ênfase em funções especializadas, procedimentos repetitivos.

Se aposta no trabalho em equipe, na inteligência coletiva, simultaneamente incentivando relações competitivas, em uma sinergia que inventa processos lucrativos e de amplo alcance. A criatividade, temor de qualquer gestor fordista, passa a ser o motor da produção. A informalidade, a brincadeira, as conversas na cozinha, tudo pode ser canalizado para a produção de outro clima institucional. Insere-se, dessa maneira, a anti-produção na produção. O trabalho devém biopolítico.

A nosso ver, a própria construção da saúde da família também se insere nessa lógica de reestruturação produtiva. A necessidade de um cuidado territorializado, que se adapte às necessidades de uma população específica. A quebra da dureza burocrática do hospital, da divisão fordista entre especialismos e a aposta em um trabalho generalista. A possibilidade de marcar presença nos domicílios e intervir em aspectos da vida cotidiana dos usuários. A contratação de agentes locais que potencializem saberes relacionais, exerçam uma liderança na comunidade, usem linguagens populares. Todos esses aspectos têm relação com diversas modificações da estrutura produtiva geral da sociedade, a saber: descentralização, falta de divisão entre trabalho produtivo e reprodutivo, disseminação do controle no tecido social (NEGRI; HARDT, 2009).

Em termos da produção de subjetividade há uma constante invenção de estilos de vida/construções de nichos de mercado, em uma sistemática indução a fugas e capturas. Por exemplo, toda a indústria que se criou em torno do funk, aliando dinheiro provindo do tráfico de drogas, a contratação de alguns MCs por grandes gravadoras, em contato com reinvenções dos estilos de vestimentas dos gangsta rappers estadunidenses, festivais de passinho, bailes de favela, a produção do proibidão e sua relação de filiação com as facções, a elitização de

diversos bailes, etc. Esses exemplos nos fazem ver como as intensas redes de produção capitalista se apropriam de tudo que possa fazê-las crescer: do ilegal, do precário, do submundo sugam as forças inventivas para fazerem-se pujantes.

O empreendedor torna-se o modelo de sujeito bem sucedido, tornando-se também referência para as políticas públicas de inclusão. Aparece através do incentivo a microempresas e ao microcrédito, a mercantilização excludente dos produtos e serviços comuns nas periferias - como as barbearias e barracas de comida - em uma lógica que simultaneamente culpabiliza parcelas da população pobre e espreme o máximo de sua força produtiva, além de capilarizar as desigualdades em todos os recantos da cidade. A precariedade e o trabalho informal passam a ser para os planejadores neoliberais não problemas, mas soluções para uma massa populacional que não tem lugar. (BRITO; OLIVEIRA, 2013).

Acompanha o processo de inserção da anti-produção na produção, o processo de fusão entre os tempos de trabalho e vida pessoal. Assim, já não há de forma clara o momento de início e final de um turno de serviço, por exemplo. O uso atual do whatsapp por profissionais de saúde na rede do Rio de Janeiro é um ótimo exemplo disso. Com frequência casos são discutidos por grupos em tardes de domingo ou madrugadas. Simultaneamente à valorização das profissões relacionadas ao trabalho cognitivo, há uma valorização das tarefas classicamente ligadas ao âmbito doméstico. Mercantilizam-se os setores ligados à educação e ao cuidado em saúde, ampliando suas funções institucionais clássicas de lidar com rompantes de doenças e com a educação formal. Multiplicam-se os cuidadores de idosos, explicadoras, creches informais.

Cabe pensarmos aqui algumas especificidades do desenvolvimento brasileiro em relação ao panorama traçado pelos autores, que mantém semelhanças e diferenças com a trajetória europeia. Deveras o Brasil desde o final da década de 1980 sofre de um processo de desindustrialização progressiva, com simultânea primarização – aumento da participação no PIB do setor primário, como o agronegócio e a indústria da mineração – e financeirização da economia. Observa-se também um crescimento importante no setor de serviços (BRAGA, 2012), com habilidades comunicacionais passando a ser o instrumento produtivo de muitos trabalhadores dos setores formal e informal: desde os camelôs, até os microempresários, passando pelos vendedores e os operadores de telemarketing.

Nesse sentido, é possível afirmar que as análises aqui acompanhadas de autores europeus podem ser parcialmente trazidas para pensarmos mudanças qualitativas do trabalho no Brasil. Além disso, pode-se acompanhar a financeirização da economia como um processo

que chega às classes populares a partir das políticas de extensão do crédito. Dessa forma, se produz um acesso importante ao consumo para uma parcela significativa da população, através da aquisição de eletrodomésticos básicos e celulares com acesso a internet. Há também uma notável diminuição da insegurança alimentar e da pobreza extrema. Porém, não se veem efeitos correlatos em termos de extensão das políticas de proteção social universal, como a qualificação da educação básica, ou a efetivação de um sistema de saúde público de qualidade (LAVINA, 2015). Essa inclusão pela via do consumo e da financeirização acompanha processos de subjetivação simultaneamente massificantes e individualizantes; e a articulação da sociedade em novos tipos de redes diversas, que vão desde a expansão das igrejas evangélicas, até a articulação de movimentos sociais pela internet. Vemos a desarticulação de forças sociais históricas ligadas ao campo do trabalho, por mais que pulsem movimentos de resistência importantíssimos em outras frentes - feministas, dos movimentos negros, pelo direito a moradia, entre outras.

Se a precariedade está se tornando progressivamente paradigmática no mercado de trabalho, “nos países capitalistas avançados, a verdade é que ela nunca deixou de ser a regra na periferia do sistema” (BRAGA, 2012, p. 17). Visto a baixa qualificação em termos de educação formal da mão-de-obra brasileira, além dos imensos déficits de acesso a direitos básicos de cidadania, o Brasil vem encontrando bastante dificuldade de formular uma reestruturação produtiva aos moldes euro-estadunidenses e tornar-se centro difusor de subjetividades comerciáveis, estratégias de comunicação e planejamento flexível. Em uma análise que talvez seja arriscada, poderíamos dizer que o país passou na última década por uma transformação nas relações de produção a partir de um tipo de inclusão excludente. Um exemplo disso seriam as favelas, onde convivem o tráfico armado, as invasões policiais, esgoto a céu aberto, déficits de educação formal gigantescos, desemprego; com um acesso bastante consistente a internet via celular, produções culturais das mais diversas articuladas em rede, como o passinho e o funk, incentivos estatais ao microcrédito e ao empreendedorismo. Assim, o que há de mais avançado do capitalismo atual se amalgama, criando híbridos com nossa herança excludente, escravagista e violenta.

Frente a esse cenário, aparecem entendimentos de que não sobrariam saídas, de que os diversos veios da produção social estariam cooptados de maneira inexorável por forças que os direcionam para o lucro e o aprisionamento. Porém, se nesse novo desenho da produção capitalista os mecanismos de controle embrenham-se nos mais diversos atos, células do corpo humano, nas mais diversas relações sociais, todos esses espaços vão se tornando passíveis de resistência e da invenção de outras políticas.

2.5 Outras Biopolíticas: Resistências na Construção do Comum

Ao abrirmos a análise sobre os mecanismos biopolíticos no contemporâneo, passamos a vê-los não somente como máquinas inescapáveis que as forças canalizam, mas como um diagrama específico das forças produtivas, que deve ser desdobrado de forma que mostre suas contradições e possíveis caminhos de subversão. Não nos cabe aqui julgar se esse mundo é interessante, se supera organizações anteriores, mas visualizá-lo para entendermos as formas de lutar dentro dele.

Descobre-se que esse mar de subjetividades que as modulações atuais do capitalismo sugam, fazendo-se fortalecidas, constituem-se de poderosas usinas que engendram novas formas de vida incessantemente. O capital não explora uma massa passiva de inteligência humana. A comunicação, as produções imagéticas, o desejo não são recursos inertes, que podem ser estocados, transportados em navios. São texturas em constante movimento, respondendo em cadeias e contágios.

As imensas hordas de agentes cognitivos que se acoplam para produzir formas de existência vendáveis podem utilizar dessa vivacidade para cunhar outros mundos. Instala-se um movimento paradoxal: simultaneamente o capital atíça a criatividade coletiva a produzir indiscriminadamente e busca novas formas de captura para cada uma dessas elaborações. (NEGRI; HARDT, 2009) Porém, é incapaz de dar conta de toda a maquinaria criativa que incentiva. Não há polvo com braços infinitos. Desse modo, ativa no bojo de seu funcionamento intrincado sementes de resistências potentes, com riscos de explosões que liberem gigantescos excedentes de força inventiva. Marx (apud. ALLIEZ, 1988) já dizia que as ameaças mais perigosas ao capital viriam de seus próprios poros. Ou para usar uma linguagem mais popular, os movimentos sociais vêm há alguns anos cantando: ***quem não pode com a formiga, não atíça o formigueiro.***

Pode-se cunhar uma reversão no sentido do termo biopolítica, acompanhando seu avesso. Ele pode também significar a força que as diversas redes comunicacionais, constituições comunitárias e parcelas do nosso próprio corpo possuem para produzir resistências a partir de sua existência. Entende-se então que se engendra uma biopotência formada na produção de afetos e linguagens através da cooperação social, da interação de corpos e desejos. Permite-se a invenção de novas formas de relação engendrando subjetividades resistentes. (NEGRI; HARDT, 2009)

Necessário notar que não há uma clara distinção entre o poder sobre a vida e a potência de vida. O termo biopolítica serve à descrição dos dois, estabelecendo um contínuo, onde não sabemos de forma clara quando falamos de um ou de seu avesso.

Ao biopoder responde a biopotência, ao poder sobre a vida responde a potência da vida. Mas esse “responde” não quer dizer uma reação, já que a potência se revela como o avesso mais íntimo, imanente e coextensivo ao próprio poder. Daí a dificuldade hoje de separar o joio do trigo, de saber de que lado estamos. (PELBART, 2015, p.21)

Essa ambiguidade do termo biopolítica vai ser tomada aqui não como um problema a ser resolvido, mas uma vereda a ser acompanhada. Diferentemente dos autores citados, decidimos não usar termos distintos para o biopoder – referente às vertentes de controle - e à biopotência – como força de resistência. Entendemos que assim podemos examinar de forma complexa, não dualista, a problemática, evitando o traçar de campos paranoicos, - onde o sistema de saúde seria um monstro que se embrenha nas casas e alvéolos dos indivíduos -, nem cunhando perigosas descrições heroicas, onde qualquer ação de cuidado inventiva, ou produtora de autonomia, traça caminhos para uma revolução de linhas de fuga.

Há aí uma aceitação de que, por mais que as mudanças fortes aconteçam a partir de rompantes; as práticas mais revolucionárias partem sempre da ativação de um chão comum, do patrimônio coletivo construído. A partir desse caminho, o que nos guia passa a ser a possibilidade aberta nas práticas cotidianas. Não se abdica das revoltas mais radicais, mas parte-se do princípio que elas devem se ancorar menos em grandes ideologias e mais em certo arrastão que transforme o festejar, o amar, o trabalhar juntos com as transformações econômicas. E a partir desses afetos agenciar com delicadeza (des)territorializações progressivas. (GUATTARI, 2012)

Para trazer um exemplo concreto participei em 2016 da ocupação do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro, o chamado OCUPASUS RJ. Havia motivações para a ocupação, como o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, pouco antes ocorrido, e os diversos direcionamentos de privatização dados pelo então ministro da saúde Ricardo Barros. Confeccionamos cartas, manifestos, organizamos uma série de atividades educativas, culturais, festas. Porém, o núcleo duro do trabalho, o coração do ocupar, por assim dizer, falava da existência dos nossos corpos naquele local e o desempenho das tarefas cotidianas. Dormir, se alimentar, organizar a dispensa do local, realizar a limpeza. Atos simples, mas que ali se revestiam de uma potência política gigantesca, servindo de suporte. Era como se os

corpos ativamente se deitassem para sediar a série de atividades políticas e culturais que ali tomavam local. Aquela praticidade, aquela necessidade de alianças para garantir questões do dia-a-dia, como a entrada e a saída do prédio, a doação de alimentos, isso permitia que se gerasse um comum entre diversos militantes que em outros momentos hesitariam a sentar-se na mesma mesa. Membros de sindicatos rivais se organizavam, junto a um grande número de trabalhadores precários independentes, que antes se viam assustados demais pelas perseguições correntes da gestão para engajar-se em movimentos.

Desse modo, desenha-se um caminho importante para as resistências no contemporâneo, a partir da construção do comum. (NEGRI; HARDT, 2009) Estamos em uma estrutura produtiva com parcelas consideráveis engendradas a partir de redes comuns: colaborativas, informais, com definições pouco claras de propriedade intelectual. Existe, teoricamente, um maior espaço para a criatividade e o encontro entre diferentes ideias. Porém, há uma constante retomada pelos mecanismos do capital dessas articulações fecundas, capturando seus resultados em roteiros comerciáveis. Isso não significa que a força criativa atizada está destinada a sempre servir a inclinações mercantilizantes. As redes comuns, cujo funcionamento é incorporado ao mercado, podem se reapropriar de suas forças produtivas e conseqüentemente dos meios de produção da subjetividade. Pode-se sorver desse enorme comum produzido – “reservatório de singularidades em variação contínua, uma matéria anorgânica, um corpo sem órgãos, um ilimitado (apeiron) apto às individuações as mais diversas” (PELBART, p. 4, 2014), para se articular resistências capilarizadas, calcadas no imenso mar de conhecimentos, práticas e estratégias de comunicação a que se pode ter acesso.

Um dos grandes triunfos da estrutura produtiva globalizada está na possibilidade de formar tramas entre componentes heterogêneos, espalhados por diversos locais, com saberes e motivações díspares, colocando-os a trabalhar em conjunto. Temos desse modo disponíveis, nos campos de luta, uma profusão de ferramentas para conectar os mais diversos fazeres, saberes e intensões, ao mesmo tempo em que aparecem grandes dificuldades em positivar essas ligações. O desafio da construção do comum estaria na formação de frentes, blocos, ações micropolíticas que pudessem unir sem unificar, formando alianças não identitárias, cuja heterogeneidade refletisse em um poder de ação na conjunção entre diferenças. Portanto, não teria como principal estratégia a formação de comandos únicos, de disposições hierárquicas, mas organizaria novas formas de luta que se dessem a partir do encontro democrático entre diferenças.

Situamo-nos então em uma cidade tecida por um *comum artificial*, de afetos, linguagens, conhecimentos, códigos, hábitos e práticas (NEGRI; HARDT, 2009). Ela varia

imensamente em seus territórios, constituindo subjetividades diversas e conflitivas. A partir da Atenção Básica, surge o desafio de trilhá-la, evitando os clássicos mecanismos de amansamento e submissão, focando em devolver-lhe a capacidade de governar a si mesma, produzindo saúde.

2.6 Biopolítica, ESF e Produção do Comum

Surge então uma pergunta: como a saúde da família relaciona-se com a biopolítica? Como operar essa relação de uma forma a intensificar resistências e a construção de comuns? Retornamos ao precioso – e um pouco assustador – texto de Foucault (2012) sobre o Nascimento da Medicina Social. Nele são descritos diversos princípios desse campo que delineiam a construção dos sistemas de saúde modernos. Acompanhando o desenvolvimento de estratégias de vigilância, intervenção e atenção à saúde na Europa, são pontuadas diretrizes que até hoje têm papel importante. O autor coloca que:

com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (ibid., p.144)

Localiza dessa forma simultaneamente: o nascimento da medicina moderna; sua padronização em práticas de ensino; sua cientificização, passando a estabelecer um contato regular com as ciências químicas e biológicas; e sua expansão pelo corpo social, acompanhando populações generalizáveis e canalizando suas forças para o estado, a limpeza urbana e o trabalho. A medicina científica constitui-se como um saber à medida que estende seus braços sobre a população capilarmente, com um viés normalizante, incluindo aí as famílias, os lares, o ar, os rios. É um saber que se produz dentro da relação com seus elementos de estudo/intervenção, mas que ali insere lógicas pretensamente extrínsecas, científicas e objetivas. Em seu processo de formulação, esquece e esconde sua produção como saber de campo, aderindo a padrões da ciência como se viessem de fora. Então, pode padronizar e invadir. *Distância e neutralidade pretensas* na formulação das políticas e saberes, combinada com a *proximidade* à população nas suas execuções.

Interessante acompanhar os elementos que o autor destaca nas inflexões que atravessaram as práticas médicas durante aqueles anos. Quanto ao sistema alemão, observa as seguintes modificações: criam-se sistemas de vigilância centralizados, com coletas regulares de informação sobre morbidade, mortalidade, nascimentos. Aí estão simultaneamente os princípios dos censos e da vigilância epidemiológica como a conhecemos. Os médicos passam a ser responsáveis por distritos, têm uma população definida como adscrita a eles e devem monitorá-la, inclusive sem necessariamente cuidá-la. Já no sistema francês, a movimentação central encontra-se em utilizar os saberes médicos para realizar reformas urbanas, a partir da observação da qualidade do ar e das águas, tendo como base conceitos como os miasmas. De qualquer forma, o movimento central na saúde urbana francesa encontra-se em abrir sobre o mapa da cidade, um mapa da saúde, de forma a utilizá-lo como argumento de reformas urbanas na proteção dos interesses da burguesia. É essencial aqui a questão da salubridade, entendida como:

a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. (FOUCAULT, 2012, p.163)

O sistema inglês abre caminho para o que entendemos como um sistema de saúde moderno. Conjuga vigilância da população, por meio de oficiais de saúde que visitam as casas, verificam vacinação e condições sanitárias; com atenção à saúde gratuita à população mais pobre. Sua inovação, segundo Foucault, está em estabelecer um tipo de pacto onde os pobres concordam em submeter-se a uma série de controles a sua saúde em troca de obter assistência médica gratuita, pela qual não poderiam pagar. Os médicos nesse sistema cumprem uma dupla função: de vigilância epidemiológica e de atenção à população, inclusive extrapolando o atendimento individual e organizando medidas coletivas de prevenção. Logo, garante-se um cordão sanitário que protege a população abastada das diversas mazelas que podem afetá-la. Para finalizar seu dissecamento da invenção da saúde pública, o autor (ibid.) acaba o texto colocando que dessas diretrizes derivam todos os sistemas de saúde existentes, incluindo aí os derivados do Plano Beveridge. Esse plano basicamente direcionou a criação do National Health Service (NHS), sistema de saúde inglês, uma das principais referências mundiais em acesso universal à saúde, que vivia seus auge na época que foi proferida a fala

que dá origem ao texto aqui comentado e que, mesmo relativamente desfigurado por reformas neoliberais, continua sendo um dos maiores exemplos de garantia do direito à saúde.

Interessante notar que muitos dos princípios pautados por Foucault naquele momento coincidem com percursos que a saúde pública teve no Brasil, se relacionando com diretrizes pautadas pelo movimento da reforma sanitária e que se consolidaram como princípios do SUS. A centralização das informações, a necessidade de bancos de dados alimentados localmente que subsidiem o planejamento de políticas públicas, a territorialização da vigilância e do cuidado em saúde, a adscrição de uma população a certo número de profissionais de saúde, a possibilidade de influenciar nas condições de salubridade de uma população, todos esses são conceitos bastante conhecidos da saúde pública brasileira. Mais do que isso, diversos deles podem ser relacionados diretamente a bandeiras do movimento sanitário e princípios legislativos que dão base para o SUS. Entre eles estão a descentralização, a regionalização e a hierarquização. (BRASIL, 1990)

Será então que fomos enganados? Que os movimentos sociais teriam se iludido ao lutar por um sistema que antes de tudo os amansa e poda, fundando um pacto perverso de medicalização da população? Que a esquerda brasileira ao se querer democrática foi na verdade aderente a uma organização sanitária autoritária? Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família poderia nos parecer o suprassumo desse desenho, uma espécie de biopolítica para o século XXI, ao pretender uma atenção capilarizada, próxima da vida cotidiana e das dinâmicas comunitárias, com foco na prevenção e promoção de saúde.

Bom, saiamos da armadilha retórica que nos obrigaria a responder com um *não* triunfante e militante a essa série de perguntas. Respondamos com um *também*. Deveras, essa tendência de os sistemas de saúde se desenvolverem antes para o controle que para o cuidado e que, quando exerçam cuidados tenham eles efetivamente mediados pelas necessidades de controle, pode ser observada na conversa com os profissionais da Atenção Básica. Há uma clara preocupação em bater metas e indicadores definidos pela gestão, como número de tuberculosos tratados, pessoas com a pressão arterial controlada, número mínimo de consultas de pré-natal por gestantes. Durante a pesquisa, vimos verdadeiras gincanas invasivas realizadas na caça a usuários diabéticos faltosos, na busca de bebês com carteira de vacinas atrasadas, na pesagem de crianças beneficiárias do programa Bolsa Família. Também é muito comum o entendimento de que um usuário deve merecer seu acesso às consultas, de maneira que quando ele não se adapta às rotinas de marcação da unidade de saúde é prontamente culpabilizado.

Entretanto, é necessário abrir um pouco a análise acima para um campo de possíveis, senão nos veremos paralisados e asfixiados. Importante pontuar que a conferência sobre “O Nascimento da Medicina Social” (FOUCAULT, 2012) foi proferida no Brasil, no Instituto de Medicina Social da UERJ, no ano de 1974. Tornou-se um texto de ampla circulação entre os formuladores da reforma sanitária. A própria gênese da Saúde Coletiva brasileira se deu a partir do cruzamento das ciências sociais e humanas e das práticas epidemiológicas e biomédicas mais tradicionais (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014). Nessa composição as análises foucaultianas, as teorizações marxistas, bem como as análises de Canguilhem, tiveram papel importantíssimo para colocar em questão os modelos tradicionais de organização dos sistemas de saúde.

Considerando essas análises e, principalmente, aquelas construídas no bojo dos movimentos sociais pela reforma sanitária brasileira (ibid.), parece que conseguimos, de maneira bastante criativa desenhar alguns contrapontos a esse sistema de controle descrito acima. A saúde pública no país apresenta inovações como os Agentes Comunitários de Saúde, as noções de cogestão e clínica ampliada, a aposta na territorialização a partir de um conceito expandido e a construção do campo da educação popular em saúde. Abre margens para um sistema que escuta as vozes e saberes da população atendida - ainda que de forma limitada. A aposta na participação social como princípio legislativo muda o conceito de responsabilidade sanitária, ou seja, por mais que a saúde seja dever do estado, sua construção só é possível quando essa se deixa entremear pelo saber/fazer da sociedade. O princípio da integralidade, a ênfase nos saberes populares em diversos documentos/práticas e a existência dos ACS visa desvincular a relação entre territorialização e organização de um saber médico normalizado, induzindo o sistema a se abrir a múltiplos saberes. Há uma escolha pela organização do trabalho baseado em equipes multiprofissionais e não em referências médicas.

Como certo envelope para todas essas práticas está a concepção de saúde atingida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu as diretrizes para a constituição do SUS. No relatório desse encontro, a saúde aparece definida como:

“resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. (BRASIL, 1986)

Há aí uma clara ênfase na determinação social da saúde, conceito central para a ampliação das discussões na área, politizando o debate e ligando qualquer melhoria na saúde a uma efetiva modificação da sociedade. Esse conceito também pode ser entendido como a produção de um limiar de potência no conceito de salubridade levantado por Foucault.

Claro, a lógica majoritária do sistema ainda inclui: normalização dos saberes, higienização e esquadramento da cidade, preservação da força de trabalho. Pesem ainda a gritante incompletude do projeto da reforma sanitária no nosso atual desenho de sociedade e o SUS, sendo o último atingido por um subfinanciamento crônico. Agora, pululam práticas outras pelo país: grupos de cuidado mútuo, mobilizações comunitárias para dar conta de epidemias a partir das redes informais, horizontalização da relação usuário-profissional, diálogos com os saberes populares. São práticas de mescla, complemento de saberes, tradução, gambiarra. São práticas de construção do comum.

2.7 No Fio da Navalha: Invenção e Controle na ESF

Propomos então que a produção de saúde na ESF está sempre carregada de ambiguidades: nela coexistem e se misturam práticas de controle e de autonomia. Por vezes é inclusive impossível separá-las. Não há como ter uma clara certeza de quando estamos tensionando as vidas em cada direção, por mais que seja necessária sempre uma prática atenta no intuito de mitigar os efeitos aprisionantes que se encontram nos fazeres. Trazemos aqui um relato de caso para acompanharmos os possíveis desdobramentos dessa afirmação no campo do cuidado em saúde.

Lucas chegou no dia 15 de Maio de 2016 para consulta em Joãosinho. Segundo a família tem treze anos, contudo o sistema eletrônico de prontuários registra somente onze. Moram na área de asfalto do bairro. A mãe o trouxe, preocupada por ele estar indo brincar na favela de Lucas, andando com más influências que fumam maconha e faltando às aulas. Lucas não pode brincar na favela de Lucas. Diz ter levado o menino ao Conselho Tutelar para relatar seus desmandos. Ao atender a família, o conselheiro emitiu um documento exigindo que a unidade de saúde realizasse atendimento psicológico ao menino e passou alguns minutos ameaçando-o de levá-lo a um abrigo. O território como ameaça, o abrigo como solução. Se for para Lucas brincar na favela de Lucas, é melhor afastá-lo para bem longe, inclusive de casa.

Pedi para a mãe retirar-se da sala e expliquei ao menino as regras de sigilo. Lucas contou que todos seus amigos do colégio são da favela, por isso, sempre gostou de brincar lá.

Não se sentem bem brincando na área do asfalto, onde os policiais abordam com violência e há muitos assaltos. Na favela de Lucas a presença da polícia se dá em momentos pontuais e, quando ocorre, normalmente é negociada com os atores armados locais. Dessa forma, Lucas se sente mais protegido para brincar na favela onde normalmente não há assaltos nem polícia. Perguntei se ele gostaria que eu comunicasse isso para sua mãe e ele diz que *é melhor deixar para lá*. Tinha passado a ficar mais em casa vendo televisão e a mãe não o estava incomodando. Disse que fumava maconha às vezes. Falei sobre os perigos para o desenvolvimento neurológico desse uso, e também sobre as possibilidades de uso consciente, da importância de cuidar a quantidade e a frequência. Senti-me bastante inseguro de fazer uma intervenção desse tipo com um menino tão jovem. Tentei quebrar com ele a lógica difundida na mídia de que a maconha levaria necessariamente a drogas pesadas e ao tráfico.

Quando Débora retornou falou que amigos de seu filho já estão trabalhando no tráfico de drogas. Seguiu demonstrando-se bem preocupada. Tive dificuldades de saber como agir. Por um lado tive vontade de convencê-la a deixar o menino mais solto e brincar com seus amigos. Quebrar o preconceito com a favela, onde inclusive Débora tem uma filha e parentes morando. Por outro lado, era recém-chegado ao território e sentia não conhecer suficientemente a área para propor algo desse nível. Realmente, em Lucas há diversos meninos armados e o tráfico é bastante orgânico na comunidade, então entendia o medo da mãe.

Acabamos por encontrar soluções usando recursos comunitários a partir dos interesses do menino. Disse ter vontade de aprender a ser barbeiro, mas não tinha idade para fazer um curso. A mãe tinha a intenção de abrir um salão de beleza em casa, onde ele poderia ajudá-la. No grupo de saúde mental que coordenamos há um barbeiro, um senhor mais velho com história de diversas internações psiquiátricas. Combinei de falar com ele para que tomasse o menino como aprendiz. Indiquei também que o jovem, que disse gostar de desenhar, participasse das oficinas de grafite no Afroreggae de Lucas, maneira um pouco mais tranquila de organizar sua ida à comunidade. Além disso, comentou que gostaria de aprender alguma modalidade de luta e entrei em contato com um projeto gratuito na região que oferecia aulas.

Enfim, conseguimos pensar várias intervenções buscando uma expansão das conexões no viver a partir dos desejos do usuário, ligando-os com recursos disponíveis na região. Porém, não conseguimos resolver o problema central de Lucas: ele quer brincar com seus amigos na favela. Fizemos um trajeto dentro de espaços protegidos, projetos sociais, de *cidadãos de bem*. A Clínica da Família entra assim como um elemento que agencia certa *proteção* a um território aterrorizador, desconhecido. Traça um território outro que afasta o

menino de onde gostaria de circular. Nesse sentido, nos deparamos com a dureza das fronteiras da cidade, independente da nossa intervenção. Pergunto-me se não deveria ter sido mais duro, tensionando para que o menino brincasse sim na favela. Seria uma posição politicamente mais coerente para mim. Que ele pudesse se abrir, inclusive aos riscos que ali estavam postos. Agora, iria eu bancar isso sozinho? Iria eu tolerar aquela mãe me dizendo depois, se o que ela temia se concretizasse, *meu filho entrou no tráfico devido a você?*

Uma semana depois fui contar sobre esse atendimento para a ACS Fabiana, de Iraci. Tomei uma rasteira bem dada. Conto que na conversa com um menino de 13 anos, que relatou usar maconha, não tive nenhuma postura proibitiva, somente orientei que cuidasse para não se tomar pelo uso, tentando quebrar a lógica que considerava irreal na qual quem usa maconha ou passaria a utilizar drogas mais pesadas ou entraria no tráfico. Fabiana respondeu *que isso de a pessoa só usar maconha e não entrar para o tráfico só existe na zona sul, com os playboys que recebem mesada dos pais*. Disse: *aqui na favela, se você é jovem e fuma maconha, tem que traficar ou roubar. De onde um menino de uma família que não tem nada vai arranjar grana para fumar maconha? Só roubando ou traficando*. Senti-me nesse momento desmontado. Enfim, não sei se as coisas são bem como ela falava. De qualquer forma, os discursos e práticas que orientavam minhas posições antiproibicionistas e de redução de danos ali não tinham o mesmo sentido. Tapa da vida. Desmontam-se os mantras ideológicos, abrem-se novos questionamentos.

Um mês depois soube que a Clínica da Família Joãosinho Trinta deixaria de atender a área onde Lucas mora, que passou a ser atendida por uma CF nova em Cordovil, bairro adjacente. A troca se deu devido à pressão de uma vereadora com base de apoio na região, que pretendia melhor delimitar os currais eleitorais com outro vereador influente. Tudo é definido a portas fechadas, sem consultar os profissionais e usuários. No dia 29 de Junho uma ACS relatou ter conversado com a tia de Lucas que contou a ela um fato sobre o qual pediu segredo. O menino e o irmão foram expulsos de casa pelo padrasto há três meses. Estavam então vivendo com ela. Segundo o relato Lucas vem circulando junto aos traficantes da favela há algum tempo e com frequência tem passado noites sem dormir em casa. Marco duas novas consultas com a família. Faltam.

O caso descrito acima nos ajuda a pensar o cuidado realizado na saúde da família em sua ambiguidade. Surge uma demanda de atendimento psicológico vinda do Conselho Tutelar, junto a uma ameaça de abrigamento caso o problema do menino – andar na favela com más companhias - não fosse resolvido. Sugere-se um acompanhamento psicológico para *resolvê-lo*. Ou seja, a saúde chamada a *enquadrar* o jovem. Parece que a ideia subjacente a

esse encaminhamento é de que o *enquadre* pode ser feito através de um diagnóstico que justifique a *tendência delinquente* do menino – quem decide por brincar na favela deve ter um pouco dela-, seguido de algumas seções de *psicoterapia corretiva* para retificar seus comportamentos perigosos e disfuncionais.

Atendendo o caso tento entender como está a vida de Lucas e construir outras possibilidades de cuidado. Busco oferecer uma perspectiva desmedicalizante e ligada ao território local, tirando seus desejos do campo da delinquência para interpretá-los como vontades de um jovem que quer brincar, livre. Converso de forma honesta sobre seu uso de maconha. Muitos jovens começam a fumar maconha aos 13 anos. Muitos não têm problemas posteriores devido a isso e encontram nesse uso uma forma de socialização e exploração sensitiva. Na intenção de traçar juntos caminhos para Lucas, apostamos em atividades criativas e de esporte em projetos sociais. Outras maneiras de construir territórios existenciais, além dos ofertados pela televisão e por sua escola. Com certeza Lucas não deve copiar a matéria do quadro, como outras crianças que chegam ao serviço. Nessa minha aposta há uma perspectiva de resistência, de uma produção de saúde que lance mão de recursos comunitários, que pense nos diversos veios da produção de vida e com eles se mescle, que aposte nas pessoas antes dos diagnósticos.

Mas afinal, por que buscamos a construção desses outros caminhos? Para evitar a temida favela, o medo do tráfico. Não se pode dizer que são temores injustificados. Mas, também não se pode dizer que aí se constrói uma prática que gera autonomia. No encontro entre as perspectivas tutelares, parentais, do desejo do jovem e do serviço de saúde, conseguimos chegar somente numa solução mediada e protetiva. Estaríamos aí num caso onde a criatividade no cuidado se atija, tentamos produzir algo diferente, para logo ser aprisionada em uma perspectiva de controle estatizante?

Deparamo-nos aqui com os limites dos fazeres da saúde da família, principalmente nos atendimentos individuais. Uma consulta não resolverá a necessidade de espaços de lazer em bairros periféricos, a brutalidade da polícia, o poder armado do tráfico de drogas, a lógica tutelar e medicalizante da sociedade. Nem um grupo, nem uma atividade comunitária o fará. Podemos inventar, há resistências micropolíticas importantes a serem feitas. Um mundo pode se remodelar no encontro, mas até o limite do que aquele encontro pode afetar. Mas, como agir de forma ética em meio a esses diversos ventos que nos empurram com pressão absurda a sermos punitivos, controladores, protetores, tudo de uma só vez? Não há como evitá-los, mas como mesclá-los com outros ventos, outras forças. Não há certezas. Não podemos garantir que não seremos violentos, que não exerceremos práticas de controle; assim como não

podemos garantir que um *profissional biomédico padrão* não será afetado pelas histórias ouvidas, pelas visitas às casas do usuário e nisso se modificará e se fará mais acolhedor, por exemplo. O funcionamento da saúde da família tensiona essas direções, de forma simultânea. A corda puxa para um lado ou outro dependendo de diversos fatores como o funcionamento da gestão, a formação dos profissionais ou a relação da UBS com a comunidade.

Por mais longe que vá a invenção no cuidado, a saúde da família por vezes não é nem requisitada para cuidar. Talvez a família de Lucas tenha comparecido à consulta somente na expectativa de um atestado de acompanhamento para levar ao conselho tutelar. Por vezes a ESF não tem o que oferecer, por mais que se creia onipotente. E isso, obviamente, não é um problema. Imaginem se as UBS do jeito que são - mas também do jeito que poderiam ser - fossem o principal ponto de produção de saúde em um bairro ou comunidade? Provavelmente se produziria uma população abstêmia, hiperconsultadora, temerosa da morte e viciada em benzodiazepínicos.

Quando se trata da Estratégia de Saúde da Família, estamos sempre no fio da navalha, atuando em direções múltiplas, agenciamentos biopolíticos complexos. O ACS simultaneamente é: a polícia médica que invade a casa para controlar os usuários portadores de doenças prioritárias; o braço que leva a extensão do direito à saúde à população mais vulnerável, tradicionalmente deparada com uma série de barreiras de acesso; o espião das fofocas da vizinhança; o morador que pode trazer seu saber para dentro da unidade; um facilitador da comunicação com a população; um incentivador do controle social. A priorização ao atendimento das populações mais vulneráveis é em um só tempo: equidade e justiça social no acesso; tendência a produzir uma política pública pobre para pobres; formação de curral eleitoral; e possibilidade de mobilização comunitária por mudanças nas condições de vida.

Assim como a promoção da saúde, a ESF “por um lado, deve garantir a função regulatória do estado na gestão do sistema de saúde, por outro, deve permitir e incentivar espaços e ações de autonomia e protagonismo individual e coletivo.” (NETO; KIND, 2010, p.52) O corpo individualizado e a ênfase no autocuidado abrem a possibilidade da potencialização dos corpos para a produção capitalista. *Perca peso, faça exercício físico*, são frases que se replicam em cada sujeito e, caso algum deles se esqueça, há um profissional da UBS *em seu bairro* que pode repeti-la, diariamente. Porém, esse campo de convocação da responsabilidade individual não consegue agir somente como ação de culpabilização e despoltização dos indivíduos. Abre-se também um novo campo de escolha, prudência e responsabilidade, um espaço para a contestação. Se as tecnologias biomédicas e o biopoder se

estendem a diversas instâncias da vida humana, é possível pensar, deliberar e resistir em todas elas. (ibid.)

Chegamos então a uma ideia perigosa e robusta: no campo da saúde família os palcos mais adequados para o exercício do controle também são os mais propícios para a construção de uma saúde democrática e autonomista. As práticas de prevenção e promoção da saúde; o trabalho com as comunidades e territórios em suas redes vivas ou informais; a aposta na educação em saúde; todas elas carregam sementes de um controle biopolítico capilarizado, afetando de maneira inescrupulosa as fabricações humanas mais sutis e caras. Por outro lado, podem visibilizar linhas de subjetivação menores que outrora poderiam estar escondidas, religando-as a projetos de vida, a projetos de comunidade. Permeia esses fazeres uma espécie de fosforescência, que ora parece ser fruto de uma radioatividade, ora parece acionar uma estética desafiadora, como a dos dentes que brilham sob a luz negra. Sutis movimentos dos dedos os tensionam para caminhos capturantes, linhas de fuga ou mesmo de mortificação. (DELEUZE; PARNET, 1988)

Deparamo-nos com o desafio de “produzir interferências nas práticas de produção de saúde que potencializem o vivo em meio à laminação biopolítica do capital nos modos de gerir e cuidar a vida”. (NEVES; MASSARO, 2009) E precisamos apostar que isso é possível. Pois, se não for, o que estaríamos nós, trabalhadores que apostam em outra forma de fazer saúde, militantes de um SUS universal e integral fazendo nas UBS, Centros de Atenção Psicossociais, hospitais? Controlando?⁴⁵ Oprimindo? Fazendo-se ativamente de tampão às demandas sociais? Claro, não temos como garantir que em nenhum momento agiremos nessas direções: são linhas que existem na constituição das práticas de um sistema de saúde. Contudo, apostamos que se pode fazer algo diferente.

Tentaremos aqui definir alguns caminhos para isso. Um deles está em valorizar o que se vê para dobrar as linhas de visibilidade em outras configurações. A Estratégia de Saúde da Família constitui-se em uma das políticas públicas de maior alcance no país e em suas práticas depara-se com uma série de vidas marginalizadas no sistema massivo de produção. Valorizar essas vidas e acoplar-se a elas para produzir resistências é uma das veredas que aqui pretendemos seguir.

⁴⁵ A linha argumentativa delineada nas últimas frases apareceu em uma fala do professor Eduardo Passos, em uma aula da pós-graduação na UFF.

Pretende-se produzir ferramentas que se constituam como uma força de desespecialização (PASSOS, 2009) ⁴⁶, favorecendo a inventividade dos profissionais para além das hierarquias e delimitações das categorias; que potencializem a presença, a disponibilidade afetiva, para que nós trabalhadores da saúde nos deixemos ressoar junto aos usuários, territórios e comunidades. Lancetti (2006) lança diversos ditos paradoxais que nos ajudam a construir esse trajeto. Descreve o Agente Comunitário de Saúde como uma espécie de polícia médica revolucionária. Coloca que a Saúde da Família invade as casas que antes somente a Rede Globo invadia. Lembra-nos de nunca perder de vista os múltiplos desdobramentos de controle e criação existentes em todo agir. Porém, também coloca de forma clara que em nenhum momento devemos nos deixar paralisar por esse tipo de temor, pelo contrário, ele deve ser o motor para uma constante invenção, acompanhado de uma não menos constante análise de implicação. Usando as palavras de David Capistrano: “mais fazejamento e menos planejamento” (apud. LANCETTI, 2013).

O norte, ou melhor, o sul ético escolhido dialoga com as direções que Félix Guattari (2012) nos dá para sua ecosofia. Agenciar territórios existenciais através de movimentações progressivas de expansão da vida que resiste. Catalisar reações entre os discursos e sujeitos colocados à margem, envolvendo a uma só vez a reconstrução ambiental, social e subjetiva. Falando de forma mais prática, consideramos direções interessantes para a ESF: trabalhar a família, a comunidade como recursos de cuidado e transformação da vida; incentivar as redes de vida autônomas que promovam trocas entre os usuários e a produção de lugares de resistência; apostar em mudanças nos vetores de produção de subjetividade em um bairro; visibilizar as narrativas menores, pensando em (des)territorializações possíveis a essas.

Mesmo expandindo nossa caixa de ferramentas, diversas perguntas ainda seguem em suspenso. Como traçar um comum entre as resistências ao modelo de saúde dominante existentes na ESF - desespecialização, proximidade da vida das pessoas, relações de cuidado mais horizontais - e os modos de vida que resistem nos territórios - mobilizações de moradores, redes de solidariedade entre vizinhos? Como traçar formas de cuidado não individualizantes em espaços cronicamente abandonados pelo poder público e cujas regras de convivência muitas vezes têm a mão forte das facções/milícia/polícia a ditá-las? Ou seja, como fazer saúde coletiva onde a determinação social da saúde guia-se por forças sobre as

⁴⁶ Izabel Passos (2009), ao acompanhar os percursos da Reforma Psiquiátrica Italiana coloca como um dos seus maiores triunfos a aposta na desespecialização do cuidado. Essa se contrapõe às práticas extremadas de especialização e isolamento existentes nos sistemas psiquiátricos. Ilustra isso a partir de algumas práticas dos trabalhadores da saúde mental nesse sistema e nos fazeres dos operadores, funcionários sem experiência ou formação na área de Saúde Mental contratados para realizar ações de cuidado.

quais os profissionais e a maioria da população exercem tão pouco poder? Forjamos o conceito de *práticas do comum* como recurso para acompanhar essas perguntas. Esperamos que com as descrições de experiência e a análise de alguns vetores de sua ação na Saúde da Família possamos explorar, abrir, problematizar e propor na relação com essas questões disparadoras.

2.8 Práticas do Comum

Acompanhando o cenário de produção material/de subjetividade no contemporâneo, entendemos que foi gerado um grande descompasso entre as demandas que se produzem para/nos serviços de saúde e sua capacidade de lidar com elas. Existem claras falhas do SUS em ofertar recursos indispensáveis para lidar com as necessidades de saúde. É frequente a falta de insumos, a dificuldade de acesso a exames e consultas de especialista, além de múltiplas barreiras de acesso. Situações essas que modificam a micropolítica do trabalho - independente da disposição ou abertura dos profissionais. Esses efeitos encontram suas causas mais claras no subfinanciamento crônico do sistema⁴⁷ (VIEIRA; BENEVIDES, 2016), de longe o maior problema que o SUS enfrenta. A incapacidade de garantir os recursos econômicos para um bom funcionamento do sistema explica boa parte, mas não a totalidade dos descompassos entre os serviços ofertados pelas UBS e a demanda apresentada pela população.

A precariedade social, a produção de massas de excluídos e a subjetivação individualizante em rede, como descritas anteriormente, mudam o paradigma do adoecer e do sofrimento atual. Cada vez mais isolados da produção de vida das vizinhanças, das famílias, do trabalho, engendram-se sujeitos isolados, com dificuldades em construir um chão estável. Encontram-se inseridos em redes comunicacionais – grupos de whatsapp, facebook -, as quais, entretanto, não são consistentes o suficiente para a constituição de uma liga de significação mínima. Redes frequentemente capturadas por mediações acachapantes, entre elas a produção do terror – através dos programas policiais na televisão, ou da difusão de boatos online. Sujeitos que se constituem como se fossem ilhas, cujo desenho urbano tem padrões repetidos, também apresentando uma infinidade de pontes frágeis que as interligam.

⁴⁷ O Brasil, apesar de propor um sistema de saúde universal tem gastos públicos na área muito abaixo do que os necessários para que ele se efetive. No ano de 2013, o gasto per capita em saúde no Brasil correspondia a entre um sétimo e um quinto do realizado por outros países com sistema de saúde universa, como França e Alemanha. O país também gastava substancialmente menos recursos do estado na área que seus vizinhos, como Chile e Argentina, nos quais a provisão de serviços saúde não é nem mesmo definida como dever do estado (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Pontes que com facilidade suportam as informações, mas que se despedaçam quando circulam os afetos.

A partir disso se produz um sofrimento difuso, cuja forma de expressão extrapola as fronteiras do sofrimento psíquico e orgânico (LUZ, 2013). Esse tipo de sofrimento, que mantém relações importantes com o modo de produção/subjetivação contemporâneo, é um dos motivos mais usuais de busca de atendimento na Atenção Básica, assumindo diversas personificações: a idosa hiperconsultadora, com sintomas entremeados de hipertensão e depressão; a mãe que deixa os filhos sozinhos em casa para ir ao baile funk e faz uso abusivo de drogas; o homem que tem de se afastar do trabalho após assédios morais do patrão que disparam picos de glicose e ataques de pânico. Esses casos colhidos no dia-a-dia dos serviços expõem à fragilidade as ferramentas biomédicas, ou mesmo as provindas da área psi. Inadequadas para lidar com as complexidades do adoecimento, por vezes são operadas de forma cega, gerando a pura culpabilização dos usuários. Incapazes de gerar sentidos compartilhados derrapam ora nos tecnicismos – prendendo-se a protocolos cujos significados encerram-se em si mesmos-; ora na escuta silenciosa da história de vida individual – como se a partir dessa os problemas se resolvessem espontaneamente.

Importante notar que os serviços são atores importantes na produção desse tipo de demanda. As consultas nas UBS em que se pesquisou são oferecidas majoritariamente para alguns grupos populacionais, como puérperas e diabéticos, e para casos de demanda espontânea, ou seja, questões agudas e recentes, como dor de cabeça, vômito ou febre. Dessa forma, a população que não se enquadra em um perfil específico tem pouco acesso ao serviço quando necessita de algo além do atendimento a queixas pontuais. A burla encontrada pelos usuários é transformar quaisquer necessidades de saúde em sintomas com início recente, enquadrando suas necessidades na definição restrita de demanda espontânea e rompendo a **barreira de acesso do acolhimento**. Usuários relataram, em variados momentos da pesquisa, mentir deliberadamente sintomas nos espaços de acolhimento, citando essa ação como única estratégia possível para garantir o acesso. Entretanto, mesmo quando conseguem chegar à consulta com o profissional de nível superior, recebem um atendimento focado na queixa principal e realizado de forma rápida. Assim os sintomas são abordados de forma superficial, furtando-se de buscar as suas origens, gerando uma baixa resolutividade. E ainda, as queixas multiplicam-se, pois precisam apresentar-se sempre como novas e pontuais ao acolhimento, visando garantir o acesso. Os serviços, dessa forma, contribuem ativamente para a produção de usuários **hiperconsultadores** e **poliqueixosos**, como são repetidamente chamados pelos profissionais.

A partir da degradação das redes de apoio e a focalização das políticas públicas, gera-se uma situação perigosa. A área da saúde acaba ocupando campos da vida que outros setores e redes comunitárias tradicionalmente assumiam. Torna-se um vetor de peso excessivo na produção dos sentidos do viver e morrer (LUZ, 2013). A localização das UBS acompanhadas nos fornece uma imagem geográfica desse processo: Joãosinho foi construída ocupando a totalidade da área de uma praça, onde jovens se encontravam para jogar futebol, enquanto Iraci aluga salas da Associação de Moradores de Vigário Geral, entre elas um cômodo anteriormente usado para se realizar os velórios na comunidade.

Tendo essa análise em mente, cabe questionar como as práticas de saúde podem responder ao lugar para elas construído, de panaceia ao mal estar contemporâneo, sem reiterarem o conteúdo medicalizante do pedido, gerando respostas ruins a um mau problema. Como não se furtar às demandas desesperadas de ajuda sem incorrer na naturalização das questões sociais? Se a desagregação social e a privatização do comum têm papel central na produção de sofrimento no contemporâneo, é operando a partir do comum como agenciador de redes singularizantes que os serviços de saúde podem oferecer uma prática de resistência. É isso que aqui chamaremos de *práticas do comum*.

O comum extrapola a clássica dicotomia entre estatal e privado, buscando o real controle da política pelo povo, em uma gestão coletiva exercida por sujeitos ativos. “O Estado não é público nem privado, mas campo de disputa entre essas duas esferas, não podendo, sobretudo, reduzir o público ao estatal.” (BARROS; PIMENTEL, 2012, p.10). Por exemplo, o SUS, como política de estado, pode direcionar-se para a institucionalização de uma saúde autônoma e democrática ou para uma privatização das vidas, gerindo-as como força de trabalho individualizado. A gestão coletiva dos equipamentos de saúde opera por diversos meios, incluindo o fortalecimento dos espaços de controle social, sendo necessário para sua efetivação aumentar a permeabilidade dos serviços aos diversos saberes. Sugere-se visibilizar as múltiplas lógicas coexistentes na produção de saúde, garantindo que elas se encontrem. E que, no encontro, turvem-se, nenhuma saindo inalterada ou apagada, mas formando mesclas. A construção do comum nas políticas públicas parte de um mosaico de diferenças, colocando-as em diálogo na constituição de um espaço público. Constrói um estado para os povos, diversos em suas produções menores. Compõe a luta por *um SUS do tamanho do povo brasileiro*, como diz o mote frequente dos espaços de militância.

Nesse sentido, se aposta em serviços de saúde atravessados pela vida, que em sua fluidez escapa aos especialismos e burocratizações, produzindo nós na produção de subjetividade capitalista. São as parcelas mais importantes dessa vida que escapam aos

encaminhamentos, que não são captadas nos exames de imagem, que passam despercebidas nos questionários de anamnese. No curso da pesquisa, com frequência recebi usuários que chegavam ao primeiro atendimento descrevendo seu sofrimento em termos muito próximos às definições de sintomas dos manuais de psiquiatria. Outras vezes já vinham aderidos a um diagnóstico, que haviam dado a si mesmos com base em informações da internet. Nesses casos, costumo dizer a eles que *os problemas de saúde são produzidos na vida e é na vida que iremos resolvê-los. Quando sofreremos, seja do corpo ou dos nervos, seja de diabetes ou de dificuldade para dormir, esse sofrimento vem sempre do que vivemos. Podem surgir de dificuldades no trabalho, brigas na família, fofocas da vizinhança, a crise econômica, ou mesmo o peso de viver em um mundo onde as pessoas estão cada vez mais sozinhas. Então, como está sua vida?*

Se compreendemos a saúde como uma produção social, entremeada dos aspectos do comum, é necessário

se colocar contra toda forma de privatização dos cuidados com a vida, colocar-se contra qualquer forma de desapropriação dessa “potência do comum” que é a saúde, que é produzir saúde; em última instância, colocar-se contra qualquer forma de enclosure desse commons por excelência que é a vida, contra qualquer forma de “apropriação” que implique em “[...] diminuir a capacidade das pessoas de gozar da riqueza, de desinflacionar o comum [...]”, quando nosso problema da saúde poderia ser inteiramente outro, um problema em que, ao contrário, “[...] a investida rumo à inflação, rumo a uma inflação de novos desejos, (seria o) fundamental” (Negri, 2011, p. 44)! (TEIXEIRA, 2015, p.41)

Partimos de um pressuposto para pensar a construção do comum nos serviços. Primeiro há que se reconhecer os diversos saberes práticos, independente de suas origens – tradicionais, religiosas, biomédicas – como vetores do processo saúde/doença. Eles podem ser tanto usados para identificar os determinantes desse processo, como repaginados em ferramentas de cuidado e promoção de saúde. Nesse sentido, começa-se reconhecendo o conhecimento que portam usuários e comunidades atendidas, em sua capacidade de inventar outras redes de circulação e significação. Ou seja, o saber provindo dos pacientes, bairros, ruas, é tão válido quanto qualquer saber técnico que colocaremos em jogo. Isso porque as reinvenções do viver não acontecem em sua maioria dentro dos serviços de saúde, por mais que eles tentem paranoicamente se espalhar em todas as vielas.

Um segundo passo é compreender que ao se produzir mudanças no viver dos usuários/comunidades, os profissionais/serviços de saúde devem posicionar-se de corpo aberto para também se modificarem. Não existe forma possível de flexionar não

despoticamente os modos de andar a vida dos usuários se os profissionais não colocam as suas percepções em questionamento. (AYRES, 2004a) Além disso, as transformações empreendidas devem ser definidas ou acompanhadas de forma compartilhada. Nem profissional, nem usuário têm o exato controle dessas direções, mas estratégias constantes de reatualização e acompanhamento são necessárias no intuito de democratizar o cuidado - sejam elas explícitos ou não.

Por vezes, me vi questionado por usuários se *não é muito pesado ouvir histórias sofridas todo dia*. Em outros momentos, ouvi elogios à *minha disposição de vir de tão longe para ajudar as pessoas*. Nesses casos respondia o seguinte: *não faço meu trabalho por caridade, ou mesmo só por ideologia. Sim, às vezes escutar os casos é muito pesado e chego destruído em casa. Mas, também saio ganhando. Além de sentir prazer em ver os usuários melhorarem após as intervenções, através do meu trabalho chego a lugares da cidade e escuto histórias que nunca acessaria de outra forma. Conheço faces de outros mundos, aprendo muito sobre como a vida é e pode ser*.

Cabe entender as ações dos serviços de saúde como componentes específicos, entre as diversas práticas de produção de vida. As abordagens dos profissionais devem se colocar horizontalmente, sem hierarquia, compondo com as extensas redes de cuidados existentes nos territórios. Impõe-se o desafio de agenciar um cuidado que extrapole os equipamentos e as práticas biomédicas, ativando saberes comuns. Devolver ao mundo e a vida o que deles vem.

É atributo central da APS a coordenação do cuidado na rede de saúde, organizando o acompanhamento integral e distribuindo as demandas para os diferentes níveis de atenção (STARFIELD, 2002). Contudo, essa função só tem valor nessa rede específica. Nenhum serviço de saúde tem a capacidade, nem o direito, de coordenar a saúde de ninguém. O território vivo das ruas, bairros, igrejas e bocas de fumo, é onde o sofrimento e o cuidado acontecem de forma extensiva. Cabe aos serviços, no máximo, acoplarem-se a esses elementos. O setor saúde, inteiro, não passa de um ponto na rede complexa que produz a saúde. E o reconhecimento desses limites é o que permite ao SUS ser potente: para produzir outras condições de vida, no conjunto com mobilizações sociais que modifiquem os determinantes sociais de saúde; e para ampliar as ações terapêuticas ao se articular a recursos que transcendam suas fronteiras.

Boaventura de Sousa Santos (2002) desenvolve o conceito de tradução para fortalecer diálogos entre as diferentes experiências de resistência, de forma que possam cunhar linguagens e campos de ação comuns. Esse encontros podem acontecer tanto entre várias práticas não hegemônicas – por exemplo, o encontro da educação popular com o movimento

da reforma sanitária -, quanto entre práticas hegemônicas e práticas não hegemônicas - como o encontro dos estudos epidemiológicos com os estudos sobre os efeitos do racismo na saúde, incentivados pelo movimento negro. O autor entende que toda cultura em algum nível é incompleta, e pode se beneficiar de elementos provindos de outros campos, desde que a relação estabelecida seja de coexistência, sem apagamentos ou dominações.

A Estratégia de Saúde da Família engendra uma série de elementos de resistência à concepção de saúde dominante, apostando: em um cuidado no território, nas relações horizontais entre profissionais e usuários, nas equipes multiprofissionais e nas ações sobre os determinantes sociais de saúde. Podemos, através de uma estratégia de tradução, construir um chão comum entre as resistências à saúde dominante cunhadas na ESF e as outras formas de resistência aos modos de subjetivação individualizantes existentes nas comunidades acompanhadas pelas equipes. O cuidado no território pode compor com as redes de solidariedade densas nas vizinhanças, as ações sobre os determinantes sociais de saúde podem se agenciar às mobilizações de bairro, os diversos saberes existentes nas equipes multiprofissionais podem se ligar aos saberes locais.

Encontramos um roteiro para *inmundizar* (MEHRY, et. al., 2004) as práticas, mesclando-as com o piche das ruas, as migalhas das refeições, os suores dos vivos. Sujar os fazeres, a partir da horizontalidade e da confusão, à moda do curandeiro, do cuidado menos distante, em práticas anti-modernas (NEGRI; HARDT, 2009). O branco das paredes e dos jalecos, as cores padronizadas dos folders informativos, as rotinas de esterilização passam a estar submetidos e se poluir na relação com os sentidos inflexionados pelos diversos atores constituintes das práticas de saúde. E nessa proximidade extremada, as relações perdem seu ar neutro e sagrado, para se tornarem práticas do comum.

Para delinear as práticas do comum é preciso esclarecer o sentido da palavra *prática* e o porquê de sua escolha. O primeiro motivo é simples: ela foi eleita por sua fácil compreensão. Parece possível compartilhar esse conceito com alguém que cuida de sua mãe acamada, por exemplo. Imagina-se que essa pessoa compreenderia que exerce práticas, inventadas ou aprendidas, modificando a situação de saúde de sua genitora. Do mesmo modo que alguém pratica violão ou futebol. É um conceito mais acessível do que tecnologia ou técnica, que soam à primeira vista como fazeres de especialistas, privativos de profissionais.

Mas, o que estamos chamando aqui de práticas? Entendemos que elas são, muito positivamente, “o que fazem as pessoas (a palavra significa exatamente o que diz).” (VEYNE, 1998, p.248). Definir-se-iam então nas ações individuais e coletivas que produzem o mundo, os objetos, os sujeitos. Para acompanhá-las é necessário descrever de forma minuciosa e

compromissada os atos: como se governa um povo, como se constrói um serviço de saúde, como se cria uma doença. O uso desse conceito possibilita perscrutar os meandros dos fazeres, apreender neles suas lógicas e gestar estratégias para modificá-los, afirmá-los, desmontá-los ou substituí-los.

Nesse sentido, as práticas são anteriores às técnicas, ideias, ideologias, teleologias. Porém, essas últimas apresentam-se reificadas com frequência, conseguindo ocultar as práticas. Assim, os percursos da produção do mundo parecem envoltos em conceitos/resultados arbitrários, que apagam seus traços constitutivos. E, se as práticas acabam ocultas por trás do manto das teorias nos parece que é para gerar imobilidade, principalmente política. Quando perdemos tempo demais olhando para o alto das ideologias, não vemos o que acontece aqui no chão.

Apostamos que as ideias não são anteriores aos fazeres. Por exemplo, um aperto de mão⁴⁸ não existe porque um ideal de cordialidade que sustenta. A cordialidade só existe em cena: define a probabilidade de que certas coisas aconteçam. Porém, os atos cordiais só sobrevivem da maneira que são se naquela cena se repetirem. E, ainda que pareçam os mesmos, nas diferenças dos sucessivos apertos de mão vão progressivamente tornando-se outros. De qualquer forma, o que é central nessa situação escapa à formulação da cordialidade. Em suas definições vagas, pouco entra em jogo o essencial: a construção histórica das práticas de como cumprimentamos as pessoas, em que momentos, por que motivos, com que força. Uma série de diálogos, movimentos, disputas e reformulações na história dos povos se atualizam aqui/agora para cristalizar significados de um olhar, de um abraço. Por que certo dia se resolve pegar forte na mão de um usuário que chora numa consulta, abraçá-lo no final de sua fala, enquanto em outro se decide por um distanciamento?

Em certas conversas, um cumprimento inicial pode desenhar todo o desenvolvimento posterior do que se fala, tendo um papel mais relevante que os argumentos colocados. Mudanças dependem dos fazeres do dia-a-dia: estes exploram, abalam, interpelam em ato produções teóricas, que quando operam, tornam-se locais. Um sotaque forçado, uma forma de interromper o outro, uma condescendente batida nas costas, não são detalhes, aplicações de ideias exteriores, atos diminuídos. Eles são a substância do cuidado, das revoluções, as fazem existir. Por exemplo, as práticas de acolhimento e de consulta médica na saúde da família fazem parte da invenção da usuária *poliqueixosa*, personagem acima analisada. Ela poderia

⁴⁸ A análise que segue dialoga com outra realizada por Peter Spink (2008) na qual o cotidiano se impõe como campo de produção das práticas que baseiam qualquer conceito. Assim propõe que um aperto de mão a cada vez afirma ou reinventa a noção de cordialidade, por exemplo.

tornar-se uma senhora beata, uma viúva calada, uma vendedora de balas na estação de trem se outras práticas de subjetivação operassem. Mas, aquelas práticas a produzem dessa forma.

O mundo, nesse sentido, é engendrado por práticas do cotidiano. Claro, o principal depende de como nós, no encontro, compomos com elas – de forma harmônica, dissonante, polirrítmica - outros modos de viver. A prática de tomar um café com companheiros serviu para engendrar os mais temíveis massacres, grandes invenções científicas, práticas revolucionárias e grandes discos. Ela não é em si potente, boa, ou ruim. Porém, as diferentes maneiras de operá-la, o mundo que se produz a partir de uma conversa, modifica tudo.

A análise histórica das práticas, em suas vertentes macropolíticas e micropolíticas, aparece aqui como forma de expandirmos nosso campo de análise e de intervenção (RODRIGUES, 91-92). Entendê-las como os principais elementos de produção da realidade amplia a nossa possibilidade de modificar os processos. Dessa forma, é possível desnaturalizar as demandas de saúde, as técnicas escolhidas para acompanhá-las, ou mesmo a existência das UBS como são. Ao fazer isso conseguimos ver nos pontos-cegos - onde parece que não há nada a ser feito - e ali cunhar novas invenções. Não só responder aos pedidos que se colocam a uma organização de saúde, mas compreender como modificar esses pedidos, misturá-los, subvertê-los.

Ainda exploraremos dois outros conceitos para compor nosso entendimento do comum. O primeiro é o conceito de autonomia, que será examinado acompanhando os importantes desenvolvimentos em torno dessa temática que vêm sendo traçados nos estudos do campo das deficiências. Nesses escritos, a autonomia é entendida como o aumento da capacidade dos sujeitos de entrarem em relação (COSTA, 2014). Relações essas que devem se dar *em pé de igualdade*, a partir do reconhecimento da potência de vida (*biopotência*) do deficiente e do acesso aos meios que propiciem o estabelecimento de composições igualitárias. Quando se oferece uma prótese para um usuário que sofreu amputação, estamos falando de um instrumento que amplia sua habilidade de traçar caminhos e de trocar com o mundo. Ora, esse instrumento em nada difere do computador usado por um engenheiro, que, quando se junta à máquina, expande suas possibilidades na execução de projetos. Dessa forma, o amputado seria tão deficiente de uma prótese quanto o engenheiro seria deficiente de um computador. Entretanto, a análise extrapola a atomização dos elementos: deficientes e engenheiros de um lado, próteses e computadores de outro. Os sujeitos e ferramentas são híbridos, composições de afetos e tecnologias. Quando falamos de computadores ou próteses, falamos de instrumentos que se acoplam a sujeitos e vice-versa. Os dois polos só se fazem

potentes a partir desse encontro, são inseparáveis. A autonomia nesse sentido não se relaciona com prescindir dos outros, mas com formar alianças diversas que expandam capacidades.

Simultaneamente, para essa concepção de autonomia não ser utilizada como mecanismo de desimplicação da sociedade para/com os sujeitos, é necessário que esses tenham influência política suficiente para que, à medida que se transformem, possam gerar transformações nos seus entornos que diminuam as situações de desigualdade. A autonomia efetiva-se à medida que, a partir do seu exercício, pode-se modificar a sociedade no mesmo nível que os sujeitos se modificam para nela ocupar posições. Um paraplégico, por mais habilidades que tenha no manejo da cadeira de rodas, terá limites sérios a sua autonomia se suas necessidades não puderem modificar a calçada em frente a sua casa, ou da praça que frequenta.

Acompanhando essa definição, Lancetti (2006) defende que produzir saúde é expandir o grau de autonomia dos sujeitos. Ou seja, a saúde acompanharia o aumento das dependências, trocas e invenções na qual cada um se apoia para ampliar sua potência. A produção de saúde se efetivaria na expansão das redes, no alargamento de um comum. Nessa vereda, a aposta das práticas do comum está em diversificar o número de ligações, multiplicar as esferas de contato, escambo e transformação dos sujeitos e comunidades. Quanto maior o número de elementos que dão liga a existência e quanto maior a capacidade de cada elemento gerar novos sentidos, melhor.

Já o conceito de singularização nos auxilia a pensar formas de arranjar a vida que produzam resistência aos mecanismos massificantes de subjetivação. Efetiva-se nas maneiras distintas pelas quais os indivíduos/coletivos se agenciam a elementos heterogêneos, para dispô-los em arranjos próprios. Processos que remanejamos as posições subjetivas/materiais, articulando outras formas de sensibilidade, de corporalidade, de existência.

“O que vai caracterizar um processo de singularização é que ele seja automodelador: capte os elementos da situação, que construa seus próprios tipos de referências práticas e teóricas, sem ficar nessa posição constante de dependência em relação ao poder global, em nível econômico, em nível do saber, em nível técnico, em nível das segregações, dos tipos de prestígio que são difundidos.” (GUATTARI ; ROLNIK, 2005, p. 55)

A potência dos processos de singularização está no cruzamento de dimensões micropolíticas e macropolíticas, permitindo que se provoquem mudanças transversais. Efetivam-se na dissimilação das forças, que se curvam em uma direção diferente, gerando

novas vidas, outro recorte das relações que nos formam, um mosaico de existências. Há uma clara correlação com o processo de criação artístico, em um trajeto de invenção de si no mundo e de mundo em si, buscando “nosso querer artista irredutível às dimensões de saber e poder” (DELEUZE, 2010, p.116). Dessa maneira, recriam-se os mapas afetivos em que se dá a vida, possibilitando a invenção de uma ética singular indissociável da estética.

Nesse texto, os conceitos de autonomia e singularização podem ser pensados em operação conjunta. A autonomia como direção para a expansão das conexões dos sujeitos/comunidades em relação a meios para um viver mais potente – incluindo recursos tecnológicos, redes de apoio social, instrumentos artísticos ou teóricos e estratégias de mobilização política. A singularização entra como o leme dessa expansão, o vetor que impede uma *hiperconectividade* que empanturre o sujeito/comunidade de informações desnecessárias, mas induz que com delicadeza e prudência (ROLNIK, 2011) se escolham as composições para a expansão da vida. Assim, entendemos que as práticas do comum geram novos agenciamentos subjetivos, nos quais o sujeito se torna mais autônomo a partir da multiplicação das relações e do incremento da capacidade de produzir bons encontros.

Mas, o que seriam afinal essas *práticas do comum* na saúde? Seriam fazeres capazes de articular novas maneiras de viver e enfrentar o sofrimento, cujas bases viriam da ativação de saberes e ferramentas do chão básico, das experiências singulares de profissionais e usuários. A ativação do terreno, onde se formam os entendimentos sobre o andar da vida e o adoecer operaria nos encontros de cuidado, a partir das disposições dos atores presentes a se modificarem, em influências mútuas, campos de ressonância. Então, seria possível a produção de tecnologias caseiras, vira-latas, familiares, mestiçando os conhecimentos provindos dos mais diversos campos – popular, biomédico, da saúde coletiva. Engendra-se um contrabando constante de técnicas, conselhos e afetos, que borra as fronteiras entre funções e profissões. Opera-se a construção de trajetos terapêuticos e de promoção de saúde cujos objetivos são compartilhados.

As práticas do comum definem-se como encontro entre singularidades comunicáveis, podendo gerar relações de cuidado baseadas na ativação criativa de aspectos da inteligência coletiva de certa comunidade ou população. O saber comum não necessita ser pré-conhecido pelo usuário, contudo tem um poder especial se ressoa em algo familiar: práticas dos avós e ancestrais, tomar um chá ou escutar uma estação de rádio de sua preferência. Também não é algo exclusivo dos membros da comunidade, mas que pode ser aprendido por outros profissionais no território ou mesmo junto aos ACS. É comum no sentido que é comunicável e não hierarquizante, permitindo a efetivação de uma saúde democrática.

A escuta silenciosa ou interpretativa da história de vida, buscando a capacidade de autorreflexão, produz interiores, individualidades e rotinas artificiais; muitas vezes estranhos à produção de vida nos territórios. Da mesma forma, a medicalização e o enquadramento diagnóstico têm grande poder de submissão e resignação, gerando muitas vezes encontros coloniais entre profissional de saúde e usuário. Muitas vezes, atos menores - como prescrever uma rádio, apresentar um lugar do bairro, sugerir que se retorne a costurar - estão mais próximos às formas de cuidado que os usuários já oferecem a vizinhos, familiares. São práticas inteligíveis e replicáveis, que não produzem dependência aos tecnicismos, possibilitando uma resolução na vida dos problemas que se geram na vida.

Vemos nas práticas do comum a possibilidade singularizar o viver, rearranjando territórios existenciais a partir do cuidado. A UBS pode se tornar um espaço de apoio social, onde é possível desenvolver outras estratégias de enfrentamento e narrativa frente à experiência do sofrimento. Da mesma forma também se torna um espaço de encontro onde o próprio conceito de saúde é disputado, se reinventando nos embates e alianças entre os diversos saberes (PINHEIRO; GUIZARDI, 2013a). A produção de saúde na Atenção Básica pode ser agenciadora das diversas redes vivas, em contato com os recursos do território que participa - igrejas, redes de vizinhança, campos de futebol. Por vezes é apenas um primeiro ponto da rede dos usuários, que progressivamente se agencia a outros pontos, em um movimento de contágio e expansão.

Nesse contexto, o papel das práticas do comum seria de gerar inteligibilidade e compartilhamento na produção de saúde, a partir da consolidação de recursos comuns entre profissionais e usuários, não tecnicistas e distantes, mas compartilhados e básicos. Produzem-se tecnologias de manejo comum, mais fáceis de serem replicadas e expandidas. Práticas que podem afetar a constituição de papéis sociais, de relacionamentos significativos, lidando com sonhos, projetos e esperanças.

Praticar o comum conseguindo mapear as diferenças presentes entre os diversos atores de uma intervenção de saúde, improvisar conjuntamente aos vetores de singularização que se desenham a partir dessas diferenças. Manejar técnicas sutis para expandir esses vetores em sua heterogeneidade, para ligá-los sem amassar o que os faz distintos. Lembrando que sempre chegamos a tecnologias limitadas. Porém, quando elas têm sua edificação realizada de forma conjunta entre profissionais e usuários podem ser carregadas, sendo repaginadas em outras situações: exatamente por ser produzidas em código aberto, compartilhado, comum.

Claro que ainda estamos em um plano majoritariamente teórico, dialogando com conceitos que, por mais que entendidos como produtores de realidade, só se concretizam

quando operados. Para isso, após no primeiro capítulo termos aberto o jogo das relações que produzem a Atenção Básica no município do Rio de Janeiro e, nesse capítulo, termos desenhado o chão de resistências possíveis nesse campo em sua relação com o capitalismo contemporâneo, no próximo capítulo tomaremos rumo um pouco diverso. Exploraremos como essas práticas do comum podem operar mecanismos de resistência e produzir autonomia no cuidado realizado pela ESF, a partir do que se constrói no dia-a-dia dos territórios.

Tentaremos constituir um campo de relatos que tragam a consistência da sabedoria prática para a formulação desse conceito e seus usos. Nesse sentido, por vezes o que acontece no campo será tratado de forma analítica, enquanto em outros momentos, compreendemos que o próprio relato do fazer em si mesmo construirá teorias e ferramentas suficientes, sendo desnecessárias quaisquer outras explicações. Falar do fazer - e apostar que nele se abre o fora, ao invés de analisar de fora o que se faz.

CAPÍTULO 3: AS PRÁTICAS DO COMUM NO CUIDADO

No ideas, but in things.

*Não há ideias, senão nas coisas*⁴⁹.

William Carlos Williams (1986, p.264)

3.1. O Mototáxi

04 de Março de 2016, Penha, Rio de Janeiro.

Hoje peguei um mototáxi. Andar de mototáxi é sempre uma possibilidade de ter uma conversa diferente no território, que não seja com um *sofrente* falando de suas dores e pedindo ajuda. Durou três minutos, como sempre dura o trajeto do *postinho* do Grotão à Clínica da Família Felipe Cardoso, dois locais onde matricio equipes de saúde da família na Penha. O mototaxista começou a corrida dizendo: *então, mais um dia...*

Eu respondi: *sim, um dia cansativo, ouvindo os problemas das pessoas*. Como estava com o jaleco sobre o ombro, presumi que ele sabia que eu era *doutor*. Senti algo na entonação da primeira frase (*mais um dia...*) que me chamou a explorar mais a conversa.

Então disse que era psicólogo e que minha profissão era parecida com a dele: nós dois escutávamos muitas histórias das pessoas. Que sempre quis estudar cabeleireiros, mototaxistas, taxistas (hesitei em dizer prostitutas); os diversos profissionais que também escutavam histórias da vida das pessoas e que provavelmente desenvolviam estratégias para lidar com isso. Perguntei se ele ouvia muitas histórias.

Respondeu que sim.

Ele me contou que normalmente as pessoas na Penha contavam histórias de relacionamento. Que começavam falando do cansaço do dia, mas, principalmente as mulheres, logo descambavam a falar da relação com os maridos, de quanto eles não eram carinhosos, do peso de ter que organizar tudo em casa sozinhas.

Comentou que gostava de começar as corridas com essa frase: *mais um dia...* Que ao ouvi-la, o passageiro automaticamente deixava passar em sua cabeça o que havia ocorrido durante o dia e, a partir disso, começava a fazer um relato. Os entusiasmados diziam: *mais um dia lindo!* Outros relatavam: *o dia foi ruim, mas bola pra frente*. De qualquer forma o mototaxista entendia que essa frase era um convite ao passageiro desabafar, tirando um pouco das costas os pesos da vida.

⁴⁹ Livre tradução.

Falei para ele: *Bom, como eu te disse no início, que interessante que vocês têm estratégias para ouvir. Vou roubar essa frase para começar as consultas que faço e sempre vou citar que quem me ensinou ela foi um mototaxista.*

Referiu viver na Chatuba e disse seu nome, que eu esqueci.

Fiquei feliz em notar como ouvir e cuidar podem ser práticas tão soltas, cotidianas, nômades. Que não pertencem a ninguém. Pensei em como as comunidades encontram seus próprios métodos de cuidado e cura: ainda, e sempre.

3.2. Cuidando no Comum

O presente capítulo explora direções ético-tecnológicas para as práticas de cuidado na Atenção Básica. Partiremos de relatos do cotidiano dos serviços acompanhados, para trilhar um cuidado que promova autonomia e valorize uma multiplicidade de saberes. Nesse sentido, buscamos nos atos corriqueiros da ESF uma potência micropolítica que permita a constituição de comuns, priorizando os ingredientes mais simples que encontrarmos. E apostamos que está aí um caminho para a consolidação das Práticas do Comum delineadas acima.

Parece-nos essencial que não acompanhem essas práticas em um campo somente teórico, mas que se delineiem ferramentas que atinjam os profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, além da comunidade acadêmica que compartilha nossos referenciais. Essa necessidade torna-se premente, pois a APS é um campo de disputas constantes, necessitando instrumentos suficientemente claros para efetivar uma concepção ampliada de cuidado. Entendemos que as práticas do comum aplicam-se não somente à atenção a saúde, mas também às práticas de prevenção e promoção, podendo constituir-se como uma direção ético-tecnológica abrangente. Nesse trabalho sabemos que somente poderemos destrinchar algumas modulações dessa direção.

Seguindo esse caminho, também entendemos que o conceito desenvolvido não dá conta das problemáticas da ESF como um todo: sabemos de suas limitações. A humilde intenção é de gerar um deslocamento do olhar que nos ajude a reinterpretar direções técnicas e teóricas cunhadas nesse campo, além da formação de um modesto arsenal para, quando as brechas se colocarem, termos instrumentos para propor outras práticas de saúde, baseadas na valorização dos múltiplos saberes provindos do cotidiano e das experiências singulares.

A escolha do *cuidado no comum* como foco não é fortuita. Os maiores investimentos realizados pelas UBS, assim como as maiores demandas explícitas formuladas pelos usuários encontram-se em torno da atenção a agravos, condições do ciclo de vida e situações de

adoecimento. Se o que acontece no encontro entre essa demanda e esse investimento pode ser chamado de cuidado, ainda teremos de descobrir, entretanto, ali o cuidado é possível, dependendo dos mecanismos de gestão e das tecnologias colocadas em jogo. Então, há uma aposta a ser feita.

Inclusive pode-se dizer que dentro das funções da Atenção Básica existe um desequilíbrio entre as atividades de atenção, prevenção e promoção; as duas últimas estando em enorme desvantagem. Há uma dificuldade em garantir ações comunitárias, diagnósticos territoriais, intervenções sobre os determinantes sociais da saúde. É habitual escutar de profissionais sobre a incapacidade, nas condições do trabalho existentes, de lançar mão de ações de promoção e prevenção – lembrando que com frequência existem deliberadas intenções de controle por trás dessas palavras. Essa dificuldade torna-se ainda maior no SUS nitidamente subfinanciado - que obriga os profissionais a fazer uma gestão focalista do tempo e dos recursos - e no contexto social medicalizante em que vivemos - onde tensões sociais se revelam no adoecimento e têm seus sintomas silenciados pelos atendimentos em saúde.

A emergência do cuidado como vetor principal para o desdobramento das práticas do comum não segue roteiro diferente. O projeto original dessa pesquisa envolvia explorar o registro da história de comunidades através da saúde da família, já levando em conta a dimensão de construção do comum. As possibilidades desse trabalho foram bastante dificultadas no primeiro campo de pesquisa, na Penha, gerando tensões importantes com membros da equipe. Esses não compreendiam a pertinência da temática dentro do escopo de ação da ESF. A partir do mal-estar gerado por essa situação, na entrada nos seguintes campos de pesquisa/trabalho, Joãosinho e Iraci, decidi por não ter como foco principal esse tipo de processo, bastante temeroso de novas dificuldades. Está sendo desenvolvida de forma bem-sucedida uma ação de registro da história de Parada de Lucas, porém dentro do ritmo lento possível a uma iniciativa como essa na ESF, que não necessariamente acompanha o período restrito de uma pesquisa de mestrado. De forma relativamente espontânea, surgiu no contexto do trabalho um novo objeto, no caso, o cuidado, já que a maioria das atividades laborais exercidas por mim a ele se relacionam.

Ressaltados esses vieses do funcionamento da ESF no modelo vigente, entendemos a atenção à saúde como campo de lutas essencial. Os espaços terapêuticos carregam o potencial de catalisar linhas-de-fuga disruptivas, de redesenhar viveres, especialmente se levarmos em conta o tempero familiar e específico da atenção básica. Entretanto, neles também se operam imposições acachapantes da moralidade vigente, processos de culpabilização frequentes. Produzir ferramentas tensionadoras, que possam contagiar o cuidado em uma direção

autonomista é o caminho que queremos afirmar. Partiremos de uma sucinta análise do conceito de cuidado como vem sendo trabalhado na área da saúde coletiva para após definirmos alguns caminhos práticos a partir dos relatos.

3.3. Cuidado e Tecnologias Leves

Para iniciar nossas reflexões, cabe esclarecer os motivos para o conceito de cuidado ter sido escolhido como referência. A primeira razão é pragmática: é um conceito bastante difundido socialmente. Cuidamos de amigos quando ficam adoecidos, de nossas feridas quando nos machucamos e de crianças pequenas. Nesse sentido, é uma palavra que não distingue as práticas das pessoas em geral e dos profissionais de saúde, colocando-as em um campo comum. Seguimos aí os ensinamentos do nosso amigo mototaxista. Retiram-se as práticas de saúde de seu pedestal, colocando-as para rolar junto aos reles cuidadores.

A produção em torno do conceito de cuidado na saúde coletiva é bastante prolífica, gerando um notável acúmulo entre os autores do campo. A primeira definição que ressaltamos põe o cuidado como uma possibilidade de compartilhar sentidos, em um caminho onde o sofrimento e as direções para o viver sofrem variações. Este pode se expressar em: um pé com dedos amputados tornado pé caminhante, uma garganta que desinflama, uma vontade de sair de casa que se estabelece, um pequeno sorriso após provar um chá. Sempre envolve sentir, produzir sentidos e transformar-se. Entretanto essa definição é insuficiente ainda. Os elementos listados podem aparecer em relações de apagamento do outro, de silenciamento, ou até mesmo de violência. Um médico pode gritar enquanto dá uma injeção que cura a alergia. Um usuário pode se sentir péssimo, mesmo que de alergia curada, no final.

O cuidado que enfatizamos carrega especificidades. Antes de tudo, ele acontece em redes amplas. Cuida-se, e cuida-se bem, em diversos espaços: associações de moradores, botecos, centros de umbanda, igrejas, sarjetas. O cuidado não foi inventado pelos serviços de saúde. Pelo contrário, nos parece que ele foi de alguma forma privatizado pelos profissionais, gestores e empresários, que o mercantilizaram e especializaram. As práticas do comum reconhecem os múltiplos fazeres em saúde: de base comunitária, religiosa, as formas de lazer. Aproximam-se e apoiam na organização de cuidado nas famílias, entendendo as redes de apoio, buscando turbiná-las, não substituí-las. Entendemos junto a Ayres (2004a) que nas práticas de cuidado em saúde deve haver um exercício ético em jogo. Essas teriam como seu tecido central os projetos de felicidade, na possibilidade de produzir atos terapêuticos que os

projetem no presente. O profissional de saúde coloca-se como parceiro do usuário na tessitura de transformações na vida, cujas direções são definidas de forma pactuada.

Trabalhadores e usuários precisam estar disponíveis para modificarem-se, traçando um campo de subjetivação mútua e, se possível, engendrando processos de desindividualização.⁵⁰ Seguindo essa trilha, cabe ao profissional estar atento à presença de quem ele atende, também se fazendo presente. Que ele acompanhe as memórias despertadas, os moralismos, os ímpetos que brotam ao escutar o outro, fazendo com que essas dimensões não gerem bloqueios, mas que atuem produzindo cuidado. Acreditamos também que o cuidado em saúde é uma política em diálogo com outras políticas, arte em diálogo com outras artes. Nesse sentido, deve ser pensado em relação com as políticas públicas desenvolvidas por outros setores, e principalmente, com o que extrapola qualquer setor. O cuidado pode compor-se dos mais diversos saberes artísticos, corporais, populares, desenhando um campo extrasetorial e transdisciplinar. Isso porque a vida extrapola todos enquadres e a ela devemos acompanhar.

É desejável que o profissional coloque em jogo uma escuta sensível, que vá além da atenção focalizada nos sintomas, nas categorias diagnósticas e nos protocolos. Sugere-se que certos recursos tecnológicos utilizados, como exames, internações e cirurgias, participem de um sentido pactuado com os usuários, delineando sempre as finalidades das ações em saúde. Essa parece ser uma sugestão simples, porém muitas vezes partimos do pressuposto de que as intervenções têm significações compartilhadas, quando não as têm. Explicitar as direções terapêuticas contribui para a publicitação dos processos, aumentando o poder do usuário de influenciá-lo. Para citar um exemplo, quando comecei minha prática na atenção básica, iniciava as consultas psicológicas diretamente pelas queixas apresentadas pelos usuários e ao final marcava automaticamente retornos, os quais muitas vezes resultavam em faltas. Para mim era claro o entendimento de que ir ao psicólogo significava conversar regularmente com um profissional sobre os problemas da vida, mas para os usuários não era. Marcar retornos em consultas individuais não era nem o plano terapêutico que considerava adequado, porém o fazia a partir de uma suposta expectativa dos usuários e colegas. Nesse sentido, passei a realizar nas primeiras consultas um questionamento das expectativas sobre o acompanhamento, uma explicação de como ele poderia ocorrer e uma pactuação mais explícita de planos terapêuticos.

⁵⁰ Parte das direções que seguem foram elaboradas em diálogo com o levantamento feito por Ayres (2004b) no artigo “Cuidado e reconstrução das práticas de saúde”.

Além de nos posicionarmos frente ao campo do cuidado, é importante dialogarmos com os escritos sobre as produções tecnológicas em saúde. Mehry e Feuerwerker (2009) propõem uma tripartição das tecnologias em saúde, nas categorias de: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras dariam base a ações dependentes de instrumentos, como estetoscópios, sonares; a prescrição e acompanhamento de exames laboratoriais e de imagem; ou o manejo de doses de medicação. Já as tecnologias leve-duras falam do uso de saberes da clínica biomédica e da epidemiologia, dos protocolos de acompanhamento, dos critérios diagnósticos. Contudo, incluem a forma na qual os conhecimentos são usados na relação, em uma tensão entre a pseudoprevisibilidade existente nesses instrumentos e o jogo de improvisação e criação necessário ao cuidado. Por último, definem as tecnologias leves como produzidas nos encontros, incluindo nelas o acolhimento, a construção de vínculos e a escuta. Seriam as ferramentas existentes para captar/produzir singularidades no cuidado, levando em conta as especificidades socioculturais de cada contexto e território. Assim, formariam o terreno de um trabalho vivo em ato, favorecendo o ineditismo e a criação, a partir do que se coloca como necessidade afetiva. Claro que a divisão entre os tipos de tecnologias, delineada acima, não tem fronteiras tão claras. As diferentes ferramentas tecnológicas devem agir de forma encadeada, formando uma espécie de contínuo, para atingirmos um cuidado em saúde adequado tecnicamente e produtor de sentido para os usuários.

Entendemos que as práticas do comum dialogam com o campo das tecnologias leves, pois falam de fazeres abertos, produzindo-se no imprevisível dos encontros, em suas margens de invenção e de captura. Da mesma forma, existem em franca conversação com os estudos do cuidado. As contribuições que se pode trazer a campos tão profícuos encontram-se na possibilidade de recheiar o encontro, tendo em conta suas localizações. Os encontros de cuidado na saúde simultaneamente carregam elementos de ineditismo e ocorrem entre pessoas, instrumentos e afetos mais ou menos delimitados. Faz diferença pensar: quem está em uma cena terapêutica, qual bagagem carrega, como é o cenário em que se encontra, ou o que esse lugar permite. Podemos, dessa forma, acompanhar profissionais e usuários em processos de subjetivação encarnados, ressaltando histórias de vida, dialogando com as práticas provindas de seus cotidianos familiares e comunitários, retomando saberes singulares, localizados, populares e básicos.

Profissionais e usuários são múltiplos, além da posição que ocupam nos serviços de saúde, podem ser: amigos, crentes, festeiros, dançarinos. Entretanto, nos atendimentos eles costumam ser chamados a responder sempre de lugares pré-definidos, impossibilitando deslocamentos. Nas estratégias de cuidado que aqui propomos, cabe conectar-se com as

multidões que compõem cada sujeito, agenciando-se às diversas dimensões listadas acima e muitas outras. Busca-se o que faz gancho para o trabalhador: o que de sua presença produz interseções com aspectos da vida dos usuários, dispara outras possibilidades de vida; em um encontro de diferenças que produz comuns. Pode ser um gosto compartilhado por um tipo de música ou um interesse em como funcionam outros territórios existenciais - comunidades, ruas, terreiros -, e a disponibilidade para se agenciar neles. Tanto o profissional quanto o usuário compõem redes vivas, que se encontram no serviço de saúde, nas vielas, residências (MEHRY, ET. AL., 2014). O trabalhador, quando põe em jogo saberes relacionais e tecnologias leves, está de alguma forma acionando essas redes e abrindo-as ao encontro.

De repente, nos vemos frente a desafios gigantescos: como cuidar de pessoas tão massacradas pelas desigualdades? De que valem as teorias psicológicas ou os protocolos clínicos biomédicos nesse contexto? No mais simples encontramos certas respostas, desde que aceitemos nossa insuficiência como um pressuposto. Em fazeres cotidianos, como um café entre amigos, um abraço torto ou uma palavra de aproximação, surgem ingredientes valiosos para um cuidado que aproxima. Entremeando-se aos espaços onde os usuários habitam, começamos a fazer parte da paisagem, conversamos com familiares, pastores, vizinhos, compondo os territórios. Conhecemos onde acontecem os namoros contados pelos adolescentes, as esquinas onde ocorrem as execuções que fazem as mães chorarem. E nesse terreno, tentamos estar próximos: menos jaleco e mais toque, reconhecendo que quaisquer mudanças partirão de saberes que não são os nossos, mas que vêm da composição de um comum entre os viveres.

Buscamos formas de potencializar os encontros em sua localidade, descrevendo-os de maneira que possam ressoar na prática de outros profissionais. Basicamente, relatos que sirvam para alguém fazer algo, além de servirem para pensar. Assim, pretendemos escapar a certa reificação imobilizante que a categoria *encontro* passou a ter em certos escritos psi e da saúde coletiva.⁵¹ Em alguns casos, o encontro tornou-se dança etérea, improvisação musical em grupo, pintura em conjunto, metáforas bonitas e potentes, mas que por vezes ignoram as condições de sua produção. As paredes dos serviços de saúde, os atrasos de pagamento, as diferenças de formação, as distintas realidades entre os territórios atendidos, parece que tudo desaparece frente a um fazer artístico, onde a realidade seria inventada no momento onde os

⁵¹ Não se pretende, de forma alguma, traçar uma crítica generalizante a esses campos, ou a academia. Há o desejo de somente pontuar um tipo de produção científica, cuja importância entendemos, mas cujos efeitos acabam chegando de forma enviesada, e por vezes individualizante aos serviços da ponta. Também, não há a ilusão que o presente trabalho conseguirá escapar completamente das armadilhas criticadas.

olhos se encontram. O ineditismo do encontro acaba tornando-se tão intangível, que fica impossível dialogar minimamente sobre suas características. E acabamos tendo dificuldades de desenhar práticas que atravessem os muros da academia e o círculo dos iniciados aos nossos referenciais teóricos. Acabamos deixando esse campo aberto aos terapeutas protocolistas, aos técnicos funcionalistas do desejo.

Para emprendermos o trajeto pretendido, o resto desse capítulo será organizado a partir do relato de cenas e casos. Retratam-se múltiplos espaços de cuidado na Atenção Básica vivenciados na pesquisa: atividades coletivas, visitas domiciliares, consultas conjuntas, casos discutidos em equipe. A escolha de diferentes formas de atendimento se dá para ressaltarmos o caráter transdisciplinar e adaptável a cenários distintos das práticas do comum. Da mesma forma buscou-se priorizar espaços em que houvesse encontro do pesquisador com profissionais de outras categorias profissionais, de uma forma que pudessem se ressaltar algumas especificidades das práticas do comum no processo de matriciamento. Outro fator que influenciou a escolha foi a busca por cenas em que se engendram intervenções consideradas inovadoras e reveladoras do que entendemos como práticas do comum, onde aparece o encontro entre saberes do dia-a-dia e o cuidado em saúde, buscando subsídios para a construção de ferramentas de cuidado. Ainda cabe ressaltar que a partir da perspectiva do método cartográfico, se acompanharam as cenas que levantavam uma multiplicidade de afetos, com maior potencial de produzir movimentos no leitor, podendo inspirar outras práticas.

Tentamos focar em uma descrição pormenorizada do que acontece, ressaltando ações, propostas, falas, elementos que possam ser recolhidos pelos leitores e utilizados em outros contextos. Buscamos certas direções pragmáticas, que delineiem práticas de cuidado que possam ser repaginadas e rememoradas. Visa-se ampliar a diversidade e a qualidade das intervenções, delineando ferramentas que os profissionais possam aprender a usar e levar consigo, de forma que possam pegá-las na mão e colocá-las em ação no momento adequado.

3.4. Grupo de Saúde Mental ou Cuidando junto ao Saber dos Usuários ou Pontuando o Político

Em abril de 2016, recém-chegado em Joãosinho, fui participar do Grupo de Saúde Mental, o qual iria assumir junto aos colegas Tamires (Terapeuta Ocupacional) e Tomás (Assistente Social). Esse grupo já funciona há aproximadamente cinco anos, tendo diversos

profissionais passado por sua coordenação. É de acesso aberto, comparecendo em média 10 a 15 usuários por encontro, sendo que a maioria frequenta o espaço por um tempo significativo.

O nome do grupo – de *Saúde Mental* – me causou estranhamento, por carregar um estigma patologizante, entretanto, ele permanecia desde o princípio do coletivo e os usuários haviam decidido mantê-lo, independente da sua conotação. Confesso que também achei os primeiros encontros bastante estranhos. Os usuários, em sua maioria homens, ficavam calados, com olhar perdido nas paredes de plástico brancas do auditório. Tinham histórias aparentemente parecidas: internações em manicômios durante as décadas de 80 ou 90, tendo vivenciado toda política de terror que havia – e, em menor escala, ainda há – nos tratamentos psiquiátricos. Após, atendidos por algum ambulatório de referência, passaram a tomar suas medicações psicotrópicas *para sempre*. Depois, começavam a receber aposentadoria por invalidez e tinham designado algum membro da família para cuidá-los.

Em meio ao silêncio, os poucos falantes monopolizavam a palavra e podiam seguir por dezenas de minutos sem ser interrompidos. Esse tipo de dinâmica incomodava-me ainda mais, porque lembrava o estilo dos grupos que acontecem nos manicômios. Um manicômio na atenção básica? Seria essa a consequência da territorialização do cuidado em saúde mental? Havia histórias de aquele grupo ter sido mais movimentado: de passeios, de casos importantes que se estabilizaram com o seu apoio. Talvez fosse um momento de transição, a psicóloga anterior a mim no serviço, principal referência de coordenação, havia saído recentemente. Desde lá transcorreu um ano. Várias coisas mudaram, outras não.

Os colegas que coordenavam comigo o espaço eram de uma sensibilidade, capacidade de observação e memória acima do comum. Muito debatíamos sobre a história de cada usuário após o grupo, contudo, tínhamos dificuldades de movimentar aquela atividade. Fazer com que a palavra circulasse. Colocar o corpo em jogo. Desinstitucionalizar.

A Clínica da Família tem uma horta⁵²: temperos, chás, alguns vegetais. Decidimos ajudar no cuidado a ela, sempre na metade final do grupo. Nenhum dos coordenadores sabia nem como plantar feijão no algodão, porém Anderson, João e Augusto sabiam bem. O outro Augusto, o alto, nunca falou se sabia algo ou não, contudo, sempre estava disponível para molhar as plantas. Os dois primeiros eram os falastrões do grupo: sempre tinham explicação para tudo e quase agiam como co-coordenadores, por vezes de forma potente, em outras, atrapalhada. Eram vizinhos, amigos, já tiveram hortas nas suas casas e moraram no interior.

⁵² A horta da Clínica da Família Joãosinho Trinta foi construída por profissionais e usuários, em parceria com a SMS-RJ, que forneceu alguns materiais.

Às vezes aparecia Sandra, que dizia ter uma grande horta na laje de sua casa, na comunidade de Vigário Geral. Um dia fui almoçar lá e vê-la. Era bonita mesmo.

João sempre vinha com ideias para melhorar o cuidado da horta utilizando tecnologias e recursos externos, que acabariam por desimplicar o grupo, como pedir consultorias técnicas ou instalar um sistema de irrigação automática. A cada vez tínhamos que explicar a ele que a horta não era somente um fim, mas um meio: que talvez fosse mais importante que todos mexessem nela do que tudo que plantássemos vingasse, ou que ela fosse excelentemente bonita. Os Augustos eram mais calados, o baixinho inclusive não falava muito nem quando estava na horta. Mesmo em silêncio, trabalhava muito: em um piscar de olhos aparecia com a enxada e cavava um buraco na terra para plantar alguma nova espécie.

Usuários da unidade começaram a nos trazer outras plantas: acerola, tangerina, mamão, cana, maracujá. Claro, sabíamos que não era tudo que ia nascer, pois a terra era ruim e na correria do trabalho tínhamos dificuldade de buscar adubo. Mas valia tentar, nunca se sabe onde uma planta pode vingar. Houve grande polêmica no dia que a nutricionista do NASF, uma das fundadoras da horta, decidiu matar uma abóbora que estava tomando todo canteiro de compostagem. Fizemos uma reunião junto a ela no grupo pra deliberar sobre a gestão daquele espaço. Após a conversa, as tomadas de decisões quanto à horta tornaram-se mais lentas, entretanto coletivizaram-se. A horta passou a ser comum dos profissionais e usuários. Agora as abóboras tomam vários canteiros, mas não se pode matar a planta preferida de ninguém sem que isso se debata entre todos.

Em meio a esses processos, a equipe de coordenação teve o acréscimo de residentes de serviço social, nutrição e enfermagem, que também estranharam o funcionamento silencioso daquele coletivo. A partir dessa inquietação, os residentes passaram a propor dinâmicas de grupo que geraram movimento, atuando de forma propositiva, além de abordarem questões da saúde orgânica dos usuários, como doenças crônicas e dores. Por serem usuários *de saúde mental*, como são chamados por diversos profissionais, acabam tendo esses aspectos negligenciados no cuidado na atenção básica, reproduzindo a cisão cartesiana/manicomial, que deixa aos *doentes da cabeça* ser cuidados pelos *médicos da cabeça*⁵³.

⁵³ Historicamente há uma negligência aos aspectos orgânicos da saúde de usuários com diagnóstico de transtorno mental. A alta mortalidade nos manicômios é o começo dessa história, porém o efeito não se restringe a esse tipo de serviço. Existem dados epidemiológicos que colocam menor expectativa de vida a esses usuários independente de estarem institucionalizados e os protocolos da Organização Mundial de Saúde sugerem uma investigação clínica abrangente nesses casos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). Infelizmente, essa conduta não é padrão nas unidades de saúde. No ano no qual foca-se esse relato o grupo perdeu dois membros jovens de forma abrupta, em complicações clínicas.

Descobrimos que o silêncio da coordenação também é uma intervenção e pode ser terrível, levando com frequência o espaço ao marasmo. Então, ajudou muito os coordenadores começarem a falar. Cortar quem falava demais. Fazer ligações, das mais esdrúxulas, que aproximassem as histórias dos usuários. Fazer sínteses do que vinha aparecendo, às vezes só por dizer. Se alguém contasse que estava ouvindo vozes, perguntávamos se mais alguém ali ouvia vozes. Se um usuário relatasse se sentir abandonado pela família e os outros ressoassem essa história, fazíamos uma fala sintética sobre as dificuldades de receber o apoio dos familiares. Quando um assunto tomava boa parte do grupo e sentíamos que ele não havia se esgotado em um encontro, fazíamos um encontro seguinte sobre aquele tema.

Tentávamos não nos furtar das perguntas colocadas pelos usuários, por vezes tentando respondê-las. Frisávamos aos participantes a importância de relacionar as histórias trazidas e de interpelar os relatos uns dos outros. Pedíamos que quando contassem de seus sentimentos para o coletivo pensassem também nos efeitos de seus relatos sobre os sentimentos dos demais participantes. Parávamos o encontro quando membros novos entravam, se necessário mais de uma vez, pedindo que algum dos usuários explicasse como funcionava o grupo. Havia o intuito de quebrar a sacralidade da história individual autoenunciada, essa narrativa específica que as ciências psi fizeram que considerássemos como a pérola da expressão do indivíduo.

O perfil dos usuários do grupo também foi se alterando, tornando-se mais heterogêneo. Por um lado, alguns usuários com delírios e alucinações pujantes, fala mais intensa e desorganizada começaram a participar do grupo, o que ajudou a modificar o clima grupal. Com suas angústias, por vezes junto a algumas alucinações, chamavam o polo produtivo, criador de mundos do coletivo⁵⁴. Por outro lado, usuários que não tinham um sofrimento psíquico tão intenso, estando em momentos ansiosos ou entristecidos, passaram também a participar do espaço, sem se sentirem excluídos. Além disso, aumentou o número de mulheres no grupo, antes de perfil quase absolutamente masculino.

Continuávamos pensando em como movimentar o grupo e sentamos para fazer um planejamento em Novembro de 2016. Pensamos em propor alguma atividade mais *oficinada*. A horta já tinha nos ensinado que era possível democratizar os fazeres quando eles não necessariamente passassem pela palavra, mas tivessem algum tipo de matéria/produto a ser

⁵⁴ Essa definição dialoga com a traçada por Deleuze e Guattari (2010), sobre um pólo *esquizo* da esquizofrenia, que engendraria sua potência de itinterância, desapego às rotas estabelecidas e constituição de outros mundos.

moldado. Pensamos em fazer um churrasco de final de ano. Todos nós gostávamos de churrasco. Imaginamos que os usuários também.

Cogitamos fazer o encontro na escola de samba do bairro, mas Anderson ofereceu o terraço da casa dele. Organizamos então para que o processo todo incentivasse a autonomia dos usuários. Com um mês de antecedência combinamos que guardariam 15 reais para o dia, conversando com seus familiares para isso, se necessário. Quem não tivesse, nós pagaríamos. Era importante trabalharmos a questão do dinheiro com eles, pois muitos passaram a ocupar a posição de *doentes mentais* frente às famílias e não mexiam mais com quantia alguma, ou no máximo, o faziam num nível *infantil*, como ir comprar pão na esquina. Fizemos primeiro um encontro para definir a lista do que gostaríamos de comer, pedindo que cada usuário sugerisse um alimento que gostava. Na semana seguinte, fomos ao mercado, nos dividimos em pequenos grupos mistos de profissionais e usuários e levantamos os preços dos produtos. Conseguimos impedir que os usuários mais *articulados* fizessem todo o trabalho, fazendo com que os mais *cronificados* tomassem frente.

Depois desse processo compartilhado de preparação, fizemos o churrasco. No dia, realizamos as compras juntos no mercado e caminhamos para a casa de Anderson. O espaço disponível era uma laje, em um terreno alto. Via-se ao longe a Avenida Brasil, que, silenciosa, parecia um rio de asfalto onde as máquinas prateadas fluíam.

Eu, apesar de ser gaúcho, poucas vezes assei na vida. Nenhum dos outros coordenadores sabia fazê-lo também. Os usuários novamente tomaram a frente, manejando a churrasqueira. João apareceu com alguns litros de Antártica, confesso que tomei alguns goles no brinde e após o brinde. Dividimo-nos para fazer a salada e organizar o espaço, carregando sofás e cadeiras do andar de baixo para a laje. Teve pão, alcatra, linguiça, coração, molho à campanha e farofa. A esposa de Anderson fez arroz na cozinha. Foi uma tarde incrivelmente agradável. Sentia-me em alguns momentos como se estivesse em um churrasco entre amigos, tranquilo. Seu Paulinho, sambista reconhecido da região e que ocasionalmente participava do grupo, trouxe seu violão. A força de suas composições falando sobre a perda de sua esposa e de sua paixão pelo samba faziam um ótimo pano de fundo, apesar de suas dificuldades em tocar o instrumento.

Seguiram-se outras atividades, o grupo articulou na Clínica da Família uma exibição aberta do filme que havia sido lançado recentemente sobre Nise da Silveira (BERLINER,

2016)⁵⁵. Visitamos alguns meses depois o Museu do Inconsciente, no Instituto Municipal Nise da Silveira em Engenho de Dentro onde a psiquiatra trabalhou⁵⁶. Muitas outras atividades se desenvolveram. Até agora, acompanhamos como um redirecionamento da coordenação para uma postura mais ativa, combinado com uma aposta em atividades práticas, cujas bases são saberes dos usuários, gerou um aumento da movimentação no grupo. Foi possível soprar para longe, na maioria do tempo, o ar cronificante que se estabilizava ali.

Da mesma forma, produziu-se um funcionamento do espaço com gestão mais compartilhada e assimetrias menores nas relações de saber-poder. Um direcionamento a múltiplas vozes, formando um comum entre elas. A rotulação diagnóstica, que impregnava a percepção dos usuários de como agir no grupo amainava-se, eles podendo contribuir a partir de outras histórias, posições, habilidades. Suspenderam-se a ilusão espontaneísta de que o silêncio e o falar livremente dariam lugar para processos terapêuticos democráticos ou respeitosos às singularidades. A coordenação passava a ter um papel distinto: agia de forma propositiva e fazia a palavra circular, porém, no momento em que as atividades se estabeleciam, como na horta, ou no churrasco, se posicionava em segundo plano, deixando os processos fluírem, sem muito intervir. Os profissionais ativamente sugeriam outros jogos, mas após esse ímpeto inicial, estabeleciam-se regras e posições compartilhadas, onde os saberes técnicos já não eram os essenciais, meramente compondo com os trazidos pelos usuários.

No início de 2017, após a troca de gestão na prefeitura, houve anúncios por parte da secretaria de saúde sobre cortes nas Clínicas da Família e que essas trabalhariam com equipes reduzidas (G1, 2017a). Tradicionalmente os cortes no município do Rio de Janeiro incidem sobre o NASF e os ACS. Na mesma época também, nossos salários atrasaram por dois meses seguidos. Achamos importante levar essas informações ao grupo, já que, ao vermos nossos empregos ameaçados, entendemos que aquele espaço também estava, e que, como o grupo pertence principalmente aos usuários, eles precisavam estar cientes dessa ameaça. Houve uma importante reação de solidariedade dos usuários, que demonstraram indignação e até se ofereceram para fazer um abaixo-assinado exigindo a permanência da equipe na UBS. Simultaneamente começaram a faltar de forma regular os principais psicofármacos distribuídos na UBS, utilizados por diversos participantes do grupo.

⁵⁵ Nise da Silveira foi uma psiquiatra que trabalhou no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro, ou Hospital Pedro II. Criou metodologias para o trabalho com a arte junto aos pacientes e se contrapôs às metodologias violentas e de tortura utilizadas na época no tratamento aos internos.

⁵⁶ O Museu do Inconsciente abriga as obras realizadas pelos internos do hospital à época do trabalho da psiquiatra Nise da Silveira e em momentos posteriores.

Todo esse caldo, somado com o momento político caótico do país, permitiu que engatássemos encontros sucessivos conversando sobre a situação política atual. Surgiu de maneira muito forte a indignação frente à corrupção. O lema geral de que *políticos são todos iguais* também apareceu com força. Houve uma participação importante de diversos membros, a palavra circulava. O grupo passou a dividir-se entre esse tema e a conversa em torno das histórias de sofrimento dos usuários. Mesmo ao falar sobre os casos individuais, se gerava uma conversa com vozes mais múltiplas e menos direcionadas aos coordenadores. Os usuários conseguiam perguntar, intervir e também se conectar com as histórias dos outros, apesar de várias vezes o funcionamento antigo do grupo voltar.

Surge a vontade, entre alguns coordenadores, de o grupo canalizar essas discussões políticas em alguma movimentação que transcendesse os limites dos encontros semanais. De tentar ir além da crítica e da queixa e trazer a política para o cotidiano. Conversamos sobre as diversas dificuldades dos usuários de acessar os serviços da UBS, chegamos a pensar sobre chamar a gerente para discutir esses aspectos no grupo, mas não conseguimos avançar muito. Organizamos a ida de membros do grupo para o ato do dia da luta antimanicomial⁵⁷. Antes da manifestação fizemos um encontro preparatório, no qual retomamos as histórias de tratamento de cada um, incluindo a violação de direitos que passaram nas internações. Ligamos esses relatos com o movimento da reforma psiquiátrica e após fizemos uma oficina de elaboração de cartazes para levar ao ato, sintetizando algumas demandas.

Na esteira dessas modificações coletivas, os participantes passaram a trazer novas questões. Perguntavam por que *adoeceram*⁵⁸, por que viam e ouviam coisas que os outros não viam, nem ouviam. Trouxemos um pouco da nossa visão de como o sofrimento psíquico acontecia *no mundo, em relação* com as famílias, comunidades, sociedade onde eles viviam. Citamos a questão do neoliberalismo produzindo falta de empregos, competição e solidão, os conflitos armados nas comunidades, as pesquisas que ligam desigualdade social a aumento da frequência de esquizofrenia. Colocamos que a forma como adoeciam se relacionava com a política. Contudo, ainda era uma abordagem muito pedagógica, conscientizadora.

O mais importante se produziu quando levantamos os momentos nos quais os participantes passaram pelos primeiros surtos, internações ou sofrimentos mais intensos.

⁵⁷ O Dia da Luta Antimanicomial é comemorado nacionalmente no dia 18 de Maio, sendo um dia simbólico para a consolidação dos direitos dos usuários com sofrimento psíquico ao cuidado em liberdade. Anualmente, o Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro realiza no centro da cidade um ato que reúne centenas de pessoas nesse dia.

⁵⁸ Termo trazido pelos usuários e que acabamos mantendo nas conversas, apesar de não concordarmos com a definição de doença mental. É impossível desmontar tudo ao mesmo tempo.

Histórias que em outros momentos haviam aparecido no grupo como vivências pessoais longamente narradas e desconectadas umas das outras, naquele momento apareciam como que *em rede*. Augusto, o alto, relatou que seu primeiro momento de desorganização se deu quando foi perseguido por um chefe racista, em seu trabalho como gráfico. Puxou e mostrou sua carteira da firma, bastante amarelada, como comprovação orgulhosa de sua antiga profissão. Antônia relatou ter sofrido um estupro na infância por um parente. Monique foi abandonada pelos pais e cresceu trabalhando como doméstica em uma casa de família, desde os nove anos. Antonio sofreu assédio moral de um chefe no trabalho. Elaine relatou que começou a sentir-se muito ansiosa ao tentar conciliar os cuidados de sua filha deficiente e dois empregos para sustentar o tratamento da mesma. Claro que não há unicausalidade entre o que dispara um surto e tudo que vem depois, alguma espécie de trauma originário. Contudo, são episódios marcantes e, nos que foram levantados, aparece uma clara convergência entre diversos tipos de discriminação, violência e exploração, envolvendo relações de classe, raça, gênero, entre outras.

Conseguimos, a partir das posições onde operavam as opressões sobre cada um, construir uma aliança lateral, engendrando um comum (FOUCALT; DELEUZE, 2012). Surgiam identificações entre eles, assim como desnaturalizavam-se as explicações que haviam recebido anteriormente de outros profissionais sobre sua forma de adoecer. Construía-se de forma autônoma outro campo explicativo, de autoria daquele grupo, ligado às diversas redes de fora, às situações onde se produziam aquelas vidas, muito mais que aos diagnósticos e medicações. Conseguia-se, a partir dessa colagem entre o disparo dos sofrimentos intensos de cada um, reconhecer que havia uma situação coletiva por trás do adoecer. E se fazia isso não a partir da explicação da coordenação, mas do encadeamento das histórias dos participantes. A tão falada articulação entre política e cuidado produzia-se na prática. A questão da determinação social da saúde saía do plano teórico, da mão dos acadêmicos, para apresentar-se em ato.

Alguns caminhos para produzir esse tipo de cuidado estão na visualização e desenvolvimento de saberes localizados (HARAWAY, 1995). Entendem-se esses como a possibilidade de um conhecimento em posição, com ênfase no saber dos subjugados, fazendo isso de forma não romantizada ou ingênua, mas analisando as implicações decorrentes do lugar de onde se enuncia o saber. “São propostas a respeito da vida das pessoas; a visão desde um corpo, sempre um corpo complexo, contraditório, estruturante e estruturado, versus a visão de cima, de lugar nenhum, do simplismo.” (HARAWAY, 1995 p. 30).

A produção do comum no cuidado seria a arte de articular perspectivas parciais, apostando na constituição de um campo expandido de saberes e práticas, que incidam sobre as condições de saúde. Trabalhar com múltiplas perspectivas dissonantes, constituir possibilidades de tradução, em um veículo que enfatize os fazeres menores, e que se faça máquina de multiplicar a potência desses pontos de vista, exatamente ali onde as relações de poder infligem as dobras mais doloridas, cunhando uma resistência. A partir das tecnologias adequadas, é possível engajar-se em um esforço de “prestação de contas e de responsabilidade por traduções e de solidariedades vinculando as visões cacofônicas e as vozes visionárias que caracterizam os saberes dos subjugados.” (HARAWAY, 1995, p. 33)

Um saber corporificado e político sobre a determinação saúde-doença constituiu-se no relato acima, a partir das diversas perspectivas localizadas existentes no grupo. Essas formavam ali uma rede, operando de forma mais efetiva do que as explicações oferecidas pelos coordenadores partindo de análises externas. A informação acachapante, o esforço teórico como tentativa universalizante, podem invisibilizar os micromovimentos, afirmando posições distantes e esvaziadoras dos viveres. A primeira direção da coordenação do grupo, ao trazer informações sobre o processo saúde-doença na sociedade, somente faz sentido quando entra em complementação ao que emerge da experiência dos usuários. Corporizar e localizar as práticas significa trazer de volta a multiplicidade de olhares para o jogo, construir um mundo composto por mais vozes. Esse é o olhar que devemos ter na saúde da família. No intuito de dobrar as linhas de visibilidade de outra forma e permitir que se expandam as conexões, é necessário buscar quais vozes encontram-se excluídas, lançando mão de tecnologias que promovam sua expansão, fomentando alianças com ainda mais vozes marginais – sempre atentos para o risco de captura inerente a esses movimentos.

3.5. Seu Paulo ou Habitando os Paradoxos

Certo dia, em um encontro do grupo citado acima, compareceu seu Paulo, um idoso acompanhado por sua filha e sua esposa. Ele havia passado por um surto psicótico recente, momento no qual a família o levou à emergência psiquiátrica. Essa crise era um ponto fora da curva, se comparada aos últimos anos da vida de Paulo. Já havia passado por surtos anteriores, há algumas décadas, inclusive com históricos de internações. Depois se engajou em atividades que constituíram uma liga bastante consistente para o seu viver e inclusive parou de usar qualquer remédio. Primeiro abriu uma marcenaria junto com o filho, negócio que foi bem sucedido, no qual trabalhou por vários anos. Após, passou a frequentar de forma

assídua uma igreja neopentecostal, onde se tornou **obreiro**, participando da construção dos templos e de sua gestão regular⁵⁹.

O usuário se expressava de maneira clara, entretanto suas expressões faciais ficavam escondidas atrás de um descontextualizado chapéu de palha. Relatava ser perseguido por saber de abusos sexuais e desvios de dinheiro realizados pelo pastor de sua igreja. Misturava a esse fato elementos que pareciam delirantes, trazendo que o pastor teria escondido pequenas quantias de dinheiro embaixo de altares em vários lugares da cidade, por exemplo. Sua família demonstrava descrédito em relação a sua história, dizendo que era fruto de sua imaginação e chamavam os coordenadores do grupo a concordarem com sua posição. Pontuavam que Paulo realmente era explorado pelo pastor dessa igreja, que utilizava de sua boa vontade para fazê-lo realizar serviços excessivos para sua idade. Obrigava-o a passar dias inteiros cuidando do templo, sem alimentação. Começou então uma discussão na família e o tom se elevou, visando que o usuário admitisse que estava delirando quanto a elementos de sua fala. Todos falavam ao mesmo tempo, tornava-se difícil entender o que estava sendo dito. Enquanto isso, os demais participantes ficavam silenciosos, alguns impressionados com a situação, outros só perdidos.

Parecia haver um chamado da família para que os profissionais desqualificassem tecnicamente as histórias trazidas por Paulo, provando a ele e a família que não passavam de invenções e que com essa correção ele **retornasse à realidade**. Contrariando essa expectativa, pontuo então que naquele grupo *era tudo verdade, acreditávamos em todos*. Digo que *ali se podia inclusive acreditar em relatos contraditórios – por exemplo, que o pastor teria realizado os abusos sexuais e também não os teria realizado*. Ou seja, naquele espaço se entendia que cada um via o mundo de uma forma diferente e que não era necessário que todos o vissem da mesma maneira. Nesse sentido, não era necessário escolher entre as posições divergentes que aparecem, mas declarar todas igualmente válidas: **acreditar em tudo**. A tarefa que se põe é a de sustentar a permanência de múltiplas e paradoxais versões, em espaços de composição entre diferenças, inclusive onde elas parecem irreconciliáveis. Caso se pergunte se seria absurdo conduzir um cuidado tão longe do conceito de realidade, pode-se responder

⁵⁹ Com alguma frequência se encontram casos na Atenção Básica de usuários com histórico de surtos psicóticos importantes, que em algum momento param de experienciar alucinações e delírios. Esses processos ocorrem normalmente a partir da construção de outros territórios existenciais – relacionamentos amorosos, nova relação com o trabalho, relação com a religião, etc. - e sem ajuda medicamentosa ou de tratamento especializado. Nesse sentido contrariam muitas das postulações da psiquiatria especializada: de que a esquizofrenia não tem cura, ou de que o uso de medicações por pacientes com esse diagnóstico deve se dar durante toda a vida. É temática interessante de ser explorada em outros estudos.

como o poeta que se indaga: “Me contradigo? Tudo bem, então me contradigo, (sou vasto, contendo multidões.)” (WHITMAN, 2005, p.129)

Assim, formulamos uma direção ética: *deixar que todos venham*⁶⁰. Permitir que se levantem o máximo de afetos e histórias possíveis. Garantir que os diversos membros – de um grupo de profissionais ou usuários, de uma família atendida – sejam escutados, com especial atenção para que as posições circulem, valorizando as visões diversas. Ativamente intervir para que os saberes sejam tratados de forma democrática, potencializando as singularidades das experiências, buscando seus pontos de diálogo. Evitar o monopólio da palavra por alguns dos participantes. Ter especial atenção às hierarquias, acompanhar como elas se instituem e agir a partir das estratégias de apoio para desmontá-las. Compensar, através de falas e cortes, as maiores facilidades experimentadas por alguns ao se colocarem nos espaços: das pessoas com mais anos de formação e experiência em relação às com menos tempo de estudo e prática; dos homens em relação às mulheres; dos pais em relação às crianças; dos cuidadores em relação aos portadores de transtorno mental. Tentar, dessa forma, defender o direito de fala dos que normalmente são menos escutados. Garantir que as posições contraditórias apareçam, evitando as totalizações, a constituição de histórias únicas (ADICHE, 2016). Mediar as diversas verdades, buscando que constituam um comum. Não temer os paradoxos, mas explorá-los, formando um mosaico de diferenças.

É importante estar à espreita dos estereótipos moralizantes que distanciam profissionais e usuários e impedem que se vislumbrem as potências do encontro. Muitas vezes nós, profissionais do NASF, esperamos realizar uma atividade de apoio a *profissionais prontos*. Quando não aparecem à primeira vista as características desejadas nos trabalhadores apoiados, passamos a uma simples negação das possibilidades do fazer junto, ignorando outros fatores que determinam o encontro, como as formações privatistas das universidades e as gestões gerencialistas das secretarias de estado. Importante notar quais são as práticas que, mesmo fora do enquadre tomado pelo apoiador como ideal, são potentes na construção de outro cuidado, um olhar para as brechas. Da mesma forma, ao trabalhar-se com um usuário é muito comum esperar que ele siga as prescrições de um modo de vida adequado: saudável, boa alimentação, pratique exercícios físicos, trabalhe, ou que seja independente.

Ao exercermos o apoio/cuidado não estamos nunca sozinhos, muito menos em uma relação dual. Há sempre uma série de posicionamentos que podem se afirmar, repetir ou

⁶⁰ A presente direção ética teve sua primeira formulação construída em conjunto com a colega de mestrado Camilla Martins e a orientadora desse trabalho Kátia Faria Aguiar, na elaboração de um artigo sobre práticas desmedicalizantes.

reinventar a partir de como agimos. Diversas expectativas, fluxos parciais cruzam quem se encontra, onde é necessário pensar os posicionamentos dialogando com os *interlocutores invisíveis* (Lancetti, 2006) de todos os presentes. É essencial que, antes de nos precipitarmos em interpretações entendamos como essas posições se constroem. O que um profissional apoiado deseja quando solicita auxílio do NASF? Normalmente ajuda para dar conta de um caso que se julga sem recursos para resolver sozinho – pode ser alguém obeso, ou em surto psicótico. Essa demanda é válida, tanto quanto o interesse do profissional NASF em realizar um apoio técnico-pedagógico, ou seja, enquanto realiza o cuidado ao caso, tentar incrementar as habilidades do profissional apoiado para lidar com situações parecidas. Claro, as duas não são demandas naturais, mas construídas na história de cada profissão, serviço, equipe. O que é possível produzir no encontro entre essas demandas? O mesmo vale para o caso de Paulo. A família queria uma validação da insanidade dos comentários do senhor. Já o usuário queria uma solução para o seu sofrimento atual, no qual se encontrava bastante desestruturado, pois a igreja era um pilar central na constituição de seu território existencial. Contudo, pretendia fazer isso sem que se invalidassem suas percepções de mundo. Todos queriam a melhora de Paulo, que ele voltasse a se sentir bem e fazer as atividades que gostava. É necessário traçar um comum entre essas posições para operar o cuidado - claro que com ênfase maior a opinião de Paulo, por ser ele o protagonista da história.

Quando se toma de antemão que os usuários devem seguir fielmente as prescrições dos profissionais que atuam no cuidado, ou que profissionais da EqSF devem seguir as prescrições dos apoiadores, qualquer forma de viver/trabalhar fora das figuras ideais *usuário que adere ao tratamento*, ou *profissional engajado em um cuidado ampliado* acabam excluídas, impedindo o encontro. Cria-se uma relação hierárquica e reprodutora de discriminações – machistas, racistas, elitistas, tecnicistas, ou academicistas. Partir do reconhecimento do outro – trabalhador e usuário – como alguém *em pé de igualdade*, independente de compartilhar conosco saberes técnicos, ou posições políticas quanto ao funcionamento do SUS, é um passo importantíssimo. Poder habitar o plano das multiplicidades sem hierarquizar, sem partir de um julgamento ideológico, mas de olho no que pode deslizar. Evitar as críticas que ofuscam o que acontece e as idealizações que nos desresponsabilizam.

3.6. Seu Marcos ou Quando o Dia-a-dia Resiste

No congresso da Rede Unida, em Fortaleza, assisti a fala de uma médica boliviana, chamada Vivian Camacho (2014). Era de origem indígena e vestia-se à maneira tradicional no país, usando diversas camadas de um vestido rendado e um chapéu coco na cabeça. Contava sobre as modificações pelas quais a Bolívia passou na última década, focando no sistema de saúde. Dizia que a folha de coca, cultivo tradicional boliviano que envolve boa parte da população - seja plantando ou mascando suas folhas -, durante décadas teve sua circulação restrita, com quantidades máximas a ser carregadas por cada cidadão e um controle extremo sobre o plantio. Isso acontecia devido à aliança do governo boliviano com as agências internacionais de combate às drogas e o governo estadunidense.

Descrevia que, a partir das lutas dos movimentos cocaleiros, a circulação e o plantio de coca no país haviam se tornado mais livres, gerando maior liberdade para as práticas tradicionais em torno da folha. Em uma reação anticolonial, afirmava-se um modo de vida, de plantar, de circular no país; formas de relacionar-se comercialmente, fazer uso de plantas que carregam culturas, saberes e propriedades sagradas. Vivian contou haver um esforço atual de, na expansão do sistema de saúde, incluir a medicina tradicional, abrindo espaços de diálogo interculturais. Que havia locais onde curandeiros tradicionais e médicos com formação científica atendiam conjuntamente. Que em algumas comunidades indígenas a coletividade dos moradores geria os equipamentos de saúde.

Algo chamava atenção naquela fala, na maneira como a médica defendia com unhas e dentes essas mudanças, como as palavras saíam como gritos certos de seus pulmões. Ela não estava defendendo uma forma de cuidado, uma forma de plantio. Ela estava defendendo sua vida e a vida de sua comunidade. O risco que estava em jogo não era provindo de uma forma de organizar um sistema de saúde inadequada, uma regulamentação agrícola que ela considerasse injusta. O risco ali era da eliminação dos modos de vida de seu povo. E o que ela defendia também chamava a atenção. Não era um isolacionismo, algo como: *ocidentais, não cheguem perto de nossa cultura porque senão vocês irão apagá-la*. Havia um entendimento de que existem desenvolvimentos notáveis na cultura do ocidente e que seu povo não precisa prescindir desses. Mas, imperava construir uma entrada onde o seu povo saísse fortalecido. Traçar um diálogo possível da cultura tradicional com as práticas de cuidado ocidentalizadas, onde um saber menor pudesse se afirmar. E a partir daí formar híbridos potentes.

Pode-se pensar algo parecido sobre o cuidado comum na Saúde da Família. Produzir práticas misturadas às redes de vida do território. Forjar fusões e acompanhá-las. Por vezes é

mais potente que uma neta auxilie um idoso acamado a realizar exercícios fisioterápicos, após orientação profissional, do que a realização de uma sessão diária em centro especializado. O cuidado no primeiro caso produz um ato afetivo, em casa. É realizado, se houver interesse, escutando a música que lhes convém, no horário mais fácil para a família. Há todo um contexto, uma tessitura firme e delicada de relação que se coloca ali e que recheia esse fazer de diversas outras propriedades. Para prestar apoio a uma família que cuida de um idoso acamado é necessário entender a cultura de cuidado nesse núcleo, acompanhando as diversas nuances que fabricam essa relação. Por exemplo, é essencial saber como era o relacionamento desses familiares com o idoso antes que ele tivesse restrições de mobilidade. Se não conseguirmos acompanhar essa trama, nenhum familiar se disporá a colocar a mão nesse senhor para virá-lo à noite, nem se exporá a cuidar de suas escaras. Poder acompanhar esses traços, desvelar o afeto existente no que outros consideram puros procedimentos: essa é a efetivação do princípio do SUS da integralidade. Fazer junto ao que há de mais singular nas famílias, não estaria aí um caminho possível de construção do comum? Como nos diz Mehry (2014), trabalhar com a integralidade é engravidar as práticas, engravidar as palavras. Recheá-las de uma multidão de significados e de saídas múltiplas.

Quando trabalhava na Clínica da Família Felipe Cardoso, no bairro da Penha, atendi a família de Seu Marcos, morador da comunidade do Grotão. Seu Marcos era um senhor de aproximadamente sessenta anos, que sofrera um Acidente Vascular Cerebral (AVC) recentemente, tendo ficado com sequelas na movimentação de todo seu lado esquerdo do corpo. Fui fazer uma visita com a ACS que identificou o caso, Angélica, uma pessoa afetiva e preocupada, que alternava uma motivação para o cuidado com momentos de culpabilização do usuário e frustração. Seu Marcos demonstrava-se bastante fragilizado, chorava por qualquer motivo. Não conseguia descrever os porquês de seu desânimo, soluçava muito, enquanto seu rosto se tornava ao mesmo tempo infantil e assustador, como aquelas máscaras japonesas. Recebia uma fisioterapeuta particular duas vezes por semana, porém se recusava a fazer as atividades prescritas por essa. Saí da primeira visita com uma sacola cheia de cajuí bastante vistosos, que vinham de um pé que dona Doralice, irmã de Marcos mantinha em seu quintal. Também saí com a cabeça cheia de dúvidas, se havia algum caminho para motivar o tratamento desse homem.

No segundo encontro pensei em me aproximar através de algo que houvesse de semelhante entre nós. Falei que era torcedor do Grêmio e perguntei se ele gostava de futebol. Contou que era botafoguense, que antigamente acompanhava de perto seu time. Lembrou-se dos ídolos e glórias antigas. Fomos chegando mais perto.

A irmã Doralice também se revelou bastante entristecida. Coloca que deixou o trabalho em uma creche, que referia como prazeroso, para cuidar do irmão. Passou a tecer sua vida em torno dele e sentia que falhava de forma muito dramática quando o via desanimado e incapaz. Relatou que, em outros momentos de sua vida tomou atitudes parecidas: seus pais também sofreram AVC com sequelas e ela foi a principal referência de cuidado. Nesses momentos abandonou o trabalho para cuidá-los e ambos eram resistentes ao tratamento. Marcos recusava-se a fazer as atividades básicas do dia-a-dia e a irmã prontamente fazia por ele. Contou que ele veio para sua casa a pedido da esposa Luzinete, que, também doente (diabética), disse não conseguir realizar os cuidados do marido naquele momento, o que o magoou profundamente.

Combinei com a ACS que ela visitaria quinzenalmente àquela família, enquanto eu a acompanharia mensalmente. Nas visitas, Angélica iria tomar um *chá de comadre* com Dona Doralice e incentivá-la a retomar espaços de autocuidado e lazer. Já junto a Marcos, iria escutar com calma suas histórias, deixar que chorasse bastante e, se não se sentisse à vontade de falar, permaneceria em silêncio. Foi-se criando uma proximidade afetiva com a família. Parecia que tínhamos desenhado o problema, encontrado certa fantasmática em torno do cuidado, mas nos víamos um pouco empacados quanto ao que fazer com essa análise.

Chamamos Luzinete para conversar, relatando sobre as mágoas que Marcos tinha guardado no desenrolar da situação atual. Nesse, dia o próprio não conseguiu falar muito e a esposa se colocava de forma queixosa, definindo-se como incapaz de cuidar. Sugerimos a ela que repensasse sua posição e aventasse a possibilidade de que, em um momento seguinte, voltassem a morar juntos. A Terapeuta Ocupacional do NASF nos acompanhou em uma visita seguinte e indicou diversas ações cotidianas que Marcos deveria fazer sozinho, sem ajuda. Essas substituiriam em parte a função dos exercícios de fisioterapia. Doralice de forma nenhuma deveria auxiliá-lo. Assim, o usuário passou a servir-se de água, tirar e colocar a roupa e esquentar suas refeições no microondas.

Em uma visita seguinte, Marcos relatou que sua esposa o havia convidado para voltarem a viver juntos. Após o convite, ele se colocava reticente, temeroso que voltasse a ser dispensado caso sua situação de saúde piorasse. Doralice também se colocava contrária à ideia, com medo de que logo Luzinete cansasse da presença de Marcos e o mandasse embora. Se isso ocorresse, a irmã entendia que teria que abandonar sua vida novamente para cuidar do irmão. Incentivados pelos conselhos da ACS Bárbara, ensaiamos junto ao usuário como esse poderia falar de seus temores à esposa. Combinamos que iria conversar com a esposa na semana seguinte e voltaríamos em quinze dias para saber o que havia passado. Recebi a

notícia em uma semana, pela ACS, que seu Marcos havia se mudado para a casa de Luzinete e que não necessitávamos mais atendê-lo.

Importante colocar que nesse caso o que funcionou foram as práticas mais simples. Escutar uma história e ligá-la ao presente. Tomar um *chá de comadre* e incentivar alguém a aproveitar as coisas boas da vida. Enfatizar as práticas diárias na reabilitação, no lugar de exercícios artificiais. Ajudar seu Marcos a formular a conversa com sua esposa. São práticas comuns orquestradas, formas de cuidado e fazeres do dia-a-dia que colocamos a funcionar no sentido da autonomia da família. Nenhuma hiperinterpretação ou linha de significações. Nenhuma grandiosíssima invenção clínica, formas alternativas de cuidado, que envolvessem desenhos, a poesia. Fazer com que o dia-a-dia resista e se transforme, sem meios ou metáforas. Um cuidado metonímico, uma clínica mínima (ROMAGNOLI et.al., 2009), fazer música com panelas, ao invés de esperar um conjunto inteiro eletrificado. Tensionar junto às famílias para que as redes de afeto ressoem de outra forma, desligadas das máquinas de culpabilização. Buscar as possíveis interseções entre os territórios existenciais dos profissionais e dos usuários – o futebol, o gosto por caju, o fato de Doralice e Angélica morarem na mesma comunidade. Fazer que, na familiar diferença, esses territórios se encontrem, se turvem.

Um fazer na presença, onde não há necessidade de pensarmos mecanismos de isolamento, de respeito às posições, mas onde o desmonte do espaço de cuidado clássico é o caminho que opera, seguindo as trilhas iniciadas pela desinstitucionalização. Guattari (2012) nos coloca que:

“O inconsciente permanece agarrado em fixações arcaicas apenas enquanto nenhum engajamento o faz projetar-se para o futuro. Em suma, os engodos fantasmáticos e míticos da psicanálise devem ser desempenhados e desmascarados e não cultivados e cuidados como jardins à francesa!” (p.21)

No caso, o que podemos acompanhar no primeiro momento de intervenção foi o mapeamento dessas fantasmáticas na família. Mesmo com esse levantamento realizado, parecia haver uma grande dificuldade de produzir transformações, ao passo que, também aventadas as necessidades de tratamento fisioterápico e os procedimentos necessários para que esse se efetivasse. Não havia aderência ao tratamento - para usar um termo caro ao cuidado simplório em saúde. Guattari (ibid.) coloca que o cuidado em saúde mental deveria levar em conta a “capacidade de circunscrever as cadeias discursivas em ruptura de sentido” (p.40). Era isso que de alguma forma fazíamos, escutando a história da família e buscando

reassignificá-la, movimento até ali insuficiente. Mas, o autor também coloca que o cuidado para se efetivar necessita “operar conceitos autorizando uma autoconstrutibilidade teórica e prática.” (ibid., p.40) Ou seja, é necessário proceder a uma análise, mas essa, para operar, deve acompanhar necessariamente uma pragmática. E é nesse momento que o caso da família de seu Marcos passa a andar. O momento no qual apostamos nas práticas de conversa comuns no território, como as conversas de comadre entre Angélica e Doralice, as escutas despreziosas da história de vida de Marcos. No qual saímos da ênfase em realizar os exercícios fisioterápicos e focamos na execução de práticas do dia-a-dia.

Pensamos o cuidado na Atenção Básica como um vivenciar: a possibilidade de projetar experiências resignificadoras e de esquecimento a partir dos fazeres diários. O consultório perde seu espaço mítico, passando a ter um lugar coadjuvante quando temos outras carnes nas mãos, toda suculência, recheio e densidade da vida cotidiana. Pode se sonhar no extremo, com seu próprio desaparecimento como setting. Um cuidado que constrói o comum, ajuda a tecer singularizações a partir dos atos do dia-a-dia. O Acompanhamento Terapêutico e a Visita Domiciliar passam a ser o paradigma. A saúde da família em sua proximidade é um espaço adequado para essa radicalização da prática desespecializada (PASSOS, 2009), da aposta na vida como principal fio condutor para a tessitura de outros caminhos, performando e demascarando os mitos. Experimentar-se por fazeres, tarefas.

De alguma forma esse roteiro descrito por Guattari (2012) dialoga com um roteiro que fui cunhando, nas minhas práticas como psicólogo na Atenção Básica. Saído de uma formação clínica com influência psicanalítica e do setting terapêutico clássico, fiquei bastante fascinado com ferramentas utilizadas por colegas que trabalham com a terapia sistêmica, fazendo combinações junto aos usuários, propondo tarefas para realizarem no seu cotidiano. Essas podem ser das mais concretas - arrumar o quarto, caminhar semanalmente, conhecer um centro cultural -, às mais subjetivas - conversar sobre um tema com a esposa, evitar levantar a voz, pensar sobre o que lhe dá prazer. Via nisso uma pragmática clínica, uma possibilidade de evitar um campo excessivamente simbólico, sem necessariamente passar por intermediários estranhos a alguns usuários como, por exemplo, o recurso aos fazeres artísticos, mas usando os próprios recursos do dia-a-dia. Entendia poder roubar algumas tecnologias dessas teorias, sem precisar compactuar com todas suas tessituras técnico-teóricas, às quais mantenho muitas críticas. Esse uso das combinações mantém semelhança a práticas que admiro em minhas colegas nutricionistas, que fazem malabarismos para pactuar dietas a partir de reinvenções da cesta básica e do uso de alimentos que mantem relação com o contexto sociocultural das

famílias. Um fazer menos relacionado a técnicas rebuscadas e mais próximo a conselhos, conversas entre amigos, vizinhos, aos quais os usuários pareciam estar mais acostumados.

Passei a fazer combinações com as pessoas que atendia e, inclusive, a *receitá-las*, escrevendo os acordos em receituários de medicação, que também carimbava. Quando comecei essas práticas, muitas vezes me afobava, tentava lançá-las antes da hora e os usuários obviamente não conseguiam cumpri-las. Notei então que o fato de buscar certa pragmática no cuidado não anulava a necessidade de uma tessitura simbólica, uma fabricação de relação que fizesse com que essas emergissem com o peso do vínculo e não se tornassem prescrições mecânicas. Era necessária a produção de um recheio afetivo para os fazeres, no mesmo passo que era preciso se precaver para não se perder nas linhas de interpretação rebuscadas, esses vícios das palavras. Além disso, via que por vezes as combinações não eram cumpridas, mas somente o trajeto de pensar em direções práticas para lidar com o sofrimento, de os usuários pensarem que os atos do dia-a-dia afetavam a maneira como se sentiam, já era um passo.

A partir desse movimento, se criava uma base mais inteligível para as práticas de escuta, que por vezes soavam misteriosas ou confusas para os usuários. Pareciam para alguns mais um método inquisitório do que uma tecnologia produtora de mudanças. Entendendo que pactuações práticas, modificações na rotina poderiam ter um efeito sobre sua saúde, os usuários inventavam suas próprias combinações consigo mesmos, como se repaginassem o método e o usassem à sua maneira. Dessa forma, não sabemos se a conversa de seu Marcos com a esposa teve algo a ver com o que ensaiamos. Mas, sabemos que ela aconteceu e teve algum efeito. Marcos planejou, vivenciou e repaginou o que ensaiamos: tomando a prática para si e a adulterando com toda liberdade.

3.7. Júlia ou o Cuidado como Amizade

A ACS Fabiane conheceu Júlia, 20 anos, em uma visita domiciliar de cadastro. Nessa, a usuária relatou fazer uso abusivo de Crack desde os 14 anos, época em que fugiu da casa dos pais - onde sofria violência física frequente. Foi então morar no lixão de Jardim Gramacho, na região metropolitana do Rio de Janeiro, onde, *para sobreviver*, começou a se prostituir. Há mais ou menos um ano, Everton, que tem 40 anos e é seu atual companheiro, conheceu-a, por ela se apaixonou e passou a ir regularmente a Gramacho *resgatar ela daquela vida*. Em uma dessas investidas Júlia concordou em sair do lixão e foram viver juntos no bairro suburbano de Parada de Lucas. Estabeleceram uma relação entre o conjugal e o paternal, na qual Everton agia como superior e responsável pela companheira, ato que a

colocava em uma posição infantil e dependente. Júlia passava a maioria do tempo dentro de casa, principalmente devido a conselhos de seu marido, para *evitar a tentação* de ir a Gramacho, local que ela relacionava diretamente ao uso. No momento dos primeiros contatos com a ACS, estava usando somente maconha, a qual o marido comprava em quantidades baixas e lhe entregava, evitando deixá-la com dinheiro. Júlia relata que não se sente bem em circular na área onde veio morar, pois após viver por muitos anos no lixão, não sabia como se vestir e se comportar ali. Dizia-se deslocada, incapaz de entender as relações em um contexto distinto do que havia habitado boa parte da vida.

Fabiane, que recém havia sido apresentada aos conceitos da redução de danos em curso promovido pela gestão da AP, ficou bastante impressionada com o isolamento da usuária. Levantou então as atividades de interesse de Júlia e descobriu que essa nunca havia ido ao cinema. Decidiu levá-la para assistir a um filme no final de semana, no intuito de iniciar um trajeto em que a usuária pudesse ser apresentada a outras sociabilidades, conhecer outros territórios onde pudesse habitar. Após o passeio, a ACS nos relatou com alegria da beleza do momento, contando que Júlia inclusive chorou ao ver a projeção naquela tela gigantesca. Algumas semanas depois, veio encabulada perguntar aos profissionais do NASF *se poderia ter feito aquela intervenção*. Respondemos que ela tinha toda a liberdade para isso, que inclusive organizou uma intervenção muito potente. A única ressalva colocada foi que deveria realizar esses passeios em horário de trabalho, pois essa era uma ação terapêutica, que fazia parte do cuidado ofertado na saúde da família. Foi incentivada a seguir com os passeios.

A partir daí, levou Júlia para lancha no bairro e para conhecer os comércios da região. Passou a manter conversas regulares com ela por whatsapp sobre temas diversos. A jovem contatava para pedir auxílio nos momentos difíceis, quando sentia fissura do uso de drogas e também para falar trivialidades. Passou a considerar Fabiane como uma amiga, que acabou se tornando sua principal referência afetiva no bairro. Convidou-a para vê-la cantar no culto da igreja, que começava a frequentar, e para participar de outros espaços de seu dia-a-dia. O entusiasmo que Fabiane trazia em seus relatos parecia não provir somente dos avanços no caso. Havia uma alegria da descoberta, um sentimento de invenção que brilhava em seus olhos quando fazia os relatos. Era como se descobrisse que seu jeito de ser, ACS, amiga, era algo muito especial e que, podia ser usado como ferramenta central no trabalho.

Júlia, após mostrar interesse em voltar a trabalhar, combinou com seu companheiro que a levasse para distribuir currículos nos comércios da área. Fabiane indicou como lugar mais propício para isso a Praça Dois, famoso centro comercial da região. Após os contatos

com Fabiane, Júlia conseguiu reduzir seu uso, inclusive de maconha e passar alguns meses sem usar drogas, por decisão própria.

Meses depois, a jovem se mudou para outra comunidade, no bairro de Jardim América. Essa mudança gerou muito receio nela, pois residiriam em uma casa em frente à boca de fumo. A ACS segue em contato com a usuária pelo whatsapp, já que considera que estão em uma relação de amizade, mantendo bastante carinho. Relatou preocupada que, semanas após a mudança, Júlia voltou a *recair* e foi para o lixão em Gramacho usar crack. Após ser novamente buscada no local por Everton, orientamos que a usuária fosse a UBS de referência para seu endereço. A usuária relatou dificuldades de ser atendida nesse espaço, se deparando com barreiras de acesso. Fabiane seguiu reforçando através do whatsapp as práticas que tinham construído juntas, as ferramentas que haviam cunhado para que Júlia abrisse novas paisagens, esperando que a usuária pudesse seguir as operando na sua ausência. Júlia ainda teve no percurso outros retornos a Gramacho, mas a última notícia que recebemos dela era que havia se estabilizado em outra vida: encontrou um emprego nos comércios do bairro de Jardim América, voltou a estudar e parou de fazer uso de drogas. Conseguiu retomar contato com os familiares, antes rompidos, e estava desenhando outras possibilidades para seu viver. Não há mágica: Júlia seguia envolvida em uma relação conjugal com elementos abusivos, morando em uma comunidade violenta, mantendo tensões pesadas com a família. Entretanto, dentro dessa situação asfíxiante, a construção de uma relação de cuidado, baseada em forte presença afetiva, possibilitou o desenho de outras veredas para ela.

Já Fabiane passou a ser referência na unidade para os casos de sofrimento psíquico e vulnerabilidade, sendo chamada pelos colegas para ajudar no acolhimento das pessoas que vinham desorganizadas, moradores de rua, entre outros. Simultaneamente ao atendimento desse caso, Fabiane passou a coordenar junto conosco encontros do grupo de Saúde Mental e organizar junto com a médica de sua equipe um levantamento dos usuários crônicos de benzodiazepínicos para planejar uma iniciativa de redução de danos nesses casos, usando os chás medicinais da horta.

Observa-se o uso dos fazeres/saberes cotidianos nas ações de cuidado descritas acima. Fabiane identifica o isolamento da usuária e, a partir de suas preferências, define uma estratégia singela, mas de uma ousadia incomum, para o que está institucionalizado como seu trabalho. Levar para passear uma pessoa isolada, mostrar outras maneiras de viver a quem foi apresentada por muito tempo a uma só. Tira de casa alguém que está entristecida, sem ver outras possibilidades, em uma execução não prescritiva de conselhos populares como: você precisa sair de casa, ver gente ou casa vazia, oficina do diabo. A partir da hospitalidade, de

práticas de vizinhança, mostra os entornos do bairro, apresenta o comércio e os locais de circulação. Ao invés de aprofundar o retraimento de Júlia em sua tentativa de evitar as drogas, propõe práticas onde as conexões se multipliquem, abrindo caminho para outros projetos de felicidade. Abre a janela, a paisagem, gera movimento.

Em conversa posterior, disse a Fabiane que, sem saber, ela reinventou de forma empírica o Acompanhamento Terapêutico (AT), uma técnica que demorou anos até ser criada no campo da saúde mental. E fez isso baseada nos princípios de vizinhança e amizade. Agiu como uma Amiga Qualificada⁶¹, ressoando o termo que nomeava as experiências prévias ao AT no Brasil. Coube aos matriciadores simplesmente valorizarem essa intervenção, pontuar o quanto era admirável e criativa. Inclusive cheguei a fazer uma VD à Júlia junto à ACS, na qual realizei uma longa entrevista de anamnese e após essa definimos um projeto terapêutico. O plano pactuado foi que Fabiane seguisse exatamente a mesma condução de atendimento que já vinha fazendo. A maneira como estava organizando o cuidado era incrível e tinha bons resultados, havia construído um ótimo vínculo com a usuária. Qualquer intervenção minha, diferente de apoiar suas ações, poderia atrapalhar. Retomamos algumas vezes o caso na reunião da EqSF de Fabiane, como um exemplo educativo, visando também proteger sua margem de criação frente à direção engolfante, centrada em metas, que envolve o trabalho prescrito ao ACS. Além disso, havia a necessidade de contrapor a posição de alguns colegas, que a tiravam para maluca por suas intervenções. A usuária, a partir do mundo que abriu junto com Fabiane, passa a desejar outras formas de viver e as tece.

Interessante notar que, quando as práticas de cuidado são baseadas em roteiros cotidianos e inteligíveis, geram um efeito de aprendizagem nos usuários. São códigos abertos que podem ser colocados em jogo em situações diferentes após o fim dos atendimentos. O roteiro de expansão das conexões da vida e, portanto, de incremento da autonomia de Júlia, foi traçado de forma inicial junto à ACS. Ainda assim, tornou-se uma matriz aberta que a usuária pôde seguir usando, construindo um território existencial expandido, mesmo após sua mudança para o bairro de Jardim América e do distanciamento dos cuidados da Clínica da Família. Acontece que, ao aumentar a autonomia de um usuário, não só expandem-se as conexões existentes, mas a capacidade de fazer novas conexões. E foi isso que seguiu operando no caso.

⁶¹ Antes da institucionalização do termo Acompanhante Terapêutico, os profissionais que realizavam esse tipo de atendimento, fora do setting tradicional, eram chamados de Amigos Qualificados. (ARAUJO, 2005)

Aqui, podemos fazer uma analogia com os softwares. Há tecnologias de cuidado que nos lembram softwares privados, entre elas as tecnologias duras e leve-duras, baseadas no uso de instrumentos, protocolos. As tecnologias leves dependentes de manejo técnico, como a escuta psicoterapêutica ou os grupos centrados na figura do coordenador, operam de maneira semelhante, tendo seus códigos controlados pelo profissional de saúde. Dependem de sua presença para ter efeitos, envolvendo sempre algum tipo de pagamento, seja estatal ou privado. Já algumas tecnologias leves baseadas na reinvenção de aspectos do dia-a-dia, como visitar amigos, ir ao cinema ou entregar currículos, utilizam fazeres disponíveis a todos, podendo ser arranjadas dentro de planos terapêuticos. São como os softwares livres, de código aberto. Podem ser replicados ou adaptados em outras situações, constituindo um referencial recíproco, de manejo comum entre profissionais e usuários.

As práticas com base no dia-a-dia facilitam um direcionamento mais explícito do cuidado, definem-se planos conjuntamente entre profissionais e usuários. Enfatizam o caráter público e comum da produção de saúde. São importantes aliadas na construção da integralidade ao favorecer a entrada de múltiplas vozes nos espaços de saúde, promovendo uma polifonia entre saberes populares, tradicionais e biomédicos (PINHEIRO; GUIRARDI, 2013b). As práticas cotidianas

Quando tomadas como fonte de criatividade e de críticas, podem potencializar ações emancipatórias e de liberdade, tanto do conhecimento científico – que está aprisionado no método que o legitima e lhe confere autoridade- quanto da própria sociedade, ao possibilitar-lhe a expressão de sua participação ativa e constituinte de novos e críticos saberes sobre saúde e de fontes da sua construção (p.26).

Vemos também os saberes do dia-a-dia como material para a constituição de um plano comum entre trabalhadores (apoiadores e apoiados) e usuários. Nesse sentido, o primeiro passo é buscar quais são as estratégias já utilizadas no cuidado.⁶² No campo pesquisado, notou-se que desmistificar o cuidado em saúde mental tem efeitos importantes sobre os profissionais, incentivando a criatividade em suas intervenções. Seguem alguns exemplos de frases ditas pelos apoiadores nessa direção, que surtem efeito interessante: *todos já cuidaram de alguém, seja um parente que estava entristecido, uma amiga que vem pedir ajuda em um momento de término de relacionamento. As estratégias utilizadas nesses momentos podem ser*

⁶² Muito dos elementos que guiam o roteiro descrito nesse parágrafo provém da operação dos princípios da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007), que aposta em ações focadas na valorização do saber produzido pelo trabalhador, no trabalho e para o trabalho.

*reinventadas no contexto de trabalho, para realizar o cuidado aos usuários*⁶³, desde que utilizadas dentro de uma ética de não julgamento e respeito à diferença. Dessa maneira, autoriza-se o profissional apoiado a cunhar, a partir de seu saber empírico, formas próprias de realizar o cuidado em saúde mental, por muitos tomado como misterioso. Incentiva-se que ele deduza práticas de cuidado a partir de sua própria experiência, trajeto que pode seguir fazendo mesmo sem a presença do apoiador. Por outro lado, é necessário construir no encontro quais são as matrizes éticas que permitem utilizar as vivências pessoais, visando evitar que os profissionais utilizem sua visão de mundo de forma ortopédica e moralizante.

Ao munir o profissional apoiado de um roteiro autônomo de pesquisa e construção de ferramentas para o cuidado, sugere-se incitar o usuário a construir trajeto parecido. Qualquer pessoa possui técnicas para cuidar de si, e muitas vezes já lançou mão delas antes de buscar um serviço de saúde. Nesse sentido, uma pergunta central a se colocar a um usuário que nos traz um problema é: *o que você já fez para cuidar disso?*⁶⁴ Por vezes vamos encontrar ali estratégias que têm um bom resultado, mas que precisam de outro arranjo, outra orquestração e a adição de novos elementos para ser potencializadas. Por exemplo, os usuários com insônia frequentemente relatam o uso de chás para se acalmarem, mas relatam a insuficiência desses métodos. Cabe então incitar a imaginação ou as experiências que o usuário já tem na busca de outras soluções. Podemos perguntar: *o que mais poderia ajudá-lo a lidar com esse problema?* Ou: *existe alguma prática que você já realizou ou viu que pode ajudá-lo a lidar com esse problema?* Por vezes, a soma das estratégias já utilizadas, no caso os chás, com outra atividade de interesse trazida pelo usuário pode auxiliar na questão trazida. Em outros casos, pode haver a necessidade de conversar e tomar decisões em conjunto com o profissional, sendo interessante a participação em grupos de apoio ou o aprofundamento de seu contexto de vida em consultas.

Além disso, esse processo também resulta na modificação da prática do apoiador, que pode utilizar o mesmo caminho, pesquisando e formulando ferramentas a partir de seus saberes/práticas do dia-a-dia, modificando suas estratégias de cuidado. Em posição privilegiada, tem ainda a oportunidade de incorporar ao seu repertório estratégias utilizadas por trabalhadores e usuários que foram descobertas nesse trajeto. Cunha-se uma aposta transversal nas práticas cotidianas, nas redes da vida e na análise dos problemas vividos

⁶³ A utilização dessas frases nos momentos de apoio foi aprendida com a psicóloga Silvia Prado, minha preceptora durante o curso da Residência Integrada em Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

⁶⁴ O uso dessa pergunta nos espaços de acolhimento me foi ensinado pela enfermeira Ana Celina de Souza, em estágio realizado na US Jardim Itu, Porto Alegre durante o curso da Residência Integrada em Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

individual e coletivamente. Transversal porque toca simultaneamente apoiadores, profissionais apoiados e usuários. Do ponto de vista do apoiador, as práticas do dia-a-dia atravessam as formas de apoiar os trabalhadores, cuidar e suscitar autocuidado nos usuários. O profissional apoiado pode trazer o cotidiano para suas estratégias de cuidado aos usuários, também incentivando o autocuidado realizado pelos mesmos. Por fim, os usuários passam a reconhecer e potencializar suas próprias estratégias de autocuidado. Traça-se, desse modo, um plano comum entre trabalhadores e usuários, na reinvenção de saberes/fazer conhecidos, mediada por direções éticas pactuadas de composição na diferença.

3.8. Kelly ou Por um Cuidado Menor

Na sala de espera de Joãozinho fui apresentado à Kelly. Residente na área de asfalto de Parada de Lucas é uma usuária negra, bem alta e forte. Naquele primeiro contato parecia estar em estado de choque, respondendo de forma simplória às perguntas, com olhar perdido e movimentos lentos. A prima que a acompanhava apresentou um relatório do conselho tutelar, requisitando atendimento para Kelly. Disse que ela recém havia perdido a tutela da filha de 10 anos, que no momento encontrava-se com parentes em Brás de Pina. Resolvi atendê-la de forma conjunta com a enfermeira Janete e o residente de saúde mental do IPUB/UFRJ, Gabriel.

Alguns colegas já haviam me dito que Janete vinha desenvolvendo uma estratégia de aproximação com as usuárias negras da UBS, por via da identificação pela raça – ela também é negra, fala com frequência da importância de ser uma enfermeira negra e cuida bastante de seus longos cabelos cacheados. Em outro caso, atendeu junto a Tamires, terapeuta ocupacional do NASF, uma criança chamada Diana e sua mãe Paula. Paula é branca, Diana negra, pois seu pai é um homem negro, que abandonou a família quando ela ainda era bebê. Guardava muitos rancores dessa separação e descontava-os na menina, com especial atenção a recriminar os traços negros da sua aparência – marcas do pai, a seu ver -, como seu *cabelo horrível*. Tamires relata que na consulta conjunta que fez com Janete, a enfermeira deu várias dicas de embelezamento para Diana, baseadas na valorização dos traços negros de sua aparência, dando sugestões de maquiagem e de formas de usar seu cabelo. Janete já havia chamado essa tática de *o lance do cabelo*.

No dia da consulta, Kelly entrou na sala e após poucas palavras desatou a chorar compulsivamente. A enfermeira Janete pegou sua mão de forma muito cuidadosa e disse que não havia nenhum problema de ela chorar. A usuária disse que recentemente havia perdido a

guarda de sua filha, Ana Clara, após um episódio no qual se descontrolou e a espancou, até deixá-la de olho roxo. Diz que esse foi um momento de exceção. Que por mais que batesse na criança às vezes e tivesse uma postura dura com ela, normalmente fazia isso de forma comedida. Por outro lado, também culpava pelo ocorrido a própria criança, chamando-a de levada e suas familiares, que a teriam tornado mimada.

Rapidamente muda de assunto, passando a relatar diversas humilhações que sofreu durante a vida. Passou o início da infância morando junto à sua mãe, que a agredia frequentemente. Após, ainda criança, passou a trabalhar como empregada doméstica em uma casa de família. Também refere ter sofrido bullying na escola. Sentia que ninguém nunca a havia respeitado, mas dizia não saber como resistir a isso, defender seu ponto de vista. Além disso, temia que ao reagir a essas humilhações perdesse o controle e machucasse alguém. Relata que a maioria da família virou as costas para ela após o dia em que espancou Ana Clara, sendo retratada como *monstra*. Sua prima, com quem também trabalhava, assumiu a tutela da filha, desfecho que segundo a usuária já era planejado.

Kelly então dirige um pedido para nós: precisa que a ajudemos a *ser gente* para que ela possa cuidar da filha. Sinto-me bastante incomodado e tocado com o seu pedido, vendo nele traços importantes de sua história, bem como elementos reveladores sobre o que se espera de um serviço de saúde. A usuária apresentava-se como se necessitasse ser civilizada e ensinada a controlar sua força bruta para se tornar alguém. Nada mais colonial do que a lógica posta ali, chamando o serviço de saúde a agir de uma posição violenta e impositiva. Além do mais, gerava uma dor tremenda para Kelly se ver dessa forma, como uma pessoa defeituosa a ser educada. Colocamos que ela *já era gente*, que de maneira alguma teríamos poder de fazê-la ser alguém. O que podíamos era ajudá-la a fortalecer-se para *se sentir gente e enfrentar* a situação construída. Pontuo que o que ocorreu entre ela e a filha, o fato de ela ter perdido o controle, tinha muito a ver com essas humilhações relatadas, que inclusive teriam se intensificado logo antes do ocorrido. Só que ela havia estourado para o lado errado, na pessoa mais fraca da família, de forma descomunal. E nesse sentido sim, havia feito algo muito ruim, que não podia se repetir. Pontuei que isso independia de sua filha ser uma criança levada. Mas, também coloquei que podíamos estar ali para auxiliá-la a canalizar suas forças para defender-se, nos momentos em que desejasse fazê-lo.

Janete fala a Kelly que, provavelmente, agia de forma tão dura com a filha porque não queria que Ana Clara levasse uma vida parecida com a sua. A usuária concorda. Janete prossegue, dizendo que muito dos problemas que passamos na vida tem a ver com discriminações. Assim, sempre sentiu o peso de ser uma mulher negra. Intercalava momentos

de linguagem um pouco mais formal com momentos onde falava de forma mais coloquial, não conjugando o plural, por exemplo. Eu, não muito afeito a conjugar o plural me identifiquei. Janete disse que, apesar de ser a única enfermeira negra na unidade, ninguém a desrespeitava, pois ela sabia de sua importância. E que quando a discriminavam não respondia, mas se dedicava a trabalhar mais e mostrar seu valor. Sugeriu a usuária que fizesse o mesmo. Kelly respondeu que já foi muitas vezes chamada de *macaca* pela própria família, sofrendo pesado preconceito.

Um clima diferente foi se instaurando na sala. No primeiro momento, a consulta estava montada como se houvesse um muro de profissionais atendendo Kelly – estávamos em três contra uma. Entretanto, progressivamente estabelecia-se uma roda de conversa, densa afetivamente, horizontal, entrelaçando experiências. Fiquei fascinado com a condução de Janete e mantive-me em silêncio. Mesmo discordando de algumas posições que trazia – como de calar-se frente ao preconceito -, me pareceu importante respeitar o caminho mediado por sua experiência. Traçava um comum entre suas vivências e as da usuária, desmontando também a neutralidade e a hierarquia. E fazia isso de uma forma incisiva, delicada e no final, simples.

Kelly diz que nunca respeitaram *sua opinião sobre as coisas e que ali com a gente estava conseguindo debater*. Que havia se sentido mal quando pensou em ir ao psicólogo, pois pensava ser *coisa pra maluco*, mas que estava vendo que era somente um espaço para conversar. Além disso, tinham receitado Diazepan a ela recentemente, o que a deixou assustada. Logo parou de tomar essa medicação, porque se sentia muito sonolenta, também com medo de viciar-se. Digo que não havia problema nenhum em frequentar psicólogo: eu mesmo frequentei por vários anos. Janete e eu falamos que também já tomamos esses tipos de remédios, psicofármacos, em outros momentos da vida. Gabriel frisa a importância de tomar a medicação. Retomo o tema e coloco que o uso era uma decisão dela. Caso estivesse se sentindo mais tranquila ultimamente, não havia necessidade de tomar remédios.

Bastante à vontade no espaço, a usuária passou a se soltar mais. Disse *ter conhecimento*, por mais que os outros não reconheçam. Gostava de saber sobre as coisas do mundo. *Quero um dia escrever um livro sobre minha vida*. Seus olhos brilhavam enquanto falava. Pensei em citar Carolina de Jesus, mas me segurei: não estaria eu trazendo uma referência literária já relativamente consagrada – mesmo que marginal-, buscando um saber externo, enquanto ela construía sua fala a partir do debaixo, do cotidiano? Achei melhor aguardar um pouco. A usuária disse ser ótima massagista, tendo quase acabado curso técnico na área, bem como de esteticista. Porém, chegando na hora dos estágios sentia vergonha de si,

de seu jeito e acabava desistindo. Naquele momento rompíamos, parcialmente, uma terceira barreira: da hierarquização dos saberes. Kelly mostrava-se orgulhosa de suas habilidades, além de afirmar sua capacidade de contar histórias, narrar sua vida.

A usuária disse que logo após o ocorrido com a filha encontrava-se em estado de choque, mas que estava sentindo-se bem melhor ultimamente. Relatei essa ter sido a minha impressão quando a conheci. Confesso que fui movido por certo preconceito naquele momento, ao ver sua não responsividade, seu tamanho e pensar que talvez tivesse algum déficit cognitivo, o que absolutamente não se confirmou no atendimento. Para reiterar a melhora, Kelly falou que até tinha saído com um homem nos últimos dias e estava começando a se divertir novamente. Parecia esperar certa represália nossa. Aceitamos e a apoiamos. Também relatou estar indo a alguns pagodes e tomando cervejas para relaxar – perguntando se estava bem que fizesse isso. Rimos e dissemos não haver problema algum. Perguntou se nós bebíamos. Janete disse que não. Eu e Gabriel dissemos que sim. Inclusive, eu falei que estava só aguardando a hora de chegar em casa para abrir uma cerveja. Rimos juntos.

Aproximava-se o momento de encerrar a consulta, pensamos em encaminhamentos. Kelly disse ter vontade de fazer algum curso profissionalizante. Nos próximos dias iniciaria em Joãosinho um curso de cuidador de idosos, articulado junto ao núcleo da Cruz Vermelha na região e combinamos dela se engajar no mesmo. Sugerimos que frequentasse a academia da saúde da UBS para se aproximar de vizinhos, além do grupo de mulheres da unidade. Pedi a ela para trazer algo escrito sobre sua vida na próxima consulta. Requisitou que seguíssemos conversando semanalmente, todos juntos, *naquela reunião*. Respondemos que era impossível, pois nossa agenda era muito apertada, porém poderíamos seguir conversando mais vezes. Na saída, a usuária disse: *ainda vou tomar uma cerveja com vocês*. Rimos.

Nós profissionais seguimos na sala conversando. Disse para Janete, como foi bonita a intervenção que fez, algo muito potente, mesmo. Que poder falar de mulher negra para mulher negra dessa forma era algo que somente ela, naquela sala, poderia fazer. Ainda mais, havia uma coragem, uma aposta singular sua em conversar sobre essas questões de raça, de forma tão clara e presente. Janete falou de sua paixão pela área de saúde mental, com a qual entrou em contato pela primeira vez em estágio num manicômio. Seu orientador pedia para que ficasse calada, pois como estagiária não podia questionar as coisas. Contudo, sempre ao retornar a casa chorava assustada com as violências perpetradas contra os usuários. Falei de como nosso trabalho na ESF era importante, para lutarmos contra tudo que havia visto no manicômio. E que, desmontarmos tudo que desmontamos naquele atendimento, falar

horizontalmente com o usuário, usar nossos saberes da vida, era fazer saúde mental de verdade.

Após, conversei com Gabriel, recém-saído de seu primeiro ano de residência no hospital psiquiátrico IPUB, local fortemente regido pelas lógicas manicomial e psicanalítica. Ele estranhou em um primeiro momento as intervenções de Janete, porque eram bastante ativas e um pouco prescritivas, contudo, viu no decorrer da consulta como aquelas faziam muito sentido. Defendi que havíamos passado por uma aula de saúde mental na atenção básica. Com o tempo de prática na ESF, cada vez mais apostava nas intervenções de presença, vendo essas potencializadas de forma relativamente espontânea pelas características do cuidado realizado nesse nível de atenção. Essas ações geram um clima mais horizontal e familiar, chamando ao uso de outros saberes, com temperos locais. Mesmo com histórias muito distintas, compartilhávamos algo com Kelly e colocamos aquilo a funcionar.

Entendemos que na Atenção Básica pode se cunhar um cuidado menor (DELEUZE; GUATTARI, 2015). Esse simultaneamente privilegia os aspectos do cuidado tradicionalmente relegados a segundo plano – presença, acolhimento, vínculo, implicação - e a possibilidade de conectar-se a processos de subjetivação minoritários dos usuários. A disponibilidade de profissionais e usuários afetarem-se, inventando outro tipo de encontro terapêutico, pode abrir caminho para produções de si e do mundo normalmente marginalizadas – devires artista, devires mulher, devires anarquistas, devires negros.

Por mais que central na expansão do SUS, a APS é constantemente questionada e menosprezada por gestores, profissionais e usuários. Nesse sentido, dentro da hierarquia biomédica, seria uma espécie de patinho feio, lugar de medicina simplificada, com médicos sem especialização e profissionais de segunda categoria, *de postinho*. Claro, existem aspectos dessa crítica que se validam na realidade, na relação com a falta de recursos da rede, entretanto, esse estigma opera também sobre práticas relativamente bem-sucedidas. Será que o ideal seria dele fugir ou nele encontrar alguma espécie de combustível para a proposição de outra política de cuidado?

Afirmamos um cuidado menor, vira-lata na APS – onde se mesclam os conhecimentos técnicos, as esterilizações e imunizações; com saberes populares, crianças correndo, pedaços de balão estourado nos corredores, usuários delirantes que param no posto só para tomar água e dar um oi. Cabe ao profissional estar mais presente: segurar a mão da usuária que chora, contar de uma experiência de vida semelhante à escutada, levar um atendimento nas vielas da comunidade. O afeto, a sujeira, a presença e a invenção podem se afirmar em sua menoridade, sobrepujando os protocolos de neutralidade e assepsia. Nesse limiar, encontram-se o

estranhamento inicial, e a potência final, engendrados pelo atendimento de Kelly: quantas proibições veladas às ações terapêuticas foram ali quebradas? *Não fale de sua vida para o usuário. Não misture cuidado e política. Usuário não é seu amigo.*

Uma literatura menor é sempre uma desterritorialização da língua; a possibilidade de narrativas majoritárias serem desfiguradas e reinventadas, a partir da visibilização de histórias marginais, que, quando trazidas ao centro, o apagam. Os autores citados (DELEUZE; GUATTARI, 2015) trazem outras características da literatura menor: nela tudo é eminentemente político; nos meandros que parecem mais particulares – ali que ela torna-se pública e faz sua disputa. Essa descrição é muito parecida com boa parte das histórias escutadas na Atenção Básica e, mais especificamente, a de Kelly. Não é necessário conscientizar, explicar para a usuária que está em um cenário de exploração social ou de violência racial: são elementos constitutivos da narrativa que se apresenta. Simplesmente pontuar, apontar o que já está ali é a tarefa literal do profissional.

Complementa essa aposta nos aspectos menores do cuidado – presença, disponibilidade, afeto, política –, uma disponibilidade específica para conectar-se com os aspectos menores dos processos de subjetivação. Dessa forma, é possível ligar-se a vetores da vida dos usuários, amassados nos jogos majoritários. Uma disposição à arte, um jeito particular de falar, uma habilidade como doceira esquecida nas tarefas de dona de casa. Uma acurácia na análise dos problemas da comunidade, uma aptidão a operar uma horta, a possibilidade de reconhecer sua posição de mulher no mundo, criando outro caminho a partir disso. Ou, no caso do encontro de Kelly com Janete, a possibilidade de ali reconhecerem-se como mulheres negras, podendo engendrar uma resistência a partir de sua posição. Ainda mais, fazer isso notando que suas histórias não são iguais, mas diferentes e complementares, tecendo um comum. A capilaridade da ESF, presente como um dos únicos equipamentos públicos em muitos locais, serve para conectar e apoiar expansões de vida, promovendo encontros entre potências menores. Faz-se uma tecnologia de subjetivação que favorece a constituição de outros territórios existenciais⁶⁵.

O pedido de Kelly *de aprender a ser gente*, nesse sentido é bastante simbólico. Revela todo poder de subjetivação terrível que pode ser colocado na ESF, do qual diversas vezes as equipe se imbuem. Impõem sobre os usuários um conceito pré-definido de cidadania ou mesmo de humanidade, que é racista, elitista, machista. Esse tipo de direção aparece quando as EqSF: obrigam os portadores de tuberculose a se engajarem em Tratamento Diretamente

⁶⁵ Essas reflexões exploram direções colocadas por Antonio Lancetti, em Clínica Peripatética.

Observado⁶⁶, se vestem de conselho tutelar em perseguição às puérperas faltosas, se colocam como difusoras de práticas higienistas. Porém, entendemos que a potência do cuidado na APS encontra-se no avesso, quando os profissionais encontram “seu próprio ponto de subdesenvolvimento, seu próprio dialeto, seu próprio terceiro mundo, seu próprio deserto.” (DELEUZE; GUATTARI, 2015, p. 39). Quando *aprendemos a ser gente*. Quando trazemos para o jogo o gosto por futebol, o prazer de um cafezinho, o apreço por certas canções ou as questões de raça e gênero. Que esses elementos cuidem. Assim, é possível construir outro direito à cidadania, ao qual não se ascende através de relações de obediência e submissão, mas se constrói coletivamente a partir do manejo conjunto das práticas.

Há um claro conflito de linguagens na relação da população com os serviços de saúde. É habitual o uso de jargões tecnicistas, que produzem distâncias e geram hierárquicas confusões. É importante lembrar que “a crise da interpretação é nossa” (VALLA, 2014, p.36), ou seja, a dificuldade principal se encontra do lado do profissional. É interessante aprender a despir as falas herméticas e as certezas científicas, habitando um terreno de negociação de sentidos. Porém, onde aprender essa linguagem, como gerar comunicação entre lugares por vezes tão distintos? O movimento central é aprender com o usuário. Contudo, também cabe a cada profissional buscar o que há de não técnico em si, potencializando formas de expressão utilizadas fora do local de trabalho, quando não há nenhum jaleco ou diploma a proteger. Aí o meu prazer em não conjugar o plural, por exemplo.

O trabalhador é chamado à desterritorialização, surfando em um plano mais movediço, criativo e arriscado. Profissionais e usuários têm de se haver com a negociação dos entendimentos, até então fixados, do que é sofrer, adoecer, viver. À flexibilização da técnica corresponde a flexibilização dos mecanismos de subjetivação em jogo no cuidado. Nesse sentido, trabalha-se com a capacidade do usuário para se desfixar de uma posição, de uma forma-indivíduo que naquele minuto se atualiza. Como contrapartida, o profissional também deve abrir mão de suas práticas e concepções cristalizadas, colocando-se disponível a reinventar-se. Ambos bebem do reservatório comum (PELBART, 2016) que os formou, escolhendo outros líquidos, peças, artefatos para se fazer diferentes. Stengers (apud. KASTRUP, 1999) coloca que inventar, segundo a etimologia do verbo, significa encontrar relíquias ou restos arqueológicos. Como inventar junto ao que se carrega consigo? O novo

⁶⁶ O Tratamento Diretamente Observado é uma modalidade de tratamento para a Tuberculose, usada tradicionalmente em casos onde há alta vulnerabilidade, alcoolismo, ou abuso de drogas. Nela se garante que o usuário tome todas as doses da medicação na presença de um profissional de saúde, para aumentar a aderência ao tratamento (BRASIL, 2008).

radical do encontro não se gera sobre chão inexistente, mas com um tipo de rasteira que, ao invés de fazer terra arrasada, traz os avessos do que ali já estava e os reconecta em novas roupagens.

Há uma potência específica quando se produzem encontros entre elementos que já povoam a história e os interesses dos sujeitos do cuidado. Sendo simplista, é mais fácil uma VD de um ACS se transformar em um cafezinho amigável, caso ele goste de café. O mesmo vale para uma profissional negra, que trabalha com os preconceitos relacionados ao sofrimento psíquico de uma usuária negra. Fica mais fácil. Entretanto, se não há disponibilidade para que se repactuem no cuidado o que é tomar um café, o que é ser negro, essas práticas podem ser simplesmente reprodutoras de estereótipos, criadora de mesmos. O ACS pode ir ali armado da disposição para fofoca e o julgamento que caracteriza muitos cafés entre vizinhos. A profissional negra pode utilizar um discurso objetificante, colocando a usuária como uma vítima inerte de um sistema destrutivo, sem meio algum para sair dessa posição.

A potência de um cuidado localizado está nas desterritorializações em contexto, que disparam novos processos de subjetivação dentro das referências históricas, de bairros, de comunidades. Dessa forma, geram-se processos de transformação sutis e potentes a partir das localidades, sem terra arrasada, em reinvenções de dentro para fora, com o respeito devido aos patrimônios e tradições. O poeta inglês T.S Elliot (apud. SAID, 2011) escreve que para um artista amadurecer deve reconhecer que não é um emissário do novo, surgido miraculosamente em um campo vazio. Ele só pode construir no diálogo com algum tipo de tradição, por mais que a negue, modifique ou reinvente. Para a invenção de um novo, um movimento essencial é escolher com quais elementos do antigo se irá dialogar, não em um amor pela tradição, mas em respeito aos múltiplos comuns construídos. Elementos do mesmo que reposicionamos, fazendo diferir! (DELEUZE, 2006)

3.9. Reunião de Equipe ou Fazendo uma Curadoria Ética das Práticas

Meu primeiro contato com a usuária Marcella foi em uma consulta de urgência, após ela ter ingerido uma grande quantidade de benzodiazepínicos, tentando *dormir e não acordar mais*. Nos atendimentos subsequentes contou de sua relação complicada e violenta com o marido Juliano. Eram casados há quase vinte anos, desde que a usuária era adolescente. Juliano era excessivamente ciumento, telefonando diversas vezes ao dia para verificar se a esposa estava em casa, aparecendo de surpresa para buscá-la quando ia à academia,

impedindo-a de ficar com qualquer dinheiro, a não ser para compras previamente acordadas. Costumava agir de forma violenta, gritando, xingando e humilhando. Postava diariamente na página de facebook da usuária fotos de flores seguidas de uma declaração de amor, ação que servia para marcar território, inclusive na internet.

A usuária sentia-se muito isolada para lidar com essa questão, ainda que dividisse o quintal com a mãe. Dona Flora tinha uma relação parecida com o pai de Marcell, inclusive já tendo sido estuprada por ele e sofrendo agressões físicas. Independente disso seguia no casamento, aconselhando a filha que também seguisse no seu. Pontuava que Juliano era um bom marido: botava comida na mesa e não batia na esposa. Marcell estava muito deprimida, passando boa parte do tempo trancada em seu quarto, com luzes apagadas. Não demonstrava vontade para fazer quase nada e possuía visão muito estreita, sem compreender como a vida poderia ser diferente daquela. Tinha insônia diariamente, dormindo algo entre duas e três horas, apresentando sempre profundas olheiras. Já havia passado por outras crises depressivas pesadas anteriormente, incluindo duas tentativas de suicídio. Ouvia vozes esporadicamente, quando se sentia muito entristecida.

Levei o caso para ser discutido com a equipe de saúde da família que atendia a usuária, me deparando com uma reação inesperada. Estava na ânsia de encontrar parceiros para pensarmos direções para o cuidado, pois estava muito pesado escutar aquelas histórias sozinho. Terezinha, a ACS de referência do caso, foi a primeira falar, colocando que Marcell não estava tão mal assim, dando a entender que a usuária mentia quando vinha a Clínica da Família. Na semana anterior havia a visto sair de casa maquiada. Inclusive, teria sorrido para a profissional no momento do encontro. A ACS acompanhava a página da usuária no facebook, na qual ela postava diariamente fotos suas: alegre, arrumada e bonita, legendando as imagens com frases motivacionais.

A posição trazida por Terezinha não é incomum. Quando discutimos casos com outros profissionais, os usuários por vezes são retratados como mentirosos, manipuladores, ou ainda são acusados de estarem aumentando seus problemas para garantir melhor atendimento. Confesso não ter clareza do que constrói essa posição dos profissionais, mas tentarei aqui traçar algumas hipóteses. Partindo das questões mais gerais, há uma demanda excessiva na atenção básica, que de alguma forma direciona aos profissionais escolher constantemente quem terá acesso ao atendimento, já cientes que nem todos que necessitam serão atendidos. Muitas vezes questões morais e a ideia de que os usuários devem merecer o atendimento acabam entrando em jogo como critério para essas decisões, que na velocidade do cotidiano nem sempre são tomadas com bases técnicas claras. Esse tipo de julgamento costuma afetar

de maneira mais direta os usuários que não se enquadram a certo padrão de adoecimento socialmente aceito e inteligível, como: pessoas com dores crônicas, queixas inespecíficas ou múltiplas, usuários em sofrimento psíquico ou fazendo uso abusivo de álcool e drogas. Também costumam contribuir para que se construam visões negativas sobre os usuários as faltas recorrentes à consultas agendadas, que costumam gerar um certo sentimento entre as equipes de que os usuários estariam desvalorizando o serviço.

Questionei a posição da ACS dizendo que, independente se *bonzinhos ou mentirosos* - usando palavras que com frequência aparecem em reuniões de equipe -, todos tinham direito ao SUS. Além disso, não cabe a nós julgarmos a condição de saúde de alguém, temos de confiar no que os usuários trazem. Esses princípios se tornavam mais prementes em um caso grave como esse, que incluía relatos de violência e diversas tentativas de suicídio. Pontuei também como as pessoas eram múltiplas e o quanto a nossa lógica contemporânea fazia com que alguns se mostrassem ótimos nas redes sociais, enquanto no fundo estavam péssimos, só revelando sua real situação em ambientes íntimos. Dessa forma, tentei esclarecer que o fato de uma usuária em algum momento se mostrar de forma mais arrumada, ou alegre, não excluiria a possibilidade de ela estar passando por dificuldades importantes.

O ACS Maurício seguiu duvidando do relato da usuária. Disse que jogava futebol semanalmente com seu marido Juliano, *uma pessoa ótima, gente boa e respeitosa*. Achava assim impossível que ele fosse realmente agressivo com a esposa, ou estivesse cerceando sua liberdade. A enfermeira da equipe colocou da importância de não sermos negligentes nos casos de violência contra a mulher. Adicionei que esse tipo de violência não era praticada por *monstros*, mas por pessoas normais, *ocorrendo nas melhores famílias*. Também disse que habitualmente são situações escondidas, muitas vezes pelas próprias vítimas, temerosas de retaliação e, devido a isso, sempre que uma suspeita dessas aparecesse, tínhamos de tratá-la com respeito e ir a fundo.

Trazemos o caso acima no intuito de explorar possíveis efeitos paradoxais das propostas apresentadas nesse trabalho. Quando chamamos profissionais de saúde a exercer um cuidado que envolva presença, bem como a usar saberes relacionados à sua experiência de vida, não aparecerão somente práticas que geram autonomia ou constroem horizontalidade. Com frequência aparecem moralismos, preconceitos ou barreiras que a história pessoal imprime, impedindo que se escute. Estes se apresentam como efeitos colaterais das práticas do comum, elementos constituintes do conceito que construímos, em sua ambiguidade. Nesses momentos a proximidade que a ESF tem do dia-a-dia das pessoas pode ser uma arma perigosa, operando julgamentos, impondo barreiras de acesso, individualizando as questões

sociais/políticas, gerando mecanismos de culpabilização e buscando enquadrar os usuários em modelos pré-definidos de subjetivação. Dentro das possíveis construções do comum está o senso comum, no qual se incluem uma série de posições complicadas, que não gostaríamos de ver propagadas a partir dos fazeres aqui suscitados. Nem sempre os elementos que provem da experiência pessoal serão potentes, favoráveis a uma expansão da autonomia.

Retomando as reflexões feitas no capítulo dois, a Atenção Básica, a partir de sua extensa capilaridade, é um lócus onde se potencializam as vertentes de controle e criação constituintes da estrutura produtiva contemporânea, com fortes elementos biopolíticos. Nesse sentido, ao ter acesso de forma incisiva a aspectos da vida privada e comunitária, pode tanto agenciar-se a esses elementos em estratégias de composição, quanto tentar impor lógicas extrínsecas sobre eles, a partir de uma posição higienista. O mesmo vale para uso dos saberes e impressões provindos das experiências pessoais dos profissionais: podem ora ser chamados para formar um comum, em interseções com aspectos da vida dos usuários, ora ser usados para imprimir posições moralizantes aos mesmos.

O que fazer com essa problemática? Para não ficarmos trancados nesse dilema é importante primeiro reconhecermos que ele é formalmente de resolução impossível. No momento em que propomos a presença do profissional na cena de cuidado, a aposta assertiva nos usos dos afetos e da bagagem de experiências que traz consigo, estamos assumindo um risco do qual não nos livraremos. Não há uma linha clara que divida os momentos onde a construção de comuns a partir dos saberes/percepções cotidianos servem a práticas autonomistas ou a práticas que construam um cerco moral. Inexiste medida exata para a mistura entre aspectos pessoais e profissionais, técnicos e não-técnicos no cuidado, nem garantia de quais serão os resultados dessas mesclas.

As desconfiças dos profissionais quanto ao que é trazido por Marcell ecoam posições socialmente difundidas sobre a violência contra as mulheres, que exagerariam as descrições dos ocorridos em busca de vantagens, ou a situação das pessoas em sofrimento psíquico, que fingiriam seu adoecimento. Apelou-se a não realização de pré-julgamentos, a responsabilidade de garantir o acesso e a uma contextualização sobre a violência contra a mulher, fazendo isso no intuito de trabalhar as implicações dos ACS na relação com o caso. Entretanto, parece ter havido uma dificuldade na condução da discussão, de forma que trabalhássemos as bases afetivas que envolvem esse tipo de situação e complexificássemos as análises sobre as questões de violência, além de que nos aprofundássemos na experiência subjetiva de adoecer. É como se tivéssemos nos concentrado em um plano mais formal do que seria uma conduta ética (dos direitos, das vulnerabilidades), sem conseguir explorar a

diversidade de sentidos e fazeres colocados em jogo nesse tipo de situação. Parece que aparecia também nesse momento uma certa divergência de visões de mundo, entre profissionais de ensino superior e ACS, de um saber de cunho mais acadêmico e outro do senso comum. Atravessavam ainda a situação uma posição mutuamente reativa que havia se estabelecido entre o NASF e essa equipe, que resistia bastante ao trabalho de matriciamento.

As diretrizes das políticas públicas são um balizador ético importante para as práticas de cuidado, principalmente levando em conta a extensa produção de portarias e documentos de apoio pelo Ministério da Saúde na última década. Ainda assim, restringem-se muitas vezes a posições formais e tecnicistas, sendo instrumentos insuficientes para trabalhar com os afetos aqui levantados. É imprescindível então operar uma constante análise de implicação, atentos às posições éticas que estão sendo construídas. Uma prática relacional ética, na qual simultaneamente se levantam os diversos fluxos que compõem cada situação, os questionando e experimentando. Nesse sentido, precisamos fazer uma curadoria dos saberes, afetos e práticas que colocaremos em jogo em cada situação, percebendo quais elementos se agenciarão de forma a promover autonomia em cada situação. É necessário acompanhar como a análise e intervenção nos casos se relacionam com o que atravessa os profissionais de saúde em cada momento: as posições técnicas, mas também as percepções pessoais suscitadas, os ressoares na história dos profissionais, em suas experiências subjetivas como amigo, familiar, vizinho, religioso, militante; prestando atenção nos efeitos dessas misturas. Cabe perguntar constantemente: por que essa experiência está sendo lembrada agora? Ela está sendo usada para compor com o usuário ou para impor um modo de vida? Ela gera isolamento ou ligação? Ela ajuda ou atrapalha na abertura de novas conexões?

Algumas direções para essas composições foram já definidas no nosso texto. Construir espaços de cuidado onde se garanta o respeito à diferença, possibilitando a profissionais e usuários modificarem suas práticas e concepções. Valorizar os saberes localizados, apontando-os como os elementos centrais para o agenciamento de novos processos de subjetivação. Direcionar os fazeres para a expansão das conexões e dependências, assim como o aumento da capacidade de conectar-se, produzindo autonomia e, portanto, saúde. Desenhar uma trilha para as aberturas na via da singularização, gerando novos arranjos existenciais.

Entendemos, entretanto, ser necessária uma última formalização dessas direções, em termos mais claros. Quais caminhos éticos e direções tecnológicas construímos até aqui? Tentaremos sintetizá-los na próxima sessão, deitando bases para definições prático-operacionais, explorando vetores éticos que nos ajudem a enfrentar o dilema controle/criação no cuidado.

3.10. Direções Ético-tecnológicas para as Práticas do Comum no Cuidado

Pretendemos nessa seção compilar os vetores éticos que construímos ao longo da dissertação e especialmente desse terceiro capítulo, listando formas de operá-los nas práticas de cuidado. Esse esforço provém do diagnóstico de que muitos profissionais da atenção básica agem mediados por instrumentos mais diretivos, como protocolos, roteiros de anamnese, fluxogramas e estudos de caso. No intuito de estabelecer um diálogo ampliado com esses trabalhadores, priorizamos nesse capítulo a análise de relatos do dia-a-dia e pretendemos adiante sintetizar algumas ferramentas provenientes dos casos e da discussão conceitual. Sabemos aí correr os riscos do reducionismo, de protocolizar as operações e de pedagogizar as práticas. Mas, preferimos esses riscos aos da vagueza excessiva, do academicismo hermético e do pensar descompromissado. As sínteses que seguem são antes de tudo sugestões de ações, sopros que oferecemos no intuito de gerar movimentos nos trabalhadores-leitores. Cabe ao leitor escolher o que lhe toca e o que lhe serve para reinventar essas direções no dia-a-dia.

Ousamos nessas direções ético-tecnológicas produzir algumas sugestões de práticas que não necessariamente já foram descritas nos casos acima, mas que seguem linha semelhante ao delineado nos casos relatados, expandindo em exemplos os conceitos e trilhas de intervenção. Fazemos isso no intuito de potencializar os efeitos práticos e indutórios dessas direções, expandindo seus possíveis desdobramentos, facilitando seus usos e reinvenções. A ideia é listar as estratégias de cuidado desenvolvidas a partir das práticas do comum de uma forma minimamente consistente, para que possam ser *pegas na mão* e colocadas a operar. Dispô-las como se em uma caixa de ferramentas, à disposição dos leitores; um roteiro que pode ser percorrido em qualquer direção. Claro que as direções listadas aqui não têm aplicação universal e devem ser utilizadas a partir do que se apresenta em cada situação. Da mesma forma suas práticas não podem ser isoladas, sendo que as direções operam acopladas umas nas outras.

Tomar como base o dia-a-dia

As ações de cuidado são realizadas pelas mais diversas pessoas, nos diferentes espaços. Nesse intuito, utilizam estratégias aprendidas em âmbitos familiares, comunitários, religiosos. Além disso, muitas atividades têm efeito de cuidado, mesmo sem ser nomeadas desse modo, como atividades de lazer, esporte, cultura, práticas alimentares. Entendemos que a potencialização dessas estratégias tem um efeito importante para o desenho de outras práticas de saúde, menos tecnicistas e iatrogênicas. Nesse sentido é interessante mesclar nos

planos terapêuticos ações ligadas ao serviço de saúde – como uso de medicações, consultas, grupos – com outras que povoem o dia-a-dia dos usuários – como jogar futebol, aprender um instrumento musical, ou se aproximar dos vizinhos. E nessa mescla priorizar o segundo tipo de ações, as ligadas ao cotidiano. Apostar no chão básico, preferir as soluções mais simples, quando se deduzir que elas terão um efeito significativo.

É importante buscar quais estratégias os usuários já utilizaram ou imaginam que poderiam utilizar para cuidar da questão que estão trazendo. Cabe perguntar sobre isso ativamente, questionando, por exemplo: que tipo de ação lhe faz bem? Que tipo de atividade lhe fazia bem e você parou? E a partir daí incluir nos planos terapêuticos formas de intensificá-las/retomá-las. Da mesma forma, se incentiva aos profissionais buscarem, na sua experiência de vida, práticas de cuidado que utilizaram ou conhecem - cunhadas na relação com amigos, familiares ou consigo mesmo. É essencial, entretanto, que se exercitem quais as situações onde eticamente é interessante lançar mão de cada prática, respeitando as diferenças.

Privilegiar os saberes localizados/menores

Sempre que possível, lançar mão de práticas que tenham como base saberes produzidos localmente, na experiência de profissionais e usuários. Cabe especial ênfase em valorizar os saberes provindos de posições subjugadas. Então, se há uma prática tradicional de cuidado na comunidade atendida, que faz sentido para o usuário, é interessante incluí-la em um plano terapêutico. Sabemos que, por questões como gênero, raça, idade ou o fato de ser portador de uma doença, algumas pessoas têm mais dificuldades de ser ouvidas ou mesmo de se expressar em alguns espaços. Cabe uma condução ativa dos profissionais nos encontros terapêuticos, no intuito de que haja uma distribuição justa da palavra. Da mesma forma há experiências específicas que provêm de posições de gênero ou raça/etnia que podem ser colocadas em jogo no cuidado aos usuários. Alguns exemplos observados são a formação de grupos de mulheres nas UBS e a realização de atividades do mês da consciência negra. Vale também conversar sobre essas temáticas em consultas – principalmente quando há um encontro entre profissionais e usuárias(os) negras(os), mulheres, migrantes, etc. Mesmo que as experiências dos sujeitos presentes nos encontros de cuidado quanto a essas temáticas sejam distintas, a partir delas é possível formar um comum, que aproxima, abrindo outras vias de expressão e significação conjunta.

Explicitar as relações entre política e cuidado

É conhecido que as questões de saúde se produzem relacionadas a um contexto social, mesmo que se revelem nos serviços como casos individuais. Nesse sentido, apontar as

ligações entre os casos escutados e as condições sociais de sua produção auxilia a diminuir a culpabilização, que normalmente incide de forma pesada sobre populações vulneráveis. Também permite a criação de outras explicações para os motivos de adoecimento, traçando interpretações que ligam as características locais dos casos e os processos sociais de forma mais ampla. Essa direção serve tanto para a relação com os usuários, quanto para sensibilização das equipes na busca de um acolhimento que respeite a equidade. Tem maior força esse tipo de apontamento quando ele emerge das experiências dos envolvidos. Esse tipo de posição gera uma condução mais coletiva dos espaços, aproxima profissionais e usuários; permitindo maiores possibilidades de resistência e defesa de direitos.

Instituir estratégias de gestão que valorizem o cuidado

Composições nas práticas de cuidado não acontecem isoladas dos mecanismos de gestão. Nesse sentido, quanto mais democráticas forem as práticas de gestão, envolvendo a escuta aos trabalhadores, incentivando sua participação nas decisões e valorizando seus saberes, maior será a possibilidade de se engendrem práticas democráticas de cuidado, que escutem os usuários, compartilhem decisões e reconheçam os conhecimentos populares. As estratégias de cogestão, apoio institucional, controle social e educação permanente em saúde são importantíssimas para efetivação dessa direção.

Do mesmo modo, cabe incentivar formas de avaliação que acompanhem processos, mais que resultados quantitativos. É necessário adaptá-las à especificidade de cada território, sendo pactuadas com os profissionais em atuação nos locais. A focalização da atenção em programas/linhas de cuidado tem resultados anti-equidade, sendo necessárias estratégias de acolhimento e organização da agenda que deem conta de dimensões mais abrangentes, como vulnerabilidade e gravidade dos casos, identificando e superando barreiras de acesso. A definição de cima para baixo das diretrizes do trabalho produz falta de sentido, burocratização e a tendência ao desrespeito aos direitos dos usuários. Desaconselha-se o pagamento por resultados e o foco excessivo em metas, pois estes buscam adaptar as pessoas às ações requeridas pela gestão – número de consultas por ano, pesagem -, não respondendo às demandas formuladas pelos usuários e buscando a obtenção de lucro a partir de sua saúde.

Habitar os Paradoxos

Conduzir os espaços de forma que se levantem o máximo de afetos e histórias nos momentos de escuta e acolhimento. Favorecer a circulação da palavra, convidando a falar os silenciosos e abreviando a fala de quem monopoliza os espaços. Apostar na coexistência de múltiplas versões para fatos, histórias e práticas clínicas. Abdicar da necessidade de encontrar veracidade nos relatos escutados, assim como de construir condutas unificadas no cuidado aos

casos. Quando houver posições conflituosas, não necessariamente deve se tomar posição por um dos lados, mas pode se agir em um esforço de mediação. Habitar os paradoxos, trabalhar com posições parciais e a possibilidade de mediá-las na construção de objetivos coletivos – seja de uma família ou de uma equipe.

Mesclar lógicas e saberes

Articular saberes diversos nos processos de cuidado, incluindo aí: tradicionais, religiosos, comunitários, biomédicos, psi ou artísticos. Compor entre eles de forma não hierárquica, sob uma perspectiva de equidade. Usar linguagem coloquial no dia-a-dia, evitando excesso de jargões técnicos e usando termos que aproximem. Promover junções entre técnicas provindas das mais diversas profissões. Conversar sobre as percepções religiosas que um usuário têm sobre seu adoecimento, dialogando dentro delas quando ele espera *um milagre* para o resultado de um teste rápido de HIV. Citar ditos populares quando for explicar o porquê de um tratamento. Sugerir que uma adolescente traga canções que gosta para um atendimento. Levantar receitas de comidas tradicionais nordestinas junto a uma usuária diabética migrante, quando se está pactuando uma mudança de hábitos alimentares.

Apostamos que a atenção básica é campo fértil para um cuidado inventivo e complexo, sendo que a potência de seus fazeres provém de uma mescla entre serviço e comunidade; saberes científicos e populares. Cabe sujar ativamente os fazeres. Um cuidado vira-lata onde a prova dos nove é a seguinte: quanto mais diversas as lógicas usadas em um trajeto terapêutico, melhor.

Favorecer a expansão da autonomia

Entendemos a autonomia como a capacidade dos sujeitos em entrar em relação, a partir da construção de trocas e conexões. Nesse sentido, quanto mais alguém se liga, quanto mais depende de vários outros, mais autônomo se torna. Esse incremento autonômico pode ser acompanhado tanto na multiplicidade das vinculações construídas, quanto na capacidade de construir novas ligações. Na nossa concepção, a produção de saúde está diretamente ligada à expansão da autonomia (Lancetti, 2006).

Uma ação possível nessa direção é o mapeamento da rede de apoio dos usuários. Para ajudar nesse processo, podem ser feitas questões simples: com quem você pode contar? Para quem você conta seus problemas? Em outros casos podem se utilizar ferramentas como o genograma⁶⁷ ou o ecomapa⁶⁸. Logo, traçam-se planos para intensificação/alargamento dessa

⁶⁷ O Genograma ou familiograma é um esquema visual para registro da estrutura familiar, onde também aparecem as relações e conflitos, assim como algumas características dos membros (CHIAVERINI, 2011).

rede, combinando a maior aproximação com familiares ou vizinhos e a frequência em espaços comunitários, religiosos ou de lazer. Podem ser chamados ao grupo/consulta os membros da rede de apoio, caso existam conflitos nas relações que se beneficiariam de mediação profissional. É interessante mapear os campos de maior densidade dos territórios existenciais dos usuários, as relações mais importantes, que dão liga à vida. Em alguns casos, será o casamento, em outros, o gosto pela cozinha ou pelo boteco. E pensar formas de desatar os nós nessas áreas ou estratégias para expandir sua influência.

Estar presente

Propomos que nos encontros de cuidado o profissional não se esquive atrás de tecnicismos ou neutralidades, pensando de forma ativa sua presença. Nesse sentido, é importante que esse atue não somente a partir dos saberes de sua profissão, mas que ative afetos diversos, que formam a multidão que lhe atravessa – amigo, pai, artista, festeiro (MEHRY, ET. AL., 2014). Acompanhar os sentimentos suscitados em um atendimento e não colocar esse sentimento de lado, mas ativá-lo no cuidado. Cuidar usando o que sente. Claro que, para isso, é necessária uma análise de implicação constante, entendendo quais intervenções afetivas irão gerar uma expansão da autonomia, e quais trancarão processos e bloquearão a terapêutica de forma moralizante.

Pode-se, tocar o usuário em uma situação de desespero, abraçá-lo no final de uma consulta difícil. Buscar quais os interesses compartilhados entre profissional e usuários, as intersecções entre as vidas e explorá-los, buscando a construção de uma familiaridade. Contar de uma experiência pessoal que dialogue com a história trazida pelo usuário. Usar o humor. O trabalhador pode comentar caso esteja em um dia difícil e isso for atravessar o encontro. Quando for condizente dar sugestões de como resolver uma situação – por que você não fala isso? Já pensou em se reaproximar de fulano?

Horizontalizar as relações

Construir relações entre profissionais e usuários que se deem de forma horizontal, diminuindo as assimetrias. Normalmente, nas relações de cuidado, há uma valorização maior das opiniões e posições dos trabalhadores, incentivando pouco a participação ativa dos usuários. Isso se intensifica a partir da desigualdade social existente no nosso país, que faz com que a maioria dos profissionais que atende no SUS sejam de classes e cores diferentes dos usuários, fato que se cristaliza no uso hierárquico da palavra doutor.

68 O Ecomapa é um esquema visual para registro da rede de apoio de um usuário ou família. Entram em seu desenho tanto pessoas, quanto organizações – como escolas, igrejas, entre outros. (CHIAVERINI, 2011).

É preciso sentar mais perto, sair de trás da mesa do consultório, tirar o jaleco. Cumprimentar, conversar e cuidar quando se estiver andando nas ruas das comunidades. Cabe ao profissional abrir-se para modificar suas concepções de mundo e práticas no mesmo nível que o usuário coloca-se aberto para reinventar-se. Para a construção de outro tipo de relação de cuidado é interessante que os planos terapêuticos tenham objetivos pactuados em conjunto, trabalhando com o horizonte de um projeto de felicidade do usuário (AYRES, 2004a). Cabe lembrar que a decisão de seguir ou não um tratamento é sempre do usuário. Perguntas simples e importantes: no que você entende que o serviço de saúde pode lhe ajudar? Qual seu objetivo com esse tratamento? Da mesma forma, é interessante listar de forma extensa as intervenções possíveis em uma situação – consultas, atividades grupais, exames, encontros comunitários. A escolha das ações terapêuticas normalmente opera melhor se feita à luz dos objetivos pactuados e do desejo do usuário.

Priorizar estratégias que gerem aprendizagem

Escolher estratégias de cuidado que permaneçam com os usuários, mesmo depois de finalizado o acompanhamento. Quando definimos planos terapêuticos que envolvem fazeres cotidianos, ressignificando-os como formas de cuidado, construímos ferramentas de manejo comum, que não necessitam de um saber técnico para ser executadas. Assim, incluindo ações facilmente inteligíveis como: tomar um café com uma vizinha, ligar para um parente no momento que estiver ansioso (ao invés de medicar-se), jogar futebol toda semana ou respirar lentamente quando não se consegue dormir; geramos um tipo de aprendizagem. Essas práticas podem ser retomadas, reinventadas ou expandidas em situações futuras. Muitas vezes as combinações não serão cumpridas, mas incluí-las favorece aos usuários que inventem suas próprias estratégias, notando que cuidar da saúde não tem a ver somente com remédios e dietas, mas pode envolver ações criativas e prazerosas. Fomenta-se assim a construção autônoma de planos de cuidado, mesclando os diversos elementos produtores de saúde que o usuário têm a disposição, cabendo a ele decidir se pretende pactuá-los ou não com os profissionais. Chamamos isso de estratégias de código aberto.

Compor com a realidade dos territórios

Uma UBS é parte de territórios geográficos e existenciais, sendo a maneira como compõe com esses uma questão essencial. Um modelo importante de entrada das políticas públicas nas comunidades no Rio de Janeiro é o das ocupações, exemplificado pelas UPPs, cuja época de expansão coincide relativamente com a das Clínicas da Família. Nessa lógica o estado é uma força externa que entra para pacificar e civilizar, em áreas pretensamente sem saberes ou histórias pregressas, teoricamente deficitárias de qualquer forma de

desenvolvimento. Atua-se de forma colonial e impositiva. Existem ações que operam lógicas equivalentes na ESF, tendo como objetivo imprimir uma ideia de saúde extrínseca sobre a população: práticas moralizantes, fazeres higienistas, educação em saúde de estilo bancário, buscas ativas persecutórias.

É preciso evitar ao máximo a direção acima descrita, guiada pela ideia de ocupação dos territórios - mesmo sabendo que elementos dela são constitutivos da AB. Contrapondo-se a essa lógica, propomos outro caminho ético. Nele a ESF entra como participante de um território vivo, onde é somente um elemento a mais entre os diversos vetores que definem a produção de saúde, estabelecendo uma relação de respeito e composição com os atores e saberes atuantes localmente. Pensar a UBS como um ponto entre vários, na rede de práticas que produzem a saúde na região. Realizar uma política pública que se modifique constantemente na relação com os territórios com que compõe.

Conhecer os códigos afetivos e comunicacionais do território, as gírias locais, os espaços de referência para a população e as formas de cumprimentar. Se possível inseri-los no cuidado. Mapear as relações locais de poder que guiam a vida dos usuários, entendendo o funcionamento do tráfico, milícia, ou força policial que comanda a área. Buscar compreender de que forma esses comandos incidem sobre as questões trazidas pelos usuários, como na mediação de questões de violência doméstica, ou de abuso sexual na infância.

É interessante mapear os recursos de lazer e esporte, além das atividades culturais que estão disponíveis para a população atendida, compondo com eles nos planos de cuidado. Da mesma forma, é importante o agenciamento com líderes locais e associações de moradores, para o diagnóstico territorial e a realização de ações de saúde. Cabe pensar os efeitos de construção de vínculos entre os participantes das atividades nas UBS, incentivando o fortalecimento de amizades, vizinhanças e mobilizações políticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um plano aberto, como o do cuidado, nenhuma consideração pode ser tomada como final. A biopolítica, o controle, as resistências e criações, transbordam absolutamente as páginas desse escrito. O esforço dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em investigar e modificar suas formas de trabalho, em uma direção democratizante, é tarefa constante, que não começou aqui, e segue adiante. Mesmo frente a gigantescos empecilhos, centenas de milhares de trabalhadores e milhões de usuários constroem diariamente o SUS. Espera-se que as contribuições dessa pesquisa possam ser úteis a reinvenções das práticas de saúde nesse âmbito.

É importante, de qualquer forma, desdobrar algumas sínteses e consequências do processo trilhado, um fechamento que deixe suficientes dúvidas, sem se furtar de algumas indicações. Afinal, a investigação empreendida teve como *ethos* a produção de ferramentas - críticas e de cuidado. Nos serviços da AB, especialmente levando em conta a falta de recursos em todos os lados do Brasil, o tempo costuma ser escasso e a urgência com frequência afoga o importante. É necessário então ensejar caminhos minimamente claros para não correremos o risco de nossas análises não encontrarem ouvidos.

A presente investigação definiu algumas questões/afirmações centrais, cabendo aqui retomá-las, já acompanhando seus desdobramentos. Buscamos caminhos para operar relações de cuidado na Estratégia de Saúde da Família, a partir de uma multiplicidade de saberes, com ênfase nos conhecimentos locais, construídos no dia-a-dia. Dessa forma, o cotidiano se definiria como chão básico, no qual tanto os sofrimentos, quanto as reinvenções das práticas de saúde podem se engendrar. Nesse plano procuramos um cuidado horizontal e desespecializado (PASSOS, 2009) que favoreça a expansão da autonomia de profissionais e usuários.

A investigação desenrolou-se inicialmente, por um período mais breve, na Clínica da Família Felipe Cardoso, localizada no bairro da Penha. Após, seguiu sendo realizada na Clínica da Família Joãozinho Trinta e no CMS Iraci Lopes, nos bairros de Parada de Lucas e Vigário Geral. Todas as UBS localizam-se na Zona Norte do município do Rio de Janeiro e foram, além de campo de investigação, local de trabalho do pesquisador durante a pesquisa. As estratégias principais para a produção de dados foram o acompanhamento das ações rotineiras de trabalho do autor e o seu registro em diários de campo.

Iniciamos esse trabalho descrevendo a Grande Expansão da ESF no Rio de Janeiro, entre os anos de 2009 e 2016, o modelo de atenção implantado por esta e suas modulações às

práticas de cuidado. Coube, antes de tudo, reconhecer a notória importância dessa iniciativa. Houve efetiva ampliação de acesso e qualificação do cuidado, cobrindo uma série de vazios sanitários, contribuindo para a reforma do sistema de saúde municipal, outrora extremamente hospitalocêntrico e que agora passa a reconhecer a APS como elemento essencial. Contudo, o modelo efetivado acaba por impedir o desenvolvimento de atributos essenciais para um serviço desse nível de atenção. A oferta dos serviços através da terceirização por Organizações Sociais, firmando compromissos com SMS-RJ através de contratos de gestão, com cláusula de pagamento por resultados, gera um foco excessivo no acompanhamento de indicadores de saúde e no cumprimento de metas. Dessa maneira, induz práticas de saúde que aumentam o controle estatal sobre a população, apostando na realização de procedimentos em detrimento da valorização do acolhimento, vínculo e cuidado. Mercantiliza os fazeres em saúde através do pagamento por resultados e induz um funcionamento focalista da APS, com ênfase demasiada em grupos populacionais específicos – participantes das linhas de cuidado -, enquanto oferece barreiras de acesso às populações vulneráveis, produzindo iniquidades⁶⁹.

O modelo favorece as ações de atenção à saúde em detrimento às de prevenção e promoção, dificultando o diagnóstico territorial e as ações comunitárias. Boa parte desse funcionamento relaciona-se à escolha de organizar as EqSF em grandes UBS, distantes de boa parte do território atendido. A organização dos serviços é bastante hierárquica, tendo a figura da gerente grande centralidade, o que produz uma instabilidade notável no processo de trabalho. Gera-se ainda um grau de insegurança entre os trabalhadores, pelos vínculos precários do contrato terceirizado e as pressões da gestão. Estes se sentem pouco seguros para participar nos espaços de decisão coletiva, quando mecanismos de participação existem. Mesmo assim, nenhum mecanismo de gestão consegue estancar absolutamente a autonomia de profissionais e usuários. A própria gestão municipal não é uma instância monolítica, sendo permeada por temas como a redução de danos, a desinstitucionalização, o autocuidado apoiado ou a atenção às situações de violência. Além disso, a partir da formação qualificada, dedicação e comprometimento com o SUS de certos trabalhadores, ocorrem práticas de um cuidado de resistência no dia-a-dia. As redes vivas das comunidades e bairros podem chamar as equipes a deixarem os números e planilhas, engajando-se em outras formas de produção de saúde. Os processos de residência em saúde, bem como a forte tradição teórica e militante da

⁶⁹ Cabe pontuar que as iniquidades na APS do município acontecem de maneira mais acentuada no funcionamento dos serviços, do que na distribuição das UBS pelas áreas da cidade. Houve um cuidado para priorizar a instalação de unidades de saúde nas áreas de maior vulnerabilidade.

reforma sanitária na cidade do Rio de Janeiro, acabam penetrando nos serviços, tornando-os espaços de disputa entre múltiplas lógicas.

O segundo capítulo acompanhou a construção dos sistemas de saúde, com ênfase especial na APS e no SUS, em suas vertentes de controle e garantia de direitos, compondo uma intrincada rede biopolítica. Exploraram-se as estratégias de manejo populacional através das técnicas de estado, penetrando as camadas mais ínfimas do viver. Nas mudanças da estrutura produtiva do capitalismo, os objetos de balizamento biopolítico expandem-se. Chegam às redes comunicacionais e de significação social que, também se tornam os produtos mais complexos e valiosos no mercado (NEGRI; HARDT, 2009). Simultaneamente, são favorecidos o aticamento criativo, a articulação das forças produtivas em extensas tramas heterogêneas e a captura veloz da inventividade na produção de lucro. Porém, nesse comum construído, com esforço subjetivo e material imenso, existe um reservatório de forças que podem ser redirecionadas para novas lutas (PELBART, 2016). A partir da heterogeneidade engendrada pelas redes de produção podem se desencadear frentes que agenciam, de forma não totalizante, coletivos com múltiplas nuances e diferenças.

As modificações no panorama do capitalismo pós-industrial ressoam na organização da Atenção Básica. A ESF, na sua inserção territorial, no uso de agentes locais para mediar a relação entre o equipamento e a população, na ênfase em habilidades flexíveis e no trabalho em equipe, carrega elementos da reestruturação produtiva desse período. Dessa maneira, compõe técnicas de controle intrincadas, intervindo com mão pesada na realidade de famílias e comunidades. Porém, por essas mesmas características, as UBS encontram-se no lócus ideal para que se possam reinventar práticas de saúde, possibilitando abertura aos saberes populares, compondo com as mobilizações comunitárias, traçando de forma conjunta com os usuários planos de cuidado singulares e planejamentos de saúde para os territórios. Se a vida encontra-se, por todos os lados, prensada pelos mecanismos do capital – e do controle higienista -, é em cada pequeno bloco do viver que encontraremos as resistências.

Formulamos então o conceito central desse trabalho, o de *práticas do comum*. Este propõe maneiras de viver e enfrentar o sofrimento, a partir da ativação de ferramentas do chão básico, cotidiano. Há uma convocação dos saberes derivados da experiência de vida dos profissionais de saúde, dos aprendizados da vida familiar e comunitária, repaginando-os como recursos no cuidado. Constroem-se tecnologias caseiras, vira-latas, que mesclam os conhecimentos dos mais diversos campos – populares, biomédicos, da saúde coletiva. As práticas do comum atuam principalmente a partir de atos menores: fazer um passeio juntos, tomar um cafezinho, escutar música. Ações que já são entendidas como de cuidado, nas

relações entre vizinhos, familiares, mas reinventadas a partir dos serviços de saúde. São adaptadas às necessidades do encontro, de forma fluída. Por serem inteligíveis e habituais, produzem menos dependência aos tecnicismos. Assim, possibilitam uma resolução na vida dos problemas que se geram na vida. As UBS podem tornar-se espaços de apoio social (PINHEIRO; GUIZARDI, 2013a). Nelas os usuários fixam um primeiro ponto para a expansão progressiva de sua rede de apoio. Acabam por constituir-se como centros de encontro entre múltiplas concepções de saúde, em uma dinâmica de disputas e reinvenções.

Partiu-se de uma sucinta exploração do conceito de cuidado, no terceiro capítulo desse escrito. Entendemos o cuidado como uma prática que se exerce em espaços variados, nas casas, terreiros, vizinhanças, não sendo privativa dos profissionais de saúde. Quando esse é produzido a partir do setor saúde, cumhamos uma aposta na presença dos profissionais, compreendida como atenção aos afetos suscitados nos encontros e a potencialização desses nas ações cuidadoras. Para isso ocorrer, é necessária uma disponibilidade do trabalhador para remodelar suas concepções sobre o viver. Engaja-se o cuidado nos projetos de felicidade dos usuários (AYRES, 2004a), construindo sentidos compartilhados. Tornam-se explícitas as direções dos projetos terapêuticos, através da escolha conjunta dos objetivos desses, assim como dos meios para alcançá-los. O cuidado afirma-se como prática intersetorial e transdisciplinar, compondo com recursos múltiplos, rearranjando territórios existenciais.

Seguindo essa conceituação, investigaram-se as práticas do comum no cuidado realizado pela Estratégia de Saúde da Família. Foram apresentados seis relatos estendidos de ações acompanhadas nas UBS em que se pesquisou. Em dois deles, se analisou um grupo terapêutico realizado com usuários em situação de sofrimento psíquico em Joãosinho. No processo de transformação dessa ação coletiva, relacionado com mudanças na coordenação do espaço, sobressaem apostas: nos saberes dos usuários, nas potências de discutir questões políticas relacionadas às situações de saúde e no trabalho com visões múltiplas da realidade, habitando os paradoxos. No caso de seu Marcos afirmou-se um cuidado na integralidade das práticas de reabilitação e saúde mental, operando engajado no cotidiano, com efeitos transformadores.

Já acompanhando o caso de Júlia, saltou aos olhos a ação de uma ACS, que ao invocar fazeres de vizinhança, hospitalidade e amizade, colocou em jogo tecnologias complexas e simples, desenhando outras possibilidades existenciais junto a uma usuária que fazia uso abusivo de drogas. O encontro entre Kelly e a enfermeira Janete trouxe as potências de se trabalhar com os saberes e afetos menores, chamando as questões de raça e gênero a formar um campo comum entre profissionais e usuários. Além disso, pontuou mecanismos

para horizontalizar os espaços terapêuticos, em uma equalização das posições. Por último, o caso de Marcella veio a mostrar que nem tudo são flores, quando se utilizam conhecimentos e afetos provindos das relações comunitárias. Esses podem ser utilizados na intensificação dos moralismos e na afirmação de um senso comum excludente, sendo necessária uma constante curadoria ética ao escolher as formas de operá-los.

Sintetizando de forma operativa os achados em torno das práticas do comum no cuidado, desenharam-se onze direções ético-tecnológicas. Essas tem o intuito de sintetizar, de forma acessível, análises produzidas no curso desse trabalho, operacionalizando ferramentas manejáveis no dia-a-dia da Atenção Básica. Sugerem também certo balizamento ético aos fazeres, quando esses utilizam as práticas do dia-a-dia. As direções listadas são: tomar como base o dia-a-dia; privilegiar os saberes localizados/menores; explicitar as relações entre política e cuidado; instituir estratégias de gestão que valorizem o cuidado; habitar os paradoxos; mesclar lógicas e saberes; favorecer a expansão da autonomia; promover processos de singularização; estar presente; horizontalizar as relações; priorizar estratégias que gerem aprendizagem; e compor com a realidade dos territórios.

Após essa retomada, cabem ainda algumas sínteses e sugestões, decorrentes dos achados dessa pesquisa. Parece necessário, no caso do município do Rio de Janeiro, agenciar outras organizações da Atenção Básica que facilitem a efetivação de seus princípios. Para isso, é premente a efetivação de mecanismos democráticos na gestão de serviços, facilitando a comunicação entre gestores e trabalhadores e partilhando a tomada de decisões. O modelo privatista das OS, o foco excessivo em metas e indicadores, assim como as referências de avaliação que não privilegiam as ações de cuidado, necessitam ser revistos. Uma maior participação dos usuários, das comunidades atendidas é essencial. Almeja-se que, em algum momento, possamos vivenciar um cenário no qual, além do número de diabéticos visitados, os principais assuntos nas UBS sejam a formulação de planos de cuidado singulares e os projetos de mobilização comunitária para a promoção de saúde. As recomendações colocadas acima podem gerar melhoras na qualidade da atenção e auxiliar na construção de maior legitimidade social para a ESF no município, que sofre ataques constantes.

No trajeto empreendido, se incentivaram práticas de saúde autonomistas, que respeitam a liberdade de profissionais e usuários, valorizando as múltiplas maneiras da vida resistir aos mecanismos de controle. Sabemos que essa não é uma tarefa fácil, pois, no campo da ESF, habita-se sempre no fio da navalha. Almejamos que as ferramentas de cuidado no comum possam ser adaptadas, repaginadas em situações diversas. Não reduzidas a meros

procedimentos técnicos, que possam ser rememoradas pelos profissionais de saúde/leitores, inspirando ações balizadas pelo cotidiano, em sua possibilidade de reinventar o viver.

Pretende-se organizar em Joãosinho e Iraci espaços de devolução deste trabalho com os profissionais e usuários do local, ainda durante o ano de 2017. Há a intenção de retribuir a colaboração com a pesquisa, além devolver aos sujeitos com quem se pesquisou parte da imensa quantidade de conhecimentos técnicos e afetivos produzidos por eles, consolidados em análises e tecnologias de intervenção. Esses encontros, infelizmente, não poderão constar nesse texto, mas os entendemos como parte essencial da pesquisa e esperamos utilizar o material gerado neles em escritos futuros.

Quanto a outros desdobramentos dos achados dessa pesquisa, pode ser interessante a exploração das práticas do comum em municípios com desenhos distintos de Atenção Básica, que enfatizem o trabalho territorial e comunitário. Outra via seria trabalhar a temática utilizando outras metodologias que permitam a expressão mais explícita e direcionada dos participantes, como entrevistas, grupos focais, ou mesmo organizando oficinas de educação permanente a partir das direções ético-tecnológicas. Já em termos de diálogos teóricos, parece haver campo fértil no aprofundamento das relações entre as práticas do comum e a profícua literatura nas áreas da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde, especialmente quanto ao uso de saberes do dia-a-dia.

Os desafios colocados às práticas de cuidado baseadas no cotidiano somente aumentam no atual contexto de desmonte das restritas conquistas sociais do povo brasileiro e de desrespeito às regras democráticas. Somando-se a diversos empecilhos já existentes, há a iminente aprovação de uma nova Política Nacional de Atenção Básica no momento que esse escrito é finalizado. Nessa, a Estratégia de Saúde da Família perderia centralidade, criando-se financiamento federal específico para outros modelos de Atenção Básica, os ACS não seriam mais necessários nas equipes e o NASF não teria mais a função de apoio matricial.

Além disso, enquanto se finaliza a escrita desse texto, existem ameaças efetivas ao funcionamento e à existência da ESF do município do Rio de Janeiro.⁷⁰ No dia 02 de Agosto de 2017 foram anunciados aos profissionais: o fechamento de onze Clínicas da Família na Zona Oeste⁷¹ da cidade e a previsão de cortes de aproximadamente um quarto das EqSF operando. Só na AP 3.1, que envolve grandes áreas muito vulneráveis como os Complexos do

⁷⁰ O texto foi finalizado, para fim de entrega, no dia 8 de Agosto de 2017. Os próximos parágrafos foram escritos no calor dos acontecimentos, de forma que ainda não é possível saber o desfecho dessa situação, nem operar uma análise histórica com visão mais ampla.

⁷¹ Para repercussões na mídia, é possível acompanhar a reportagem da Folha de São Paulo (COLUCCI, 2017).

Alemão e da Maré, seriam 56 equipes cortadas. Por mais que haja sinalizações de recuo da prefeitura, com a volta ao funcionamento das CF fechadas e a negativa pública da possibilidade de fechamentos e demissões, não existem provas concretas, nem definições orçamentárias que garantam o funcionamento dos serviços nos meses subsequentes de 2017. Cabe frisar que essas ameaças estão diretamente ligadas à fragilidade do modelo de expansão da ESF na cidade, com a execução dos serviços por OS, havendo facilidade legal para demitir funcionários e dismantelar serviços.

Frente a esses desafios, está havendo uma grande e rápida mobilização de profissionais e usuários da atenção básica, com assembleias nos diversos territórios envolvendo a população local e participação ostensiva de trabalhadores em atos, incluindo a presença de um grande número de ACS. Ocorreram protestos, com fechamentos de vias e ações em praças, espalhados por toda a cidade no começo de Agosto de 2017. Um deles foi organizado pelo CMS Iraci Lopes e pela Clínica da Família Joãozinho Trinta, entre outros serviços da região, com participação de trabalhadores e de população atendida na área, bloqueando a Avenida Brasil, uma das maiores da cidade. Também ocorreu uma assembleia com a comunidade de Vigário Geral, envolvendo mais de cem moradores. No dia 4 de Agosto ocorreu um protesto histórico⁷², com presença de milhares de profissionais em frente à prefeitura do Rio de Janeiro, marchando até a Central do Brasil pela Avenida Presidente Vargas, uma das maiores vias do centro.

As ações foram coordenadas por uma frente heterogênea de movimentos que protestam também contra a precarização das redes de saúde mental e hospitalar, se nomeando *Nenhum Serviço de Saúde a Menos*⁷³ e esforçando-se na construção de pautas comuns. Porém, ainda mais importante que essa articulação, houve uma grande participação de trabalhadores sem histórico de envolvimento com atividades políticas, mostrando a construção de sentido e pertencimento dos profissionais da ESF, a díspar do modelo gerencialista efetivado na cidade. Observa-se uma mobilização que, apesar dos inúmeros movimentos organizados envolvidos, se articula antes de tudo por resistências localizadas, operando exatamente a partir dos pontos em que a desestruturação da rede toca mais profundamente profissionais e usuários. Pretende-se assim evitar: a desassistência aos usuários, incluindo vizinhos, amigos e familiares, a perda de empregos e a volta à antiga organização dos serviços de saúde, localizados geograficamente longe da população, com gigantescas barreiras de acesso. No grande ato

⁷² Para registros na mídia da mobilização, se pode acessar essa reportagem da Globo (2017).

⁷³ Mais informações podem ser acompanhadas na página do facebook do movimento: <https://www.facebook.com/NenhumServicoMenos/>

referido, pouco se ouvia o carro de som, sendo entoadas de forma espontânea canções criadas nos dias anteriores, em maioria por ACS, com ritmos de funk. Diziam: *Ei, Crivella, não tire a saúde de dentro da favela!* Outra música chamava: *Sai do chão, sai do chão, que o SUS é do povão!* Em uma resistência biopolítica e na construção de comuns, afirma-se o que a saúde da família tem de melhor, em sua articulação com comunidades e trabalhadores, efetivando a luta pela construção democrática das políticas públicas frente ao autoritarismo da prefeitura. Nesses poucos dias de mobilização observou-se também certa reorganização dos serviços acompanhados, com aproximação entre os profissionais, tentativas de ampliar o diálogo com a população e redistribuição dos papéis de coordenação nas ações, de forma mais horizontal.

Há a esperança e o engajamento para que essa luta não adormeça, garantindo a continuidade dos serviços. Busca-se ainda que ela transborde esse momento específico, democratizando a micropolítica dos serviços, bem como enfrentando o modelo privatizante aplicado pela gestão da saúde municipal. Fica muito claro nesses dias o quanto uma política do tamanho da ESF somente se sustenta com base popular⁷⁴. ***Trabalhadores e usuários são os serviços, são as políticas: sem sua participação ou luta, nada existe.*** Enormes batalhas precisarão ser travadas para a construção de um sistema universal de saúde, com base na APS e que efetive as conquistas constitucionais. É preciso que se aportem os recursos financeiros necessários para a efetivação das tecnologias inventivas de cuidado produzidas no país – para as quais esse trabalho pretende contribuir. Sem essas garantias, são práticas que operarão sempre em potências diminuídas.

No calor das lutas, e na esperança das resistências, cabe retomar a intenção desse escrito. Esperamos ter mostrado que, nas brechas de um sistema com tendências ao controle da população, de um regime opressor sobre seus trabalhadores, foi e é possível forjar práticas de resistência. O próprio desenho da ESF chama: à mobilização dos afetos, ao encontro com as diferenças, à aliança com as mobilizações comunitárias e à invenção de novos territórios existenciais, em um campo fértil onde saberes múltiplos se contrabandeiam. O patrimônio imenso construído por quem luta pela saúde pública, não se encerra na caneta dos mandantes, ainda apresentando linhas de fuga essenciais para a consolidação de outros Brasis. Mesmo frente a um subfinanciamento crônico, o sistema de saúde brasileiro opera transformações por todo o país, em uma constante fabricação de novas práticas, transformando a vida de mais de duzentos milhões de usuários. Que esse escrito seja mais uma pequena pedra, que se assente

⁷⁴ A próxima mobilização marcada, no momento da finalização desse escrito, tinha a data de 9 de Agosto, na reunião do Conselho Nacional de Saúde que teria como tema a revisão da PNAB.

junto a outras no leito de um rio chamado SUS, cujas águas contêm a Estratégia de Saúde da Família. Rio esse que nunca é o mesmo, mas que lutamos, diariamente, para que seja perene.

REFERÊNCIAS

ADICHE, C. N. **O perigo da história única.** Disponível em: www.ted.com/talks/lang/por_pt/himamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story.html . Acesso em 02 Dec. 2016.

AGUIAR, K. No calor de um lugar: território, subjetividades e poder. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 581 – 598, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n3/12.pdf>. Acesso em 06 Abr. 2016

ALARCON, S.; LANCETTI, A.; RAMÔA, M.; PETUCO, D.; PEKELMAN, R. Território, Território Existencial e Cartografia. Disponível em: <https://xa.yimg.com/kq/groups/25027304/1305398262/name/Territorio-+Territorio+Existencial+e+Cartografia.pdf>. Acesso em 04 Jul. 2017.

ALLIEZ, E.; FEHER, M. Os Estilhaços do Capital. In: ALLIEZ, E., et al. **Contratempo: Ensaio sobre Algumas Metamorfoses do Capital.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988. 262 p.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Editora Sulina, 2009. P. 131 – 149.

ARAÚJO, Fabio. Do amigo qualificado à política da amizade. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 10, n. 19, p. 84-105, dez. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 ago. 2017.

AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349 – 360. Jan. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Nov. 2015.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, Dez. 2004a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 8, n. 14, p. 73-92, Feb. 2004b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Abr. 2017

BARROS, L.P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009. p. 52 – 75.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009. p. 172 – 200.

BRAGA, R. **A Política do Precariado**: do populismo à hegemonia lulista. São Paulo: Boitempo, 2012. 264 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2016.

_____. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei 8080/1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990.

_____. HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-Estético no Fazer em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: *Política Nacional de Humanização*: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007, Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em 04 Mai 2017.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012>. Acesso em 04 Mai 2017.

_____. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em: 04 Set. 2016

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510/2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 02 Dez. 2016.

_____. Sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 05 Jul. 2017

BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. (Org.) **Saúde na Atualidade**: por um Sistema Único de Saúde Estatal, Universal, Gratuito e de Qualidade. UERJ - Rede Sirius, Rio de Janeiro, 2011. 76 p.

BRITO, F.; OLIVEIRA, P. R. (org.) **Até o último homem**: visões cariocas de administração armada da vida social. São Paulo: Boitempo, 2013. 288 p.

CAMACHO, V. **Povos indígenas e a construção da "Saúde dos Povos" na Bolívia**. Trabalho Apresentado no 11º Congresso Internacional da Rede Unida, realizado entre 10 e 13 de Abril de 2014, em Fortaleza.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Set. 2016.

CASTIEL, L. D. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 161-179. Disponível em: <<http://cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>>. Acesso em: 12 Jun. 2016.

CAVEIRUBER: Comando-geral da PM admite ter afastado policiais do 16ºBPM (Olaria) por suspeita de os militares terem atuado com o caveirão em favor dos traficantes na Cidade Alta. **Extra**. Rio de Janeiro, 9 Mai. 2017. Disponível em: <https://extra.globo.com/capas-jornal-extra/2017-05-90-21313253.html?mesSelecionado=Mai;ano=2017>. Acesso em: 25 jun. 2017.

CÉSAR, C. Beraderô in: **Aos Vivos**. São Paulo: Velas, 1995. 1 disco compacto (49 + min): digital, estéreo.

CHIAVERINI, D.H. (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

COLUCCI, C. Rio fechará 11 clínicas de saúde da família; programa era modelo no país. **Folha de São Paulo**. 01 ago. 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2017/08/1906303-rio-fechara-11-clinicas-de-saude-da-familia-programa-era-modelo-no-pais.shtml>. Acesso em: 06 ago. 2017.

COSTA, R. A biopolítica nos estudos sobre pessoas com deficiência. In: BRASIL. **Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P. 87-131.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, 2014.

DA COSTA, R. A Bipolítica nos Estudos sobre Pessoas com Deficiência. In: BRASIL. **Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2014. p. 87 – 132.

DEBORD, G. Teoria da Deriva. In: FELICIO, E. (org.). **Internacional Situacionista: deriva, psicogeografia e urbanismo unitário**. Porto Alegre: Deriva, 2007.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 2006. 493 p.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2010. 240 p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v. 3. São Paulo: 34, 1999. 94 p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Kafka: por uma literatura menor**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. 160 p.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998. 185 p.

DREXLER, J. La trama y el desenlace. Intérprete: Jorge Drexler. In: JORGE DREXLER. **Amar la Trama**. Buenos Aires: Warner Music, 2010. 1 disco sonoro. Faixa 2.

DUHALDE, M. A. **La investigación en la escuela: un desafío para la formación docente**. Buenos Aires: Ediciones Novedad Educativas, 1999. 128 p.

ELEFANTE. Direção: Gus Van Sant. HBO Films, 2006. 1 DVD (81 min), son., color.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999a. 269 p.

_____. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1999b. 560 p.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1999c. 152 p.

_____. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 590 p.

_____. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2012. 432 p.

FOUCAULT, M.; DELEUZE, G. **Os Intelectuais e o Poder**. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012, pp. 129-142.

FRANCO T.B.; JÚNIOR, H.M.M. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado. In: MEHRY, E.E. et. al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FRONTEIRAS do tráfico: Vigário Geral e Parada de Lucas. **Crimes News Blog do MG**. Rio de Janeiro, 17 Mar. 2015. Disponível em: <http://www.blogcrimesnews.tk/2015/03/fronteiras-do-trafico-vigario-geral-e.html>. Acesso em: 25 jul. 2017.

FUNCIONÁRIOS de Clínicas da Família fazem protesto em frente à prefeitura, no Rio. **Globo**. 04 ago. 2017. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/6056911/> Acesso em: 06 Ago. 2017.

GLOBAL HEALTH WATCH. **Global Health Watch 3: An Alternative World Health Report**. Londres: Zed Books, 2011.

GUATTARI, F. **Caosmose: Um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. 208 p.

_____. **As Três Ecologias**. Campinas: Papirus, 2012. 56 p.

_____. **Qué es la ecosofia?** Buenos Aires: Editorial Cactus, 2013, p.236.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005. 326 p.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 400 p.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 07-41, 1995.

HARZHEIM, E. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio De Janeiro - Avaliação dos Primeiros Três Anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. OPAS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/11/Clinicas-Saude-da-Familia-Rio-de-Janeiro.compressed.pdf>. Acesso em 06 Ago. 2016

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição**. Campinas: Papirus, 1999. 253 p.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do Cartógrafo. In: PASSOS, E.;

KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009. P. 32 - 51

KASTRUP, K; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. In: **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum – Volume 2. Porto Alegre: Editora Sulina, 2014.p. 263 – 280.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. 128 p.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.615-634.

LAVINAS, L. A financeirização da política social: o caso brasileiro. **Politika**, n.2, Rio de Janeiro, p. 35-31. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/09/Lena-Lavinas-colet%C3%A2nea-Cesinha-Politika-2015.pdf> . Acesso em 02 Apr. 2017.

LUZ, M. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, 2013. P. 11-23.

MACERATA, I. et. al. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. In: **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 919-930, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0919.pdf>. Acesso em 04 Set. 2016.

MARTINS, M. I. C.; CARNEIRO, C. C. G. **Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro**. CICS-Publicações/eBooks, p. 101 – 110.,2014. Disponível em: <http://revistacomsoc.pt/index.php/cics_ebooks/article/view/1901> Acesso em: 16 Abr. 2017

MERHY, E. E. **Engravidando palavras: o caso da integralidade**. Palestra proferida no Congresso da Rede Unida, Belo Horizonte, 2005. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>>. Acesso em: 14 Out. 2014.

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

MEHRY, E.E.; ET. AL. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n.52, Out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2017.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A. M. D. **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 225 – 265.

NAIPAUL, V.S. **Uma Curva no Rio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 320 p.

NEGRI, A.; HARDT, M. **Commonwealth**. Cambridge, EUA: Harvard Press, 2009. 448 p.

NETO, J. L. F. Retraçando os deslocamentos de Foucault: o lugar da biopolítica e da governamentalidade. In: **Psicologia em Estudo**. v. 20, n. 3 p. 365-376, 2015.

NETO, J.F.L.; KIND, L. Promoção da Saúde: uma discussão teórico-metodológica a partir de Foucault. In: LIMA, E.A, et. al. (Org.) **Subjetividade Contemporânea: Desafios Teóricos e Metodológicos**. Curitiba: CRV, 2010. p. 43-60.

NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 503-514, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Set. 2016.

NISE: O Coração da Loucura. Direção: Roberto Berliner. Imagem Filmes, 2016. 1 DVD (108 min), son., color.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **MI-GAP Manual de Intervenções** para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Organização Mundial De Saúde, 2010.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PASSOS, E; BARROS, R.B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. In: **Psicologia: teoria e pesquisa**. 16(1): p. 71-79, 2000.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A Cartografia como um método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009a. p. 17 – 31.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009b. p. 150 – 171.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 244 p.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Revista Psicologia e Sociedade** 17 (3), p. 18-25, set-dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>. Acesso em 03 de Abr. 2016.

PEKELMAN R., SANTOS A. A. **Território e lugar - espaços de complexidade**. 2009. Disponível em http://escoladegestores.mec.gov.br/site/8biblioteca/pdf/texto01_territorio_e_lugar.pdf. Acesso em: 02 set. 2016.

PELBART, P.P. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo... In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, supl.1, p.19-26, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00019.pdf>. Acesso em 15 Jun. 2016.

PÉLBART, P. P. **Elementos para uma cartografia da grupalidade**. Disponível em: <http://www.itaucultural.org.br/proximoato/pdf/textos/textopeterpelbart.pdf>. Acesso em: 9 dez 2016.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n., p. 1297 – 1314, 4, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a07v21n4.pdf>. Acesso em 03 de Abr. 2015.

PINHEIRO, R; GUIZARDI, L.B. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, 2013. P. 23-39.

PINHEIRO, R; GUIZARDI, L.B. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, 2013b. P. 23-39.

PREFEITURA cortará R\$700 milhões em despesas de secretarias. **G1**. Rio de Janeiro, 8 Mar. 2017a. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/prefeitura-do-rio-cortara-r-700-milhoes-em-despesas-do-municipio.ghtml>. Acesso em: 09 Ago. 2017.

PM admite que nove sargentos estão sob suspeita de ligação com o tráfico da cidade alta. **O Globo**. Rio de Janeiro, 9 Mai. 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/pm-admite-que-nove-sargentos-estao-sob-suspeita-de-ligacao-com-traffic-da-cidade-alta-21312958>. Acesso em: 25 jun. 2017.

RIO DE JANEIRO. Orientações para a expansão das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV_Manual_de_Orientacoes_para_Expansao_das_Clinicas_da_Familia.pdf. Acesso em: 20 jun. 2017.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Contrato de Gestão número 30/2014 – Contrato de gestão que entre si celebram o município do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde – SMS e a Organização Social Viva Rio, com vistas a regulamentação do desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde, dos equipamentos destinados ao Saúde da Família no âmbito da área de planejamento 3.1 e UPA Complexo do Alemão. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2761838/4144586/CG0302014VIVARIOCAP3.1eUPAAlemao.pdf>. Acesso em: 27 de Ago. de 2016.

RODRIGUES, H.B.C. As intervenções grupais: epistemologia ou história das práticas? In: **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Niterói, v. 3/4, nrs 1-2, jan/dez 91-92.

ROLNIK, S. Políticas da Hibridação: evitando falsos problemas. In: LIMA, E.A, et. al. (Org.) **Subjetividade Contemporânea: desafios teóricos e metodológicos**. Curitiba: Editora CRV, 2010. P. 14 – 21.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011. 248 p.

ROMAGNOLI, R.C., et. al. Por uma Clínica da Resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. In: **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p. 199 – 207, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30528/000774552.pdf?sequence=1>>. Acesso em 08 de Maio de 2016.

SAID, E. **Cultura e Imperialismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 464 p.

SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 63, 2002. P. 237-280.

SANTOS, R.P.O. "**Metas para que te quero?**" Os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e as percepções dos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio, dissertação de mestrado defendida em 2017. (Material ainda não publicado)

SANTOS-FILHO, S. B. Indicadores de valorização do Trabalho e Trabalhadores da saúde: construindo o conceito de avaliação a partir de uma perspectiva analítica, In: BARROS, M. E. B.; SANTOS-FILHO, S. B. (Orgs) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde**, Ed. Unijui, 2007.

SPINK, Peter Kevin. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 20, n. spe, p. 70-77, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Ago. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2012. 726 p.

TEIXEIRA, R.R. As dimensões da produção do comum e a saúde . **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. suppl.1, p. 27-43, jun. 2015. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104737>>. Acesso em: 09 ago. 2017.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000100008&script=sci_arttext

VALLA, V.V. A crise de interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P.35-49

VELOSO, C. Um Comunista in: **Abraço**. São Paulo: Universal, 2012. 1 disco compacto (66 + min): digital, estéreo.

VIEIRA, S. S.; NEVES, C. A. B. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. **Fractal, Rev. Psicol**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, p. 24-33, Apr. 2017 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922017000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Ago. 2017.

VIEIRA,F.S.; BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309913793_Nota_Tecnica_Ipea_n_28_-_Os_impactos_do_Novo_Regime_Fiscal_para_o_financiamento_do_Sistema_Unico_de_Sau_de_e_para_a_efetivacao_do_direito_a_saude_no_Brasil . Acesso em: 05 ago. 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. **Sociology of Health and Illness**, Vol. 36, n. 3, 2014. p. 432-446. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.12069/epdf>. Acessado em: junho de 2016.

VEYNE, P. **Como se escreve a história.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. 285 p.

WHITMAN, W. **Folhas da Relva:** a primeira edição (1885). São Paulo: Iluminuras, 2005. 324 p.