



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

O AMOR ÁGAPE E O PODER NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DILMA LUCENA DE OLIVEIRA

JOÃO PESSOA-PB
2019

DILMA LUCENA DE OLIVEIRA

**O AMOR ÁGAPE E O CUIDADO NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Doutor em Sociologia. Linha de Pesquisa: Sociologia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

JOÃO PESSOA-PB
2019

O48a Oliveira, Dilma Lucena de.
 O amor ágape e o poder na construção do cuidado em uma
 Unidade de Saúde da Família / Dilma Lucena de Oliveira. – João
 Pessoa, 2019.
 260 f.

 Orientador: Eduardo Sérgio Soares Sousa
 Tese (Doutorado) – UFPB/CCHLA

 1. Cuidado. 2. Ágape. 3. Poder. 4. Integralidade.
 5. Subjetividade e cuidado. I. Sousa, Eduardo Sérgio Soares. II.
 Título.

UFPB

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

DILMA LUCENA DE OLIVEIRA

A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

tese apresentada em sessão pública ao
Programa de Pós-Graduação em Sociologia do
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da
Universidade Federal da Paraíba como
requisito para obtenção do título de **DOUTORA**
em Sociologia.

Aprovada em 13 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Eduardo Sérgio Soares Sousa
Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

Presidente

Adriano Azevedo Gomes de Leon
Dr. Adriano Azevedo Gomes de Leon
PPGS/UFPB

Simone Magalhães Brito
Dr. Simone Magalhães Brito
PPGS/UFPB

Idé Gomes Dantas Gurgel
Dra. Idé Gomes Dantas Gurgel
FIOCRUZ

Juliana Sampato
Dra. Juliana Sampato
FIOCRUZ

JOÃO PESSOA
2019

Dedico a
Gabriela e Sofia, meus amores.
Luiz, meu amado.
Laís, minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Antes de agradecer, um pedido de perdão aos meus pacientes que um dia considerei difíceis de cuidar. Hoje mostram para mim quanto eu sei pouco e quanto é preciso amar.

Aos profissionais, minhas e meus colegas, nesta trajetória de aprendizagens, agradeço tudo o que aprendemos, mas principalmente a generosidade de me ensinar. Nessa mesma direção, aos meus estudantes recalcitrantes, desafiadores e com muita sede de aprender.

A Ju e Thayane, companheiras de estudo, agradeço as críticas, observações, construções conjuntas.

A Juliana, Pedro, Alemão, Janine, Aldenildo, Thayane, Gabi, Carlos, cujas observações e apoio me ajudaram a finalizar e a gostar de meu texto. A Ednalva Maciel Neves, a carinhosa acolhida e paciência com minhas questões. A Idê Gomes Dantas Gurgel, a leitura atenta e minuciosa na pré-banca, assinalando erros, propondo caminhos. Da mesma forma, a Simone Brito, a acolhida e sugestões tão valiosas.

Ao meu Orientador, Eduardo Sérgio Soares Souza, a disponibilidade em me aceitar como orientanda e a paciência nestes últimos quatro anos da construção desta tese.

A Adriano de León, a acolhida e disponibilidade em avaliá-la. Aos demais professores do PPGS que me apoiaram em minhas dúvidas, os bons debates e grandes aprendizados, especialmente nas pessoas de Marcela Zamboni, Rogério de Souza Medeiros e o próprio Adriano de León.

“Pois largue a medicina, não consegue ver uns vermesinhos em uma ferida, pois largue a medicina.”

(Nino, um paciente, morador de rua, respondendo a uma estudante de medicina que ralhava com ele pela miíase de sua ferida).

LÂMINAS (Sobre como ser lâmina e não ferir)

[...] O que seria de mim sem essa lâmina de sensibilidade cortando a vida em postas sem ferir as mãos?

[...] Haveremos de ser com arte antes mesmo de ser pela arte!

Outro, outros tantos num só que, de tanto ser,
Não haverá como mais somente ser desta ou daquela,
dest'arte!

[...] Não se trata de avaliar o instante.
Gostei. Não gostei. Positivo. Negativo.
Nada disso. Nada disso. Nada disso.
Sejamos práticos!

Sejamos claros, objetivos?
Sejamos práticos coisa nenhuma.
Prática, clara, objetiva e eficiente é a morte.
Morte produzida e vendida nos mercados.

[...] Vida rara em constante desafio.
Falamos de vida.

A vida do poema! A alma do poema! A poesia!

O ser e o tempo da poesia.

A biodiversidade da alma no ser

afora os mercados de capitais. [...]

Cometas poderes! Cometas poderes!

Cometas... Cometas! Co2! H2O

...que poderes?

(Ray Lima, 2009).

RESUMO

A produção do cuidado em saúde é cartografada, tendo como cenário uma Unidade de Saúde da Família (USF) e sob a tensão das propostas de transformação da assistência em direção à segurança e à integralidade, conforme promulgadas no Sistema Único de Saúde. A integralidade vincula-se à pertinência de uma abordagem que compreende o indivíduo para além de um recorte biológico, ao modo de uma atuação voltada à complexidade dos determinantes das necessidades dos usuários, bem como dos territórios onde estão inseridos, associada a uma atuação que se implique com essas demandas, visando a ações de prevenção, de assistência, de reabilitação e de promoção da saúde. Objetiva-se analisar a construção do cuidado integral em uma Unidade de Saúde da Família, focando-se nas práticas dos profissionais de saúde. Sua importância se insere em evidenciar formas de facilitar, na formação profissional e na educação permanente, a compreensão da complexidade das demandas e a construção de competência para se implicar e atuar sobre elas. Cartografaram-se as situações de cuidado segundo as proposições de Deleuze e Guattary (1995). O analisador foram as situações consideradas como difíceis de cuidar. O conceito de cuidado integral atuou como um conceito dispositivo para problematizar com os atores as ações vivenciadas no cotidiano da USF, a convite de profissionais da equipe de saúde. A noção de cuidado no campo da saúde é refletida na relação entre a biomedicina, o biopoder e as noções que estão estruturando-se a partir da integralidade. Os significados atribuídos ao cuidado e as práticas que possibilitam são descritos, analisados e, por fim, problematizam cenas do cotidiano da USF, cujo processo de trabalho ainda se centra no diagnóstico, prescrição e procedimentos. Em seguida, a problematização das lógicas e dos poderes envolvidos na construção do cuidado de uma criança, que desnutriu gravemente, possibilita descrever como sua equipe produz novos aprendizados sobre a forma de cuidar dela e outras subjetividades para o reconhecimento da mãe cuidadora e as formas de explicar seu contexto. Evidencia-se o cuidado como dispositivo de poder, portanto, produtivo, deslocando-se da lógica de poder-dizer-sobre, centrando-se em procedimentos, para a noção de poder como produção de novas formas de ser e viver a vida diante das necessidades apresentadas. Por último, mapeiam-se imagens de cuidado evidenciando regimes de ação dos atores que se caracterizam dentro das lógicas biomédica e integral. Verifica-se que elas se articulam com afetos produzidos nos profissionais e formas como o usuário é reconhecido. As cenas de cuidado que se caracterizaram pela ausência de necessidade de reciprocidade e de equivalência categorizaram-se como o estado de ágape. Esse estado de ação, apesar de se articular principalmente com a lógica integral, não é fixo e pode ser construído como competência; seja por meio de uma reflexão sobre a produção do sujeito paciente, seja pela produção do vínculo relacionado com a longitudinalidade do cuidado e a proximidade dos territórios existenciais das pessoas, favorecidos pelo modelo de inscrição da ESF. Neste caso, a avaliação do usuário não se baseava em uma uniformização de um jeito de ser ou de viver, mas na universalização de acesso a possibilidades de um bem viver.

Palavras-chave: 1. Cuidado. 2. Ágape. 3. Poder. 4. Integralidade. 5. Subjetividade.

ABSTRACT

The production of health care is mapped against the backdrop of a Family Health Unit (USF) and under the tension of the proposals for transformation of care towards safety and integrality, as promulgated in the Sistema Único de Saúde (SUS). Integrality is linked to the relevance of an approach that understands the individual beyond a biological perspective, in the manner of a performance focused on the complexity of the determinants of users' needs, as well as the territories in which they are inserted, associated with a performance that get involved with these demands, aiming at prevention, care, rehabilitation and health promotion actions. Seeking to analyze the integral care construction in a Unidade de Saúde da Família (USF), focusing on the practices of health professionals. Its importance lies in highlighting ways to facilitate, in professional qualification and permanent education, in the understanding of the complexity of demands and in the construction of competence to be involved and act on them. Care situations were mapped according to the propositions of Deleuze and Guattary (1995). The analyzer were the situations considered as difficult to take care of. The concept of integral care acted as a device concept to problematize with the actors the actions experienced in USF's daily life at the invitation of health team professionals. The notion of care in the health field is reflected in the relationship between biomedicine, biopower, and the notions that are structuring from integrality. The meanings attributed to care and the practices that enable them are described, analyzed and finally problematize scenes from the USF's daily life, which work process still focuses on diagnosis, prescription and procedures. Then, the analysis of these logics, the knowledges and the powers involved in the construction of the care of a severely malnourished child makes it possible to describe how her team produces new learnings on how to take care of her and other subjectivities for the recognition of the caregiving mother and the ways to explain her context. Care is evidenced as a power device, therefore productive, shifting from the logic of "being able to say about it", focusing on procedures, to the notion of power as the production of new ways of being and living in the face of the necessities presented. Finally, care images are mapped showing action states of the actors characterized within the biomedical and integral logics. It is verified that they are articulated with the affections produced in the professionals and the ways in which the user is recognized. The scenes of care that were characterized by the absence of need for reciprocity and equivalence were categorized as the state of agape. This action state, although articulating mainly with integral logic, is not set and can be built as a competence; either through a reflection on the subject's production, such as the case of the family of the malnourished child, or through the production of the link related to the longitudinality of care and the proximity of people's existential territories, favored by the registration model of ESF. In this case, the user's evaluation was not based on a standardization of a way of being or living, but on the universalization of access to the possibilities of a good living.

Keywords: Agape. Care. Care and biomedicine. Family health strategy. Integrality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CsO	Corpo sem Órgãos
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EG	Economia das grandezas
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS-AB	e-SUS Atenção Básica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MHA1	Módulo Horizontal A1
MHA2	Módulo Horizontal A2
MOPS	Movimento Popular de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OME	Otite média com efusão
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização de Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria do Ator Rede
TC	Terapia Comunitária
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
OBJETIVO GERAL	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
OS PONTOS DE VISTA DEFINIDOS NA CARTOGRAFIA	22
CAMINHOS DO CAMPO DE ESTUDO	39
O Meu Campo e de onde Eu Olho: eu objeto e eu pesquisadora	39
Como Eu Olho o Campo: a cartografia e uma narrativa	44
O Passo a Passo do Caminhar no Campo	56
A Narrativa: descrevendo o aprendizado dos caminhos seguidos	64
1 INTEGRALIDADE, BIOMEDICINA E CUIDADO	68
1.1 Cuidado, saúde e integralidade como objeto de estudo	68
1.1.1 A saúde e a integralidade	69
1.1.2 A biomedicina e o cuidado	76
1.1.3 O cuidado biomédico e a medicalização	82
1.2 As fugas possíveis para o cuidado integral	87
1.2.1 A perspectiva semântica e filosófica: de que cuidado estamos falando?	93
1.2.2 O cuidado como uma relação de poder: a ética e a política do cuidado	97
1.2.3 Cuidado(s) e clínica(s): uma integração teórico-prática	101
1.2.4 A (re)invenção do cuidado: estudos que avaliam processos de trabalho ou práticas de saúde que visam à integralidade	106
1.2.5 Estudos que sugerem abordagens pautadas em outras racionalidades para possibilitar a construção do cuidado integral	110
2 (IM)POTÊNCIA DO SABER BIOMÉDICO: O CUIDADO QUE PODERIA TER SIDO	111
3 CUIDADO INTEGRAL E O RECONHECIMENTO DO SUJEITO: DE MÃE NEGLIGENTE A ALGUÉM COM DIREITO A SER CUIDADO	127
3.1 A ESF, a USF e o território	127
3.2 Conhecendo a família de Aíra e seu contexto	138
3.2.1 A casa de Aíra	138
3.2.2 Aíra, sua rede social e sua relação com os serviços de assistência	139

3.2.3	Os cuidados com as crianças de Aíra	142
3.2.4	Aíra e sua forma de cuidar	146
3.3	Aíra: de mãe negligente a alguém que necessita e tem direito ao cuidado	158
3.3.1	O estranhamento do problema da fome	164
3.3.2	O cuidado possível	172
4	O CUIDADO INTEGRAL E O RECONHECIMENTO DOS SUJEITOS...	186
4.1	O olhar técnico e a justificação da (não) implicação: o cuidado a partir de um ideal e a pessoa como objeto	193
4.2	O olhar integral e o reconhecimento do usuário	216
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	233
	REFERÊNCIAS	242

INTRODUÇÃO

A estudante apresentava o Plano de Apoio Social da família, trabalho de avaliação da situação social e de necessidades de cuidado de uma das famílias que acompanhava na disciplina Modulo Horizontal A1 (MHA1) do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Avaliando suas atitudes no campo do cuidado e sabendo de sua resistência em compreender potência na família que estava sob seus cuidados, inquieto-me com a discrepância entre seu fazer na família e o processo de teorização compreensivo e acolhedor que expunha no trabalho teórico; coerentes com os referenciais teóricos, trazidos pela disciplina para compreender a situação da família, baseados na autonomia do usuário, na busca de compreensão das subjetividades das relações, na compreensão dos fatores culturais e dos determinantes históricos sociais e econômicos envolvidos com os problemas.

Diante disso, problematizo com a estudante se ela não achava a mãe negligente por não conseguir tratar da otite secretora¹ de dois dos seus cinco filhos e quase nunca atender às prescrições da equipe de saúde. Ela me olha furiosa e responde que sim, que achava a mãe negligente: “Estou dizendo isto para obter a nota, a senhora quer me fazer uma pessoa melhor. Eu não cuido nem de minha mãe!” Essas palavras me impactaram muito, tanto que ainda as tenho vivas na memória.

Essa reação desafiadora da estudante não é incomum em meu cotidiano. É potencialmente criativa, só possível àqueles com sede de aprender e construir algo, mas de certa forma marcada por “sofrimento”, uma verdadeira crise, seja com estudantes, residentes, seja mesmo durante momentos de educação permanente com profissionais. A crise não diz respeito aos referenciais teóricos trabalhados, ela fala de afetos produzidos ao pôr estes em prática. A disciplina não discutia amor, nem orientava códigos e posturas morais. Pelo menos, naquela época, eu não deixava isso claro, como é comum às práticas de ensino positivas.

São momentos que costumam ser ricos em aprendizagem, quando problematizamos sobre nossas certezas e buscamos formas de refletir que outras possibilidades de ver e abordar o problema poderiam ser pensadas para além das normas, leituras e práticas apresentadas.

A fala da estudante coincidiu com os estudos para construção do meu problema para o doutorado e me agenciou mais que em outros momentos, aumentou meu desejo de mapear

¹ Otite média com efusão (OME) é definida pela presença de líquido na orelha média sem sinais ou sintomas de infecção aguda. O fluido persistente na orelha média nos casos de OME leva à diminuição da mobilidade da membrana timpânica e serve como uma barreira à boa condução sonora. Mais detalhes em Di Francesco, Moricz e Marone (2016).

como ocorrem esses processos de empatia, reconhecimento, engajamento para o cuidado integral. Ela trouxe para a sala de aula um debate raro que correlaciona o cuidado em saúde com o amor.

Sua reação desencadeou um belo debate em sala de aula, que não lembro os detalhes, mas extravasou aquele momento e foi compor sua atitude perante a família. Ela não desistiu de seu aprendizado, conseguiu desenvolver atitude de solidariedade com a matriarca da família de forma profunda.

No semestre seguinte, na disciplina Módulo Horizontal A2 (MHA2), desenvolveu como trabalho acadêmico uma ação de educação permanente com a equipe de saúde de referência da família, cujo mote era “cuidando de famílias que vivem em vulnerabilidade social”. Em parte, ela ajudou a construir meu problema. Pensei, inclusive, em ser esse o título de minha tese.

Relacionar o cuidado na saúde com tornar-se uma pessoa melhor produz um incômodo no meio acadêmico, mas essa reação não é rara nos processos de formação que vivencio, seja com estudantes de graduação, seja com profissionais na Educação Permanente.

Problematizar situações de cuidado em direção a se responsabilizar por questões que remetem à alteridade e a se responsabilizar com outros campos que não o biológico, não raro, produz situações de conflito. Os que estão no papel de cuidar raramente se sentem julgados, como se estivessem sendo acusados injustamente de não estar cumprindo aquilo que é de sua responsabilidade ou de não estarem sendo suficientemente acolhedores do outro. Problematizar a insuficiência das práticas e a amplitude do cuidado para outros campos relaciona-se com valores e formas de reconhecer o usuário.

Este estudo trata das questões exemplificadas nessa cena, visa à produção de cuidado no aspecto do encontro entre usuário e profissional, tentando dar conta dos saberes, dos poderes e dos afetos que o atravessam. Centrando-se na ação dos profissionais de saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF), buscou-se cartografar as práticas no cotidiano do contexto da mudança paradigmática para o cuidado integral e da assistência à saúde como seguridade, propostas e tencionadas, mais intensamente, desde a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio de um estudo de caso específico, busco compreender como se constrói a lógica de cuidado que se precisa estabelecer. Lógica que se contrapõe ou amplia a hegemônica do ponto de vista paradigmático e interfere com a ideia de mercado de consumos da indústria tecnológica e de medicamentos.

No Brasil, o SUS vinha inscrevendo não só mudanças de processos de gestão, de financiamento e de estruturação da assistência à saúde, mas também mudanças paradigmáticas, exigindo transformações na forma de fazer saúde, sendo esse, ainda, um de seus grandes desafios; em que pesem as graves ameaças a esse processo, postas pela atual Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2017)² e as novas regras de financiamento do setor (EPSJV/FIOCRUZ, 2019),³ proposta pelo atual governo de ultradireita, eleito em 2018, alinhado às ideias liberais de redução da seguridade e direitos adquiridos.

Não obstante, a necessidade de mudança paradigmática da forma de definir saúde e prestar assistência vem ganhando corpo desde a metade do século passado, e os avanços no campo epistemológico, político e operacional não se restringem ao Brasil e ao SUS, mas se processa mundialmente.

Um dos princípios do SUS, a integralidade, vincula-se à pertinência de uma abordagem que compreende o indivíduo para além de um recorte biológico, ao modo de uma atuação voltada à complexidade dos determinantes das necessidades dos usuários, bem como dos territórios onde estão inseridos, associada a uma atuação que se implique com essas demandas, visando a ações de prevenção, de assistência, de reabilitação e de promoção da saúde (BRASIL, 2012a). Isso representa um problema para o paradigma biomédico que norteia as práticas hegemônicas de saúde, cuja abordagem se baseia na especialização do campo biológico, fragmentando e reduzindo os processos de produção da saúde na atuação sobre o patológico (TESSER; LUZ, 2008).

Na Atenção Básica em Saúde (ABS),⁴ estruturada no Brasil de forma prioritária e majoritária até 2017, na forma da Estratégia de Saúde da Família (ESF),⁵ o cuidado prestado às pessoas vincula-se à adscrição de um território e ocorre de forma longitudinal, possibilitando o contato com um conjunto de problemas complexos de forma continuada, os

² Política promulgada pelo governo que se sucedeu ao golpe parlamentar que destituiu o governo eleito em 2014.

³ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

⁴ A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação (PNAB, 2006) enquanto a estratégia das ações municipais de saúde é concebida como ordenadora do sistema loco regional, integrando os diferentes pontos que compõe e definindo um novo modelo de atenção à saúde. Princípios ordenadores: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, responsabilização, coordenação e resolubilidade.

⁵ Como referido, o atual governo instituiu mudanças na PNAB que ameaçam o modelo de adscrição e vinculação de responsabilidade de uma equipe de saúde a um território; também possibilita o regime de semiplantão nas UBS, o que possibilita a caracterização da assistência por meio da priorização do atendimento às questões patológicas agudas, dificultando e, até mesmo, impossibilitando, processos de trabalho voltados para o seguimento dos usuários e para a prevenção, e a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

quais os técnicos não conseguem compreender nem dar respostas efetivas se baseados apenas nos referenciais explicativos e técnicos do modelo biomédico. Demandas que até então não eram tidas como responsabilidade dos serviços de saúde focados na assistência à patologia.

O cuidado é ontológico para o ser humano. Sem eles, não sobrevivemos, mas seus sentidos e usos são histórica, cultural e socialmente construídos. No Ocidente, no campo da saúde, ao longo do desenvolvimento da biomedicina, essa noção foi separada da noção de cura. O conceito de cuidado vai ser associado a valores sociais do privado e do íntimo, muitas vezes naturalizados, especialmente pelos afetos que desperta. Na razão positiva e utilitarista, ele é um valor secundarizado, atribuído a uma função do feminino, deixado às classes pobres, tendo menor ou nenhuma valorização econômica. No contexto dos tencionamentos em direção a mudanças das práticas de cuidado em saúde, essa noção é desafiada em termos epistemológicos, políticos e éticos.

Esse contexto evidencia o cuidado como valor, traz para a superfície questões não debatidas no âmbito público, evidenciando as ambiguidades do ato de cuidar que, ao mesmo tempo que é uma ação pública, envolve acolhimento do outro, sentimentos do profissional gerados no encontro com o diferente.

Outro aspecto do problema diz respeito à questão da assistência à saúde elevada ao padrão de seguridade, com garantia de acesso universal, associado à ampliação do significado da saúde. O que traz para o centro do debate e da implicação dos profissionais de saúde as noções de cidadania, de igualdade dos indivíduos atravessada pelas iniquidades e das graves diferenças sociais com as quais convivemos, de alteridade necessária para reconhecimento do usuário em seu modo de viver a vida e de modo de responsabilização do profissional sobre as questões complexas que atravessam a produção da saúde.

A importância deste estudo se insere em aprofundar o debate sobre o cuidado integral, buscando problematizar cenas cotidianas dos atores que atuam no palco da Atenção Básica, tensionados por produzir saúde como direito à vida. Cenas que se movimentam entre saberes e poderes que atravessam o campo da saúde, mas também pela forma como compreendemos o mundo e as relações sociais, pois no campo da saúde, fulgura-se a necessidade de admitir e acolher o diferente. Trago para o debate os afetos relacionados com a produção do cuidado em saúde neste contexto, evidencio o amor como necessário ao cuidado, tema pouco aprofundado como competência a ser estruturada ou capacidade a ser estimulada no cotidiano das práticas e da organização dos serviços.

O trabalho também se insere na possibilidade de evidenciar a importância de introduzir, na formação profissional e na educação permanente, competências em direção ao

cuidado integral como uma utopia possível, tanto de apostar na potência criativa do profissional em criar ferramentas e formas de abarcar e compreender a complexidade das demandas, como em construir competência de agir gratuitamente pela função de cuidar, no sentido de apoiar processos de vida para quem e que vida demande.

O conceito de cuidado, neste trabalho, pretendido como integral e entendido como um direito de cidadania, discussão que consiste em um dos objetivos da tese, remete-se a duas questões: a produção de vida, uma vida não qualificada (DELEUZE, 2002), uma vida verdadeira, diria o poeta Thiago de Mello (1999), “um modo de existência” (PELBART, 2014, p. 256) que não existe ainda, que se instaura; e uma segunda, imbricada com a primeira, diz respeito à produção das condições e possibilidades de uma vida considerada boa, com parâmetros construídos pelos sujeitos do cuidado, sem perder de vista as configurações sociais e o acesso aos bens sociais disponíveis.

Para construir esse conceito, foi necessário primeiramente compreender que significados e usos estão sendo operados no campo científico sobre cuidado desde as proposições de mudanças no campo da saúde. Ele apresenta ampla polissemia, representa diferentes interesses políticos, e sua construção é histórica. Dessa forma, o primeiro passo da pesquisa foi buscar compreender que usos e significados estão sendo produzidos por ele. Essa foi uma demanda do próprio campo, quando, ao problematizar sobre a integralidade da ação ou a responsabilização da equipe sobre os vários aspectos da demanda do usuário, apareciam diferentes compreensões sobre o que seria esse cuidado ou sobre o que é responsabilidade do profissional de saúde cuidar.

Cuidar nessa direção desafia não só o saber/poder biomédico, mas também o biopoder como homogeneizador de formas de viver e cuidar de si. Além disso, responsabilizar-se pela produção da saúde em seu conceito ampliado relaciona-se com o acesso a essa como direito de cidadania e pressupõe questões relativas à alteridade e às formas como reconhecemos as pessoas em seu saber e poder.

Com base nas situações vivenciadas no campo, o recorte do estudo realizou-se em três aspectos da produção do cuidado. Um deles foi focar na relação de cuidado os aspectos do saber-poder da biomedicina, como vetor legitimado socialmente, produtor de subjetividades e objetivador de práticas, mas não especificamente o saber biomédico, todos os saberes envolvidos interessavam, não no sentido de sua descrição, mas compondo lógicas que moviam as ações.

Outro aspecto importante nessa relação é o contexto social da pessoa que demanda cuidado, o qual atravessa suas demandas, seja na sua determinação, seja na forma como é

compreendida e enfrentada, bem como as circunstâncias cotidianas em que as práticas de saúde são desenvolvidas pelos trabalhadores que prestam o cuidado. A partir desse foco, especificamente busquei entender como esse contexto era compreendido pelos profissionais de saúde e interferia nas ações.

Um último aspecto focado diz respeito aos valores e às posturas que os profissionais de saúde operam na produção do cuidado e como reconhece o usuário em seu direito a ser cuidado. Especialmente, busquei perceber modos de vinculação e comprometimento com o cuidado nas situações vivenciadas. Esse aspecto esteve vinculado a afetos gerados nos profissionais correlacionados com a forma como o usuário era reconhecido. A contribuição da noção de regime de ação associada à teoria do ágape, proposta por Boltanski (2000), possibilitou um aprofundamento da compreensão desses afetos e apoio à hipótese da construção da competência para atuar em direção a um cuidar amoroso e acolhedor.

De forma resumida foram questões para esta pesquisa, construídas principalmente a partir da vivência no campo: O que atravessa a construção do cuidado em saúde possibilitando a potência criativa em direção à lógica de cuidado que precisa estabelecer-se? Como se processa o reconhecimento do usuário em relação ao seu contexto e como digno de cuidado?

A pesquisa se situa no campo da praxiologia. Busquei mapear a produção do cuidado por meio dos profissionais de saúde. Fiz uso da cartografia como método, a qual permite acompanhar processos. Defino o campo cartográfico conforme Deleuze e Guattari (1995). Pensar na construção do cuidado como um processo rizomático possibilitou seguir saberes, fatores, posturas, justificações, buscando suas conexões e colhendo seus efeitos. Entendendo esse processo como imanências possíveis aos atores e contextos, capturas realizadas em determinado encontro e campo de forças, mas sempre mutáveis e cambiantes. Embora tenha partido do conceito do cuidado integral em saúde – cujo uso e significados consistem em parte do meu objeto de estudo –, este tinha a função de um horizonte não necessariamente normativo, mas uma utopia realizável, sendo para a pesquisa um conceito dispositivo para problematizar as situações de cuidado.

Inspirei-me nas proposições de Mol (2008a), para quem as várias formas de compreender e realizar o cuidado são interfaces de um mesmo contexto, entendendo a realidade em sua multiplicidade. Nessa direção, as várias versões para explicá-la importam na forma como se relacionam e se coordenam produzindo, no contexto da situação de cuidado, as possibilidades de entender as demandas e enfrentá-las. Interessa ao estudo da ação não apenas

o que motiva o indivíduo, mas o contexto estrutural, a qualidade das relações e seus processos de poder, os referenciais teóricos e as técnicas, tudo se relacionando em movimento.

A pesquisa não buscou medir ou verificar que lógicas se aproximam das diretrizes do cuidado integral, mas compreender e colher os efeitos que produziam à medida que os atores se movimentavam entre elas, tendo ele como um modo de visibilidade.

No entanto, as lógicas que possibilitam o cuidar não estão fixas. Em uma mesma situação e com os mesmos atores, as lógicas que movem a ação atuam em disputa, resistência ou colaboração, em um campo de forças relacionais, mesmo que sob a hegemonia do saber biomédico. A análise de como se processam as capturas, de modo a prevalecer algumas e outras não, foram pensadas mediante o eixo saber-poder e subjetividades conforme Foucault (1979a, 1979b, 1995, 2010a). Nessa direção, o caminho proposto foi analisar como o poder ocorre nas relações cotidianas, produzindo noções de sujeitos e subjetividades, entendendo estas como efeitos dos encontros de cuidado.

A ação de cuidar foi compreendida como um diagrama, em que busquei visualizar os diversos feixes que poderiam convergir em direção à produção da vida ou em direção à captura do procedimento disciplinar, ordenador de modos de vida preestabelecidos, vistos não como extremos antagônicos, mas como dobras possíveis e relacionadas com o contexto.

A ação dos profissionais relacionava-se com afetos. Para compreendê-los e acompanhar a mudança de ambos a partir da reflexão sobre o cuidado, apoiei-me na noção de regimes de ação proposta por Luc Boltanski e Laurent Thévenot (BOLTANSKI, 2000).

Boltanski (2000) demonstrou que as relações de aceitação e reconhecimento, em momentos de reivindicação de justiça, estão condicionadas à capacidade dos autores de produzirem um discurso ou lançar mão de objetos que possibilitem sua identificação e aceitação de sua crítica como justa. A este trabalho, interessa especialmente a proposição construída pelo autor sobre os estados de ágape para entender os momentos de subjetivação em que os profissionais migram de percepção sobre o usuário, a forma como o acolhe e ampliam o cuidado.

O encontro do cuidado remete a emoções, como o amor ou o desamor, mas nem sempre falamos sobre isso no cotidiano das práticas, nem no campo da produção científica (BOLTANSKI, 2000). Dessa forma, as proposições de Boltanski (2000), ao sugerir possibilidades de estados de amor e justiça nas quais os indivíduos em relação transitam, possibilitaram evidenciar a existência de formas de reconhecer o outro na relação do cuidado por meio da reflexão desses estados.

Os pontos de vista definidos acima – a ação e a lógica que a estrutura, o poder exercido nas relações que a compõe e o reconhecimento social do usuário – são compreendidos como uma forma de possibilitar um mergulho na realidade estudada, produzindo uma narrativa sobre ela.

No segundo tópico desta introdução, faço uma breve discussão sobre esses olhares teóricos que subsidiaram os pontos de vista da cartografia e, no terceiro tópico, descrevo como foi construída a cartografia.

A tese está estruturada em cinco capítulos. O primeiro diz respeito à noção de cuidado e sua relação com o campo da saúde, da biomedicina, do biopoder e das noções que estão estruturando-se a partir da integralidade. Realizo uma revisão bibliográfica narrativa, visando conhecer as proposições no campo acadêmico sobre o conceito de cuidado e seus usos propostos por essa noção. O material encontrado relativo aos significados atribuídos ao cuidado foi assim sistematizado: a abordagem do conceito sob um viés semântico, filosófico e social; sua apreensão como uma relação de poder; a correlação entre cuidado e clínica; e o cuidado e as noções de amor e atenção.

Em relação aos usos do conceito do cuidado, no sentido de que ações ou proposições estavam sendo construídas, sistematizei dois tópicos: os estudos que avaliavam os processos de trabalho ou práticas de saúde que visam à integralidade; e aqueles que sugerem abordagens pautadas em outras racionalidades ou disciplinas para possibilitar a construção do cuidado integral.

No segundo capítulo, aprofundo a compreensão sobre a biomedicina e a medicalização, para melhor problematizar os efeitos dessa racionalidade na organização dos serviços de saúde e das práticas do setor. Essa noção é problematizada em situações de cuidado vivenciadas em campo, buscando visualizar a possibilidade de construir um processo de trabalho voltado para a integralidade, que ultrapasse as noções da biomedicina e a estrutura do serviço baseada no diagnóstico e na terapêutica medicamentosa. Sem realizar proposições, procurei recolher no cotidiano do serviço e das práticas os efeitos da organização do processo de trabalho da USF estruturada dessa forma.

O terceiro capítulo busca descrever o processo de cuidado desenvolvido com uma criança que desnutriu gravemente, filha de Aíra, no qual participei por meio do convite de pessoas da sua equipe de referência. Escolhi esse codinome por significar mãe em tupi-guarani, sendo essa a maneira que nós, profissionais de saúde, costumamos nos referir a nossas usuárias: “mãe”.

Descrevo inicialmente o campo, centrada na estrutura da USF do estudo, as características de seu território e a família de Aíra. São imagens com o objetivo de mostrar ao leitor o contexto social de quem recebe o cuidado, as circunstâncias cotidianas da estrutura da USF.

Em seguida, aprofundadas as lógicas que definem a situação e seu contexto, entre elas, as várias formas de compreender o problema desnutrição/fome; seguindo-se as ações produzidas ou propostas que desconsideraram o saber e a realidade de Aíra; por último, a forma como Aíra vai construindo-se e sendo construída como pessoa em meio à equipe de saúde.

O principal aprendizado no caso de Aíra foi a possibilidade de novas subjetividades no que diz respeito ao reconhecimento dela e as formas de explicar seu contexto. Inicialmente, ambos atravessados pelo referencial biomédico e, quando este se mostrou insuficiente, por valores morais hegemônicos da sociedade que produzem uma significação sobre a pobreza e o pobre. No entanto, esse cuidado não é fixo, variando as possibilidades na medida em que se problematizaram estas formas de explicar e reconhecer, produzindo-se dobras às subjetividades existentes, possibilitando outra forma de cuidar.

Novas visibilidades sobre o sujeito Aíra, sua família e a relação com a pobreza produziram novas subjetividades. A própria Aíra se modifica em sua relação com a equipe e suas prescrições. O sujeito vai construindo-se à medida que se produzem outros conhecimentos sobre como avaliar a situação, outros saberes. Julgar passou a ser visto como uma atitude ruim para o cuidado, passando-se a evitar estabelecer generalizações.

Evidencia-se o cuidado, pretendido como integral, como dispositivo de poder, enquanto sua conotação produtiva. Dessa forma não se realiza na produção de procedimentos, sob a lógica de poder-dizer sobre e para o outro. Na qualidade de poder, ele só se realiza na produção de um cuidar de si que responda às necessidades demandadas. O que move o cuidador é o bem viver do outro, não na perspectiva de um bem universal, mas na perspectiva de uma construção local e conjunta.

No quarto capítulo, reúno os aprendizados que dizem respeito à forma como é compreendido o papel do profissional em relação à complexidade das demandas apresentadas, como compreende a relação do paciente com o seu contexto e como o paciente é compreendido ou reconhecido na relação. Representa a reflexão sobre a ação do profissional. No capítulo sobre Aíra, busquei captar o movimento do processo de cuidado; neste busco olhar as cenas ou imagens congeladas, com base nas falas e percepções postas pelos profissionais sobre esta e outras situações de cuidado.

Utilizando como analisador os casos considerados pelos profissionais como “difíceis de cuidar”, foram trazidos problemas complexos que não dependiam apenas de uma intervenção técnica, remetiam a formas de cuidar de si, de compreender e viver a vida ou eram atravessados pela dificuldade de acesso a bens básicos de sobrevivência.

Observou-se uma variação ampla na forma de se comprometer com essas demandas, embora tenha sido comum à maioria dos profissionais verem a si como rede de apoio para a produção de saúde, e entende ser sua responsabilidade comprometer-se com sua complexidade. O envolvimento ou a implicação variou em um fazer limitado ao procedimento técnico hegemônico e fluxos e protocolos instituídos, mantendo-se no campo da patologia e na queixa demandada pelo paciente, até a busca de novos saberes e a construção de outras práticas e fluxos, ampliando o cuidado para outros campos que não o biológico.

Essa variação estava relacionada com o reconhecimento do sujeito paciente e foi compreendida por meio das proposições dos estados de amor propostos por Boltanski (2000), em especial o amor ágape, possibilitando descrever a correlação entre os afetos e as lógicas que movia a ação de cuidar. Esses afetos transitavam, de forma circunstancial, entre uma dimensão de perceber o usuário a partir de um lugar pautado por uma categorização prévia, vinculado a uma noção de um dever ser ou de um bem comum ou, o contrário, compreender a situação contextual em que vive por meio de um bem viver, estando o indivíduo singularizado não por suas características, mas por suas condições de acesso a esse bem viver.

O ágape, como categorização sociológica das relações, facilita reflexividade dos atores sobre a construção do sujeito e os julgamentos axiológicos sobre a situação de cuidado. Compreendido como um estado de ação, representou um caminho para construir competência na direção do cuidado na formação e no cotidiano das práticas. Em estado de ágape, a relação não necessita equivalência, a alteridade e a igualdade é buscada como competência do profissional.

O que a pesquisa mostra é que, embora não tenhamos admitido no meio acadêmico, nem no tecnocientífico, ocorrem regimes de ação em que não se faz necessária a reciprocidade, sem que se caracterize como violência ou a proposta neutralidade mecânica. Admiti-los como possibilidades de aprendizagem e de prestar assistência implica buscar formas de operacionalizá-las no cotidiano da assistência.

OBJETIVO GERAL

Analisar a construção do cuidado integral em uma Unidade de Saúde da Família, focando-se nas práticas dos profissionais de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer as diversas proposições que se operam no campo científico sobre o conceito de cuidado conforme as proposições do SUS relativas à integralidade e à saúde como seguridade;
- b) descrever a produção do cuidado, no contexto da Atenção Básica e sob essas diretrizes, evidenciando as lógicas que produzem o sujeito paciente e subsidiam as práticas dos atores;
- c) compreender como os profissionais reconhecem os pacientes e sua relação com a amplitude das ações de cuidado estruturadas.

OS PONTOS DE VISTA DEFINIDOS NA CARTOGRAFIA

A cartografia requer diversidade de instrumentos para mapear o campo. Esses instrumentos não foram dados previamente, foram construídos por meio de afetamentos nas situações vividas que levaram à necessidade de aprofundar percepções e compreensões. Nessa direção, a teoria está como um instrumento para seguir o movimento da ação, e não para enquadrar ou dissecar a realidade. A cartografia, em si só, é uma forma de ver o campo, mas se faz necessário explicitar os pontos de vista em que me apoiei. Não uma lente que possibilita enxergar não mais uma teoria que descreve o objeto de estudo, mas um modo como se olha, assumindo-se o porquê de se desenhar determinados mapas, algumas paisagens, escolher alguns caminhos, e não outros.

Nesse sentido, apoio-me nas formas de fazer ciência que situam a teoria como instrumento, não para enquadrar ou dissecar a realidade, mas para segui-la, ou seja, a teoria “não diz nada de positivo” sobre o problema (LATOUR, 2006, p. 339), mas olha para suas relações, ajuda a pensar a partir do negativo, o que resta. Latour, ao tratar da Teoria do Ator Rede (TAR), explica: “Ela é uma teoria, e penso que uma teoria forte, mas sobre como estudar as coisas, ou antes, sobre como não as estudar. Ou ainda, sobre como permitir que os atores tenham algum espaço para se expressarem.” (LATOUR, 2006, p. 339).

As teorias que me ajudaram a narrar o campo tinham essa função, não estavam predeterminadas antes dele – mesmo porque meu campo precede o período da pesquisa. Construir uma narrativa do empírico vivido sem perder de vista a complexidade da construção do cuidado me levou a buscar diferentes aspectos ou pontos de vista, facilitando o relato da experiência; foram eles: ação e a lógica que a estrutura; o poder exercido nas relações que a compõe; e o reconhecimento social do usuário.

Início o estudo partindo da noção de que o cuidado é um encontro, um processo em movimento. Seus referenciais teóricos, suas técnicas, a motivação dos atores, a estrutura, a conjuntura são móveis e estão em uma intrincada rede de relações. Para estudar processos em movimento, Mol (2008b) sugere a análise das práticas, como forma de compreender as lógicas que explicam e sugerem como agir no mundo. O termo lógica convida, segundo ela, a explicar qual é a forma apropriada de fazer ou não fazer as coisas. Essa coerência não é óbvia para quem está fazendo, pois não estamos inteiramente conscientes dos regimes de verdade que produzimos e reproduzimos (FOUCAULT, 1979c).

Mol (2018) propõe então buscar os eventos e as práticas que fazem um objeto existir. Em seu estudo, ela não descreve que médicos e pacientes atribuem significados de diferentes maneiras a um problema de saúde, mas:

Médicos e pacientes performam e atuam, instituem, implementam, ocasionam (*enact*) a realidade, ‘juntos’. Então, em vez das diferenças entre eles, eu enfatizo a colaboração entre eles. Médicos e pacientes colaboram, precisam um do outro para ‘fazer’ a realidade de uma doença. (MOL, 2018, p. 297, grifo da autora).

Dessa maneira, a singularidade da forma como entendemos as coisas é resultado de um trabalho de coordenação que se dá em ato, em relação e em um contexto espacial e temporal. As diferentes realidades se sobrepõem e interferem de forma complexa e quase sempre caótica. A questão que interessa ao pesquisador passa a ser a de investigar as conexões, sempre parciais e locais, entre tais realidades e objetos: eles ora se coordenam, ora se chocam, ora se sobrepõem (MOL, 2018).

Ao buscar compreender a lógica que movia os profissionais de saúde, também se fez necessário compreender como essa lógica estrutura as relações entre os atores; como os sujeitos envolvidos eram considerados, como eram definidos, admitindo-se ou não a sua competência e seus saberes, reconhecendo ou não sua potência e direito de definir o cuidado.

Nesse ponto específico, teorias normativas que explicam de forma geral como se configuram as formas de perceber e agir com ou sobre o outro, principalmente o diferente,

acabam por congelar previamente formas de relação como objeto, e impedem de se compreender a fluidez de poderes exercidos na relação de cuidado. Para este trabalho, importa como as racionalidades envolvidas buscam individualizar e construir o sujeito, o paciente, sabendo que elas operam em disputa e em pontos de vista diferentes.

Nas situações de produção do cuidado, meu principal guia foi o conflito, a não aceitação do que estava prescrito e os sentimentos gerados no profissional. Entendo esses como indícios de resistência. Conforme Foucault (1995, p. 235), parto da premissa de que as principais manifestações de resistência são “lutas contra a individualização”:

Em suma, o principal objetivo destas lutas é atacar, não tanto ‘tal ou tal’ instituição de poder ou grupo ou elite ou classe, mas, antes, uma técnica, uma forma de poder. Esta forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos. Há dois significados para a palavra sujeito: sujeito a alguém pelo controle e dependência; e [alguém] preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a [produz o sujeito]. (FOUCAULT, 1995, p. 235).

Para o autor, as relações se estruturam em diagramas de saber-poder, produtores de subjetividades. Isso faz do poder algo fluido que não se fixa em instituições, cargos ou papéis sociais, mas em redes de relações nas quais se produzem e reproduzem os mecanismos de governo do outro e dominação.

Nessa dimensão, a dominação e o poder não são correlatos apesar de objetivar governar condutas. O poder só existe onde há resistência, que ocorre de formas mais ou menos eficazes, produzindo a manutenção ou a renovação de novas possibilidades de intervenção sobre os diferentes modos de vida (FOUCAULT, 1995).

O poder se constitui em relações estratégicas, mutáveis, entre autoridades e grupos, por meio da construção de projetos, de racionalidades, de éticas e de políticas, que objetivam governar diversas faces da vida social e das subjetividades dos indivíduos.

O exercício do poder consiste em ‘conduzir condutas’ e em ordenar probabilidades. O poder, no fundo, é menos da ordem do afrontamento entre dois adversários, ou do vínculo de uma com relação ao outro, do que da ordem do ‘governo’. (FOUCAULT, 1995, p. 263).

Foucault usa o termo governo com a significação ampla no século XVI, relacionando-o com uma maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos, e não apenas as estruturas políticas e a gestão dos Estados.

Governar é estruturar o eventual campo de ação dos outros. O modo de relação próprio ao poder não deveria, portanto, ser buscado do lado da violência e da luta, nem do lado do contrato e da aliança voluntária (que não podem ser mais do que instrumentos), porém, do lado deste modo de ação singular – nem guerreiro, nem jurídico – que é o governo. (FOUCAULT, 1995, p. 232).

Ele sugere uma forma de entender as relações de poder a partir das formas de resistência, sem desconsiderar as racionalidades mais amplas:

Ela consiste em usar as formas de resistência contra as diferentes formas de poder como um ponto de partida. Para usar outra metáfora, ela consiste em usar esta resistência como um catalisador químico de modo a esclarecer as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos utilizados. [...] E, para compreender o que são as relações de poder, talvez devêssemos investigar as formas de resistência e as tentativas de dissociar estas relações. (FOUCAULT, 1995, p. 234-235).

O poder é compreendido como relacional e tem um caráter propositivo conforme Foucault (1995). O poder se sustenta por aquilo que ele atravessa e produz como discursos formas de nomear, conhecer e de viver a vida:

Quanto às relações de poder propriamente ditas, elas se exercem por um aspecto extremamente importante através da produção e da troca de signos; e também não são dissociáveis das atividades finalizadas, seja daquelas que permitem exercer este poder (como as técnicas de adestramento, os procedimentos de dominação, as maneiras de obter obediência), seja daquelas que recorrem, para se desdobrarem, a relações de poder (assim na divisão do trabalho e na hierarquia das tarefas). (FOUCAULT, 1995, p. 241).

Mesmo que as instituições – o Estado, uma oficina, uma USF – estructurem-se em uma rede de poder piramidal, para o autor, não é unicamente no ápice que o poder emana ou reside. O poder é uma relação: “O ápice e os elementos inferiores da hierarquia estão em uma relação de apoio e de condicionamento recíprocos; eles se sustentam.” (FOUCAULT, 1979d, p. 223). Dessa forma, os campos de saberes, as instituições são máquinas de poder, não nasceram de um indivíduo ou grupo específico, conjunções históricas possibilitaram sua estruturação:

[...] táticas foram inventadas, organizadas a partir de condições locais e de urgências particulares. Elas se delinearam por partes antes que uma estratégia de classe as solidificasse em amplos conjuntos coerentes. E preciso assinalar, além disso, que estes conjuntos não consistem em uma homogeneização, mas muito mais em uma articulação complexa através da qual os diferentes mecanismos de poder procuram apoiar-se, mantendo sua especificidade. (FOUCAULT, 1979d, p. 123).

Essa forma de compreender as relações de saber, poder e subjetividades Foucault desenvolve ao longo de sua obra, mas era a constituição do sujeito que ele perseguia como eixo de seus estudos: “Meu objetivo, ao contrário, foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos.” (FOUCAULT, 1995, p. 232). Em seus estudos referentes aos séculos XVII e XVIII, ele discorre sobre o desdobramento dos regimes de poder pastoral e soberano para um novo, ao qual vai referir-se como disciplinar ou constituinte de uma sociedade disciplinar (FOUCAULT, 1979a, 1979b, 1995, 2010a).

O momento histórico da emergência dos Estados Nacionais possibilita a confluência de diversas necessidades, dentre elas, o controle da natalidade e da mortalidade, das doenças e das populações errantes, principalmente nas cidades, na maioria, vindas pelas mudanças das relações contratuais do campo. Governar sobre essas questões se fazia necessário porque eram fundamentais ao estabelecimento de estados mercantis grandes e fortes e, mais tarde, para responder ao novo contexto de organização capitalista de produção econômica. Dessa forma, surge uma série de procedimentos voltados para a mensuração, qualificação, observação, visando conhecer, controlar e produzir uma população saudável, forte e homogeneizada (FOUCAULT, 1984, 2008, 2011).

Estrutura-se, portanto, no fim do século XVIII, um novo objeto de governo: a população. Constrói-se a compreensão da população como indivíduos que devem ser conhecidos e controlados, em um discurso de investigação em que se opera a objetivação do sujeito produtivo, do sujeito que trabalha, ou do sujeito como corpo biológico. O que depois possibilita a especificação de sujeitos mediante qualificações prévias, que separam os indivíduos uns dos outros em grupos: o louco, o normal, o sadio, o criminoso, etc. (FOUCAULT, 1979d).

Foucault (1979a, 1979b, 1995, 2010a) discorre como processos disciplinares constroem comportamentos e formas de ser, estruturando condutas em diversos espaços, como nas escolas, nos hospitais, nas organizações militares, na família, entre outras instituições. Ele define disciplinas deste modo:

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar ‘disciplinas’. Muitos processos disciplinares existem há muito tempo: nos conventos, nos exércitos, nas oficinas também. Mas as disciplinas se tornaram no decorrer dos séculos XVII e XVIII formulas gerais de dominação. Diferentes da escravidão, pois não fundamentam numa relação de apropriação dos corpos; é até a elegância da disciplina dispensar essa relação custosa

e violenta obtendo efeitos de utilidade pelo menos igualmente grandes. (FOUCAULT, 2010a, p. 133).

O controle do espaço, do tempo e dos movimentos foi submetido ao olhar vigilante associado a um saber disciplinar; este é compreendido como um discurso de verdade, que não só nomeia o corpo, mas o compõe, visto que é incorporado ao próprio indivíduo. Os mecanismos de poder coercitivos deixam de ser necessários, pois a vigilância contínua está garantida. Esse sujeito ideal a ser internalizado nas sociedades modernas é o indivíduo produtivo, racional e com as características hegemônicas valorizadas.

Essa forma de poder que se estrutura mediante o indivíduo e sua individualização vai possibilitar estruturar formas de pensá-los como um bloco, um conjunto, o que Foucault vai chamar de biopoder, cujo foco é o corpo coletivo:

[...] essa série de fenômenos que me parece bastante importante, a saber, o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder. (FOUCAULT, 2008, p. 3).

Ao contrário do poder soberano, que poderia deixar viver ou fazer morrer, o biopoder concentra-se em fazer viver. Ele objetiva a preservação da vida e o bem-estar da população.

Mais precisamente, eu diria isto: a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, 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. (FOUCAULT, 1999, p. 291).

Por essa concepção, compreende-se que o campo biomédico, um dos vetores de poder do campo deste estudo, é importante não somente no processo de tornar o ser humano um objeto em torno do qual se produziu um saber, mas por orientar formas de governar as pessoas, individual e coletivamente. Foucault (1979d) não está afirmando que esse governo é resultado da ação e da política estruturada por especialistas médicos em aliança com as autoridades, embora esta seja uma atuação importante. Para ele, a sociedade moderna, a partir das disciplinas – a constituição de saberes que nomeia e produz formas de compreender a realidade –, dispõe de uma maquinaria em que o poder não se situa apenas nas instituições,

mas também no discurso e nos corpos. Ele se exerce em ato embora se utilize de estratégias como as técnicas, os mecanismos institucionais, os dispositivos.

Foucault (1979a) constrói a noção de dispositivo ao estudar a história da sexualidade. A sexualidade vai ser tema de um conjunto de disciplinas, leis, ordenamentos morais, práticas do corpo, que, juntos, constituem um dispositivo que possibilitou o amoldamento das pessoas a uma forma de ser e viver. Ele define dispositivo em uma entrevista ao filósofo francês Alain Grosrichard:

[...] programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como reinterpretação desta prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidade. Em suma, entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. (FOUCAULT, 1979a, p. 244).

A produção de subjetividade é a principal “função” – ou efeitos de poder – de um dispositivo; o objetivo central das suas ações e práticas, envolvendo jogos de objetivação e subjetivação dos sujeitos. Sob o discurso e a prática relacionada com uma ideia de saúde e do bem comum, produzimos mecanismos de classificar comportamentos e a construção de sujeitos, objetivados na qualificação do que é normal e patológico.

A objetivação refere-se à colocação dos corpos e subjetividades dos indivíduos como objetos para o saber e o poder modernos, implicando toda uma diversidade de sujeições e controles, envolvendo a produção de corpos e de indivíduos concretos, presos a identidades marcadas. O assujeitamento dos indivíduos ocorre, dessa forma, não mais mediante um soberano que define qual vida vale a pena, mas relações de poder que se estabelecem por meio da “produção e da troca de signos, como também de técnicas de disciplinamento e coerção ou mecanismos estabelecidos de hierarquia” (FOUCAULT, 1995, p. 241).

Já a subjetivação, implica um movimento do sujeito em relação a si mesmo no sentido de reconhecer-se como sujeito de um enunciado, de um preceito, de uma norma, fazendo com que estes operem no próprio corpo, o que envolve um conjunto de trabalhos e práticas de si, visando estetizar-se e produzir-se conforme enunciado pelo preceito ou pela norma (FOUCAULT, 1995). Subjetivação se refere a modos de ajustamento, às formas de compreender, posicionar-se e agir por meio de determinada racionalidade ou sensibilidade.

É nas relações que se processam possibilidades de sujeição e objetificação do outro ou de subjetivação. Neste ponto, interessa pensar como se processa o poder na relação de cuidado, focando no profissional como aquele que exerce o poder, sendo seu papel o de

disciplinar, ofertar modelos de vida – muitas vezes relacionados com o consumo de biotecnologia –, dizer e fazer algo sobre uma demanda social, embora trazida até ele como algo privado ou como dor. Proponho, assim, refletir como se processa o poder dentro da relação que estou categorizando como cuidado integral, o qual se articula com modos de vida para além do campo demarcado como biológico e de vidas subjetivadas previamente. Ao pensar no ato de cuidar na concepção foucaultiana de poder, ele se realizaria nessa perspectiva de produção de vida, de modos de cuidar de si em relação a essa produção.

De fato, aquilo que define uma relação e poder é um modo de ação que não age direta e imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação. [...]. Uma ação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro polo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la. Uma relação de poder, ao contrário, se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que o 'outro' (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como o sujeito de ação, e que se abra diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis. (FOUCAULT, 1995, p. 243).

O cuidado na perspectiva integral de apoiar processos de vida se realizaria como uma relação de poder na medida em que permite subjetivações de outras formas de cuidar de si. Quando a ação de cuidar é capturada para realização de procedimentos, o sujeito não importa, ele é mero objeto de atuação, de objetificação, o que, em grande medida, tolhe a criatividade e a produtividade de novas formas de cuidar e existir, restando, aí, a dominação.

Um dos papéis exercidos pelos profissionais de saúde, ou de qualquer instituição, é qualificar a vida, o que ocorre pelo uso de técnicas e disciplinas, que são tidas como verdades, mas que encobrem julgamentos morais e forma de vidas marcadas.

Noção que vai de encontro às proposições de Mol (2008b), para quem as técnicas, os instrumentos e procedimentos de cuidado em saúde são construídos para melhorar vidas, dessa forma incorporam noções do que é uma boa vida, ou do que é bom para a vida, ou seja, noções morais. Segundo a autora, as tecnologias mudam tanto a estrutura prática quanto a moral de nossa existência. Por exemplo, antes do advento da insulina, morrer de diabetes era uma fatalidade, agora é uma negligência ou um suicídio (MOL, 2008b).

O outro apoio teórico para o presente estudo veio da necessidade de descrever os sentimentos gerados na relação do cuidado, quando se relacionavam com a identidade previamente construída dos sujeitos envolvidos na ação; dito de outra forma, como a concepção de sujeito que se constrói nessas relações – tanto por quem cuida como por quem é cuidado – interfere na amplitude do cuidado prestado; pois uma das questões inerentes à

relação é o julgamento e a crítica realizada pelos profissionais de saúde sobre os indivíduos que a demandam e suas necessidades.

Toda ação comporta uma forma de identificar e nomear o outro. Em uma noção foucaultiana (1995), há a possibilidade de objetificá-lo, produz-se uma subjetivação, que resulta da experiência de estar diante de outro. Não obstante, essa experiência, no cuidado em saúde, expressa-se em ter de realizar a ação, prover uma necessidade, independentemente desses julgamentos e críticas. Como superar a distância e a falta de identificação que podem se processar nessas relações já que elas carregam a necessidade de reconhecimento e acolhimento?

Na ação do cuidador, há ainda a dimensão dele consigo mesmo, da mesma forma, percebida a partir de suas resistências. Estas se articulam com sentimentos e emoções, ligadas ao lugar que ocupa na relação, portanto atravessadas por saberes e poderes, mas não é suficiente conhecer essas questões. Compreender como o profissional explica e justifica suas resistências é um vetor importante para a ampliação do cuidado, possibilita também cuidar de quem cuida.

Os modelos de ação propostos por Boltanski e Theonove (Boltanski, 2000) possibilitam compreender esses momentos de subjetivação, em que o outro é avaliado e criticado, e suas flutuações. Para compreender a agência dos atores, propõem o modelo da economia das grandezas (EG) – *économies de la grandeur* (BOLTANSKI, 2000; CORRÊA; DIAZ, 2016), construindo estados ou regimes de ação.

Os regimes de ação se apresentam como ferramentas para compreender a pluralidade dos momentos de ação e interação, ou seja, as competências buscadas pelos atores nas dinâmicas das situações vivenciadas (CORRÊA; DIAZ, 2016). Este trabalho interessa às situações em que, apesar de grandes diferenças entre o profissional e o usuário, ocorre acolhimento e um cuidado ampliado. Para o estudo sociológico das situações que não necessitam de reciprocidade e não têm previsão de cálculo ou uma visão utilitarista, Boltanski (2000) propõe a categoria dos estados de amor ágape. Este não se sustenta na igualdade ou em um fator universal, mas na ação em si, em nosso caso, no cuidar.

Para Boltanski (2000), o ágape refere-se a situações que nos comprometem em um amor singular, despreocupado ou desinteressado pela reciprocidade e livre de todo recurso ao cálculo de retribuição do outro. Momentos em que as relações são destituídas de interesses utilitários ou restritos às relações de dom e contradom.

Considero ser um agir político nomear essas experiências, as quais, na assistência à saúde, se relacionam com afecções, compreendidas como sentimentos, e formas de

compreender a situação vivenciada, expressam e se conectam com as várias substâncias que atravessam o cuidado. Percebo o político no trazer para o debate e o agir no campo da saúde a noção de amor, mas também de ódio, como possibilidades inerentes. Apesar disso, são silenciados sob a neutralidade técnica ou a bandeira normativa de fazer e realizar o bem. Portanto, falar sobre eles se articula com a necessidade de pensar sobre as subjetividades e a dominação exercidas e produzidas na ação.

Na perspectiva da sociologia, os sentimentos são resultantes de processos coletivos. Elias (1994a) demonstrou que a formação dos sujeitos, no que diz respeito aos seus valores, hábitos e como estes se identificam, ocorre em uma rede de relações qualificadas pelo lugar social que ocupam, pelas suas interações com as normas e as regras dos grupos sociais, e pelos processos de internalização e constrangimento das pulsões e emoções de cada um.

Nesse âmbito, é por meio das dinâmicas sociais que se constituem as formas de sentir, gostar – ou não – de determinada coisa, valorar determinado agir como certo e errado, de modo que aprendemos não só a controlar o corpo e as emoções, mas a reconhecê-las e nomeá-las (BOURDIEU, 2007; ELIAS, 1994b). Não obstante, busquei compreender o que ocorria nessas relações mantendo-me no campo das práticas com base em Boltanski (2000), para quem, na análise da ação social, é necessário considerar a pluralidade de interesses dos atores, bem como a situação que se vivencia.

Conforme Boltanski (2000), parto da compreensão de que os atores se reconhecem ou compreendem a situação a partir de competências já estruturadas, mas também se produzem na medida em que buscam criticar e justificar as situações em que estão inseridos. Dentro dos objetivos deste trabalho, importa compreender como essas situações são acionadas para justificar a amplitude do cuidado e o acolhimento do usuário, quase sempre relacionados com afetos produzidos nos profissionais.

Os estudos de Boltanski pautam-se na sociologia da agência. O autor está preocupado, especialmente, em como os indivíduos lidam com situações problemáticas, em que seus modos de ver e avaliar são criticados ou não se tornam adequados. As ações nesses momentos de crise ou de conflito não são resultado da interiorização pelos indivíduos de expectativas normativas ou de predisposições estruturadas, mas de um processo de crítica axiológica. Valores acionados mediante uma faculdade cognitiva, um processo de avaliação desses valores que estrategicamente estruturam a ação (CORRÊA; DIAZ, 2016).

Como discutido por meio de Mol (2008a, 2008b), na análise das situações, não interessa ao cientista julgar a verdade ou a coerência das ações e dos enunciados dos atores. O mais importante é a análise dos critérios de pertinência e validade das ações, postos pelos

atores como justificação (BOLTANSKI, 2000). Esses critérios são múltiplos e estratégicos, não só cognitivos e discursivos, e se estruturam por meio de magnitudes coletivas.

Segundo Boltanski (2000), os indivíduos assumem no cotidiano o julgamento das situações como equitativas ou não. A própria sociologia assume esse lugar quando põe em evidência as desigualdades sociais. Também nas situações de cuidado em saúde, continuamente nós, profissionais do setor, somos levados a julgar as situações e os atores que demandam o cuidado. Esse julgamento supõe uma definição do que constitui o valor das coisas e das pessoas, “uma escala de valores que exige seu esclarecimento em caso de litígio” (BOLTANSKI, 2000, p. 76, tradução minha).

Essa definição do que é equitativo tem necessariamente um caráter normativo, refere-se a um princípio de magnitude “que permite pôr em relação, em uma disposição justa e justificável, as pessoas e coisas” (BOLTANSKI, 2000, p. 78, tradução minha). Prefere o termo magnitude ao uso de valor, porque ele se relaciona diretamente com a ideia de justiça, não mais havendo comparações possíveis. Magnitude representa um acordo implícito de valoração.

Por exemplo, o acordo de que toda vida vale a pena em sua singularidade, como critério de igualdade, pressupõe não um valor, mas uma magnitude. Não há uma definição ou um marcador *a priori* do que seja vida e quem é a vida, “uma vida”, diria Deleuze (2002).

Boltanski (2000) diferencia valor e magnitude, pondo esta como uma possibilidade de ser universal, mas não pode ser arbitrária. Valores que são *a priori* aceitos por estarem ligados a compreensões universais e estão postos no mundo, sem julgamentos. Dá como exemplo a ação de servir à mesa primeiro crianças e idosos por sua fragilidade. Para o autor, existe, aqui, um acordo surdo e aceito por todos em uma dada sociedade, sem impor constrangimento, o que poderia acontecer ao se pôr a magnitude nas pessoas pela ordem que serão servidas. As magnitudes são princípios de equivalência utilizados pelos atores em suas críticas e justificações.

Na construção do modelo EG, o termo magnitude se refere a uma ordem cujo caráter justo pode assinalar-se em uma ordem justificável. Nessa direção, a alteridade busca entender o contexto como um aspecto da singularização para produzir uma igualdade. Boltanski (2000) não está defendendo que exista a possibilidade de uma magnitude de referência universal única, a qual consiga unificar uma sociedade em torno de um bem justo. Para o autor, essas tentativas têm-se revelado utópicas diante das multiplicidades de situações com que os indivíduos se envolvem. A magnitude das pessoas pode ser estabelecida sobre a base de uma

pluralidade de princípios de equivalência, pois eles não estão ligados a diferentes grupos, e sim a diferentes situações (BOLTANSKI, 2000).

Os autores basearam-se nos dados empíricos recolhidos no trabalho de campo sobre as disputas para definir as magnitudes no modelo EG. Dessa forma, obtiveram um *corpus* de justificações e dispositivos utilizados como provas nas situações. Essas justificações, utilizadas na vida cotidiana dos atores, com frequência, estavam relacionadas com a tradição ou vinculadas às noções de justiça construídas no Ocidente. Estruturaram estas em eixos que constituíam regimes ou estados, os quais denominaram de cidades – *cités* (CORRÊA; DIAZ, 2016).

Em um período posterior dos estudos, verificam que o estado de justiça não é o único em que as pessoas transitam no cotidiano. O modelo EG deixa em aberto as situações que prescindem da justificação, à semelhança da violência – em que não há a possibilidade do diálogo e se nega a comparações – e os estados de paz, em que a crítica e a justificação são desnecessárias. No meio acadêmico, essas ações são postas no campo da contingência. De forma a ampliar o modelo, constroem outros regimes, o da violência e o da paz. Todos os três regimes se caracterizam pelos modos como as pessoas e as coisas são equiparadas, ou seja, se há equivalência entre os atores da situação.

Os regimes de justiça, em que há disputa, associam-se a uma diferença de equivalência ou baixa equivalência. Os regimes de paz e de violência estão fora da equivalência. No primeiro, as coisas são descartadas para se reconhecer apenas as pessoas; no segundo, deixa-se de lado as pessoas e passa a existir um universo de coisas arrastado por forças (BOLTANSKI, 2000).

O regime de paz, em que as pessoas entram em relação sem pensar na equivalência, Boltanski (2000) categoriza como amor ágape. Ele possibilita compreender as relações em que os sujeitos não necessitam de uma reciprocidade ou comparação, estado de ação necessário ao cuidado na saúde.

A teoria do ágape não é um recurso discursivo que pode reintroduzir em uma prática um sentido, nem tampouco um conhecimento comum que pode construir um acordo verbal. Boltanski (2000, p. 148, tradução minha) enfatiza que “as relações de ágape não são adjudicáveis a um efeito de teoria”. Dessa forma, ele só pode ser examinado durante a passagem desse regime e os outros, como a justiça e a violência, momentos em que a gratuidade da ação modifica as relações no sentido de acolhimento da necessidade do outro, “para desejar-se ir, subtraindo-se a coação da urgência e apoderar-se ativamente do momento

presente, silenciando as capacidades, sempre vigentes nos outros regimes, de cálculo ou de retrospectiva” (BOLTANSKI, 2000, p. 149, tradução minha).

Essa passagem não deixa também de ser um cálculo. A passagem de um estado a outro ocorre por meio de mediações, mediante dispositivos. No estado de justiça, é a justificação e a prova. Na justeza ou rotina, são as coisas do mundo que deixam as magnitudes das coisas como dadas a partir de um acordo implícito. Na violência, processa-se apenas a mediação de forças. No estado de ágape, que é ação, a semelhança da violência, a mediação verifica-se por meio de um cálculo sobre as emoções (BOLTANSKI, 2000). Para entendê-lo, precisamos antes refletir sobre as formas de amor.

Os estados de amor, adotados como referência pelo autor, são construções empíricas de manifestações do amor. Boltanski (2000) se apoia em três noções categorizadas historicamente: eros, *philia* e ágape. O eros e o *philia* estão impregnados no pensamento de nossa sociedade, não só na cultura ocidental, mas também nas ciências sociais modernas, facilmente aceitos em nossas interpretações.

O primeiro estado de amor, o *philia*, resgatado de Aristóteles, abarca desde a amizade até a virtude cordial da moral política. O *philia*, princípio de toda comunidade, é o amor enquanto reciprocidade. Para que haja o vínculo da amizade, a avaliação dos méritos de ambos tem de ser recíproca da mesma forma que para a justiça. O *philia* supõe sempre um princípio de equivalência prévia, ambos se avaliam como merecedores e sabem o que os unem. Aristóteles, segundo Boltanski (2000), adjudica o vínculo de amizade ao espaço e ao tempo. A reciprocidade não se exerce cegamente, ela é construída pela exigência de ambas as partes de retribuição, portanto, tem como condição a copresença em um espaço e tempo em que a aproximação é exercida.

Ao se definir a amizade pela igualdade, pessoas desiguais devem compensar essa diferença com manifestações de amizade, para manter a reciprocidade dos intercâmbios da relação. Dessa forma, a reciprocidade que rege as relações de amizade pode associar-se também às regras de reciprocidade mais gerais, no caso, aderir ao desejo e saberes do outro. Em determinadas distâncias, como é o caso do profissional e paciente, cada um com seus saberes e estilos de vida diversos, a reciprocidade pode não ser possível. A possibilidade da relação passa a ser demarcada pela objetificação de si a partir do desejo do outro, para que seja possível a amizade, no caso da saúde, o vínculo.

Um segundo estado de amor seria a construção da equivalência geral, a construção da relação do particular com o geral originada de forma dual, a partir da onipotência do desejo: o amor eros (BOLTANSKI, 2000).

Esse encontra sua determinação no desejo, não se referindo apenas ao amor físico, à atração pelo que julga belo, mas também como produto da privação. É a expressão do sentimento da incompletude dos seres humanos que necessitam dos outros seres em sua sobrevivência. Neste trabalho interessa o uso que Boltanski (2000) faz do estado de eros quando o relaciona, da mesma forma que o *philia*, a necessidade de ser atraído, portanto, do mérito do outro ou de sua beleza.

A partir da atração, o eros pode realizar-se em duas direções, uma quando se volta para o outro como objeto de sua completude – o outro é uma extensão de si mesmo, seu objeto. Na direção oposta, ele renuncia à posseção do objeto e, para saciar a sensação de privação, esforça-se para contemplar a perfeição, o belo desejado, no mundo das ideias. Apesar de insatisfeito, renuncia ao sentimento mediante a reflexão, o objeto é substituído por uma abstração ideal. O amor eros tem uma natureza dualista para o amor se realizar, não pode satisfazer-se segundo a primeira direção, de possuir o outro, pois isso o anularia, é a manifestação da violência. Para realizar-se, deve afastar-se do objeto desejado para elevar-se a ideias gerais que substituem o desejo. Essa dualidade custa a substituição dos seres objetos do desejo para um princípio superior comum.

Conforme Boltanski (2000), essa concepção do amor subjaz à maior parte das teorias sociais que buscam explicar a coesão e a ordem social, na medida em que possibilita substituir as paixões violentas pelo assento da justiça como bem comum. Cita de forma mais atual as:

[...] teorias sociais de Freud e Durkheim, fundadas ambas sobre a certeza da primazia do desejo e de seus efeitos destrutivos quando se orienta segundo sua inclinação natural, para a posseção de seres particulares, pela qual os homens entram em competição mortal. (BOLTANSKI, 2000, p. 56-57, tradução minha).

A pulsão inicial passa do particular para o geral, do amor do indivíduo para a humanidade no geral, para o altruísmo, reintroduzidas como valores morais em que é possível o domínio dos apetites. O amor eros, pensando sem sua elevação ao geral como amor à humanidade, justifica a justiça pensada como a possibilidade de conviver sem tornar o outro parte de si. Isso, contanto que o outro, em um duplo movimento de interiorização e exteriorização do estado de eros, assimile os mesmos valores, possibilitando o amor socializado.

Por último, ele discorre sobre o amor ágape, que pode ser entendido como o amor de Deus, portanto sem reciprocidade, mas também o amor por Deus e o amor ao próximo, tema comum no campo religioso, por isso mesmo, pouco explorando na literatura científica. O amor ágape não é construído sob a ideia do desejo, seja da atração e da posseção, seja da

sublimação e transcendência. Também não depende do dom, da reciprocidade. Não por uma militância ascética, mas porque para ele o valor não é pertinente. O ágape é gratuito, não por ser indiferente às pessoas e sua singularidade, mas não levanta a questão do valor do objeto. Neste ponto, a identidade, ou seja, a demarcação do sujeito, um predicativo do indivíduo não se faz necessário, ele é imanente à ação de cuidar; pois ele não se relaciona com ideias, ele acontece em ação, não há um ideal de humanidade, nem uma necessidade de reciprocidade.

Também não há uma equivalência geral, não recorre a um padrão de valor. Em uma perspectiva religiosa cristã, é a lei nova, a ágape veio realizar a lei antiga da troca. A lei antiga veio em regras “escritas em pedra”, a lei nova é a realização.

Amar é amar a pessoa que vemos, perfeito ou imperfeito, não o valor que o atribuímos ou a partir de uma lei geral; não há o interesse em mudá-lo, mas se sabe que a mudança é contingencial ao encontro. O que pode ser traduzido como resultante de um afeto (SPINOZA, 2009), cuja afecção é a alegria, mesmo que possa ser derivado da imaginação, a qual, no caso do profissional de saúde, relaciona-se com uma razão de existir, um sentir que se exerce ou um lugar que se ocupa em relação aos outros em uma sociedade.

Há oposição entre a justiça e o amor: uma é exterior, o outro é interior; ela se relaciona com o juridicismo da regra, ele a lei da prática. O amor pode morrer se agimos com princípios e equivalências. Dessa forma, exercê-lo equipara-se a compreender a vida como não marcada, “uma vida” (DELEUZE, 2002), a possibilidade de se abrir ao encontro sem um predicativo dos sujeitos envolvidos, atentos à imanência dos afetos.

Para escapar à equivalência e prevenir-se da comparação, o amor não possui autorreferência, não se mede nem olha as obras que faz. Ele olha, sente e faz. O tempo para o ágape é o agora, pois não há o desejo nem se espera retribuição. O tempo longitudinal da imanência que opera intensidades (DELEUZE, GUATTARI, 1995). Segundo Boltanski (2000, p. 168, tradução minha): “O rechaço da equivalência, a impossibilidade da autorreferência, a realização na modalidade prática e a preferência pelo presente estão em uma relação estrutural, desta estrutura de base deriva todos os demais.”

Boltanski (2000) problematiza se a teoria do ágape é um modelo ideal, uma utopia, ou um modelo prático, descrito por meio de ações realizadas por pessoas na realidade: “Seria um ideal parcialmente realizável ou um utopia ou um engano?” (BOLTANSKI, 2000, p. 187, tradução minha).

Ele argumenta que o amor ágape é uma questão para as ciências sociais, cujo realismo tem sido refutado, pois, historicamente as ciências humanas se desenvolveram contrapondo-se

ao saber religioso, especialmente o cristão. Dessa forma, sua teorização no meio acadêmico é escassa e teve de recorrer à literatura religiosa para completar este modelo de agência.

Boltanski (2000) busca afastar-se de sua dimensão sobrenatural, para tentar entender como está presente na regulação social entre os indivíduos. Defende a ideia de que a revelação do ágape ocorre na prática onde existem relações que fogem ao enquadramento da violência ou da justiça. Para o autor, nessas situações, de agir espontâneo e sem cálculo, tanto os argumentos liberalistas, voltados para o individualismo, como as explicações totalizantes de que existe uma necessidade de relacionar-se inerente aos indivíduos, são argumentos metafísicos.

Essa metafísica subjacente não é um defeito das ciências sociais, mas refletem o papel desempenhado pelos indivíduos para construir uma justificação dos acordos que constroem a união social, quando recorrem a conceptualizações de aspecto metafísico (BOLTANSKI, 2000). As explicações hegemônicas nas ciências sociais não admitem o ágape como possibilidade factível ou existente nas relações sociais. Do mesmo modo, é um tema difícil de ser aprofundado no cotidiano do campo da saúde, apesar do senso comum o relacionar o cuidado com o amor, com fazer o bem.

Ao mesmo tempo, segundo estudos feministas, o cuidar é socialmente depreciado como valor, pois, segundo o senso comum, se articula com o íntimo, o privado, constituindo uma função do feminino (DUMONT, 2012; THOMAS, 1993), sendo isso, mais um fator para retirar do campo da saúde o debate sobre as afecções produzidas na ação de cuidar.

O autor se contrapõe a essa postura de reduzir a teoria do ágape a imperativos ideais que normatizam um modo de existência, sem base científica. Ressalta que “a ciência política moderna se estabeleceu sobre a base de uma antropologia que não deixa lugar à possibilidade de ascender a paz de outro modo que não seja pela coação e pelo direito” (BOLTANSKI, 2000, p. 187, tradução minha).

Para ele, as teorias se relacionam com um ideal de racionalidade, citando que, na economia científica e outros campos disciplinares, ocorre a eleição de valores, os quais estão de acordo com interesses, mas são tratados como um “imperativo aos qual as pessoas não podem subtrair-se” (BOLTANSKI, 2000, p. 189, tradução minha).

Traz, como outro exemplo, a sociologia durkheimiana, a qual, a partir do utilitarismo, se viu na obrigação de elaborar uma teoria do altruísmo, pois a relação com o próximo não pode ser redutível à lógica do interesse, e desenvolveu a oposição naturalizada entre as inclinações egoístas e altruístas. Estas seriam desenvolvidas por meio de incorporação moral, provinda da coerção social do grupo.

Para Boltanski (2000), o amor ágape pode ser assemelhado à forma como Marx discute a justiça da busca do bem viver, quando descreve a sociedade ideal onde todos poderiam exercer aquilo que desejam criar.

Dessa forma, propõe que o problema da realidade do ágape pode ser visto como uma teoria dentro do meio acadêmico, na medida em que não seja visto como um estado permanente de todas as pessoas, mas como estados de amor em que as pessoas possam envolver-se em graus diversos segundo as situações: “Esta reflexão nos conduzirá a propor hipóteses quanto ao modo que as pessoas, em seus encontros, possam ver-se na necessidade de abandonar o estado em que se encontram inicialmente para cair em outro estado.” (BOLTANSKI, 2000, p. 217, tradução minha).

Iório (2016) caminha nessa direção de uso do ágape como categoria de entendimento de relações sociais. Seu trabalho busca realizar uma genealogia do termo e o propõe como categoria que explica o inobservável nas relações sociais:

Para justificar a introdução da ágape temos, na nossa opinião, que ver se o social que pensamos exprimir pode ser interpretado por um conceito semelhante a ágape: aquele do dom. Para nós, o dom não é capaz de evidenciar, descrever e explicar aquela realidade inobservável, que, pelo contrário, a ágape pode exprimir, mas isto, não porque existe um mais ou um menos, mas simplesmente porque são instrumentos interpretativos, cada um dos quais apto a iluminar aspectos diferentes da realidade. (IORIO, 2016, p. 54).

Boltanski (2000) afirma que a prática dos atores e sua capacidade de gerar, diante de situações rotineiras ou novas, ações coerentes entre si e dotadas por eles de sentido, não obedece a regras que se empregam na construção de modelos, embora essas regras não sejam desconhecidas. Dessa forma, admite que cada um dos regimes que se propôs a estudar está em relação de oposição e de complementariedade uns com os outros. Nessa direção, não propõe uma fórmula de um único estado de ágape, pois considera “não menos falaciosa” que:

[...] as mais facilmente admitidas pelas ciências sociais contemporâneas em que todas as relações entre os homens se fundam, em última instância, em uma e outra forma de violência, inclusive as teorias opostas que não conhecem mais que a justiça e por fim as construções que não querem saber da pessoa se não o fato de que estão inteiramente submetidas a autoridade que exerce sobre elas o estado de coisas dado. (BOLTANSKI, 2000, p. 217, tradução minha).

Nas situações concretas da vida, as pessoas estão comprometidas com graus diversos em cada um dos regimes de amor, e não há situação que não ofereça a possibilidade de transitar entre um e outro. As passagens de um regime a outro se verificam por meio da

reflexão crítica dos atores, produzida por interações e comunicações entre indivíduos e grupos; os vários regimes pertencem à competência ordinária dos indivíduos.

É importante anotar que as proposições das teorias do reconhecimento são mais amplas que o recorte realizado aqui. Atualmente, constituem importante debate que subsidia as políticas sociais de inclusão, as políticas de redistribuição, assim como as ações voltadas para a alteridade e a equidade. O recorte se finaliza pelos objetivos alcançados, referentes a produzir uma narrativa das impressões do campo sobre os sentimentos observados.

CAMINHOS DO CAMPO DE ESTUDO

O Meu Campo e de onde Eu Olho: eu objeto e eu pesquisadora

Minha posição no campo de estudo não interfere apenas na motivação da construção do meu problema ou na forma como eu olho meu campo. Minhas vivências na construção do cuidado na ESF também são parte dele. Um desafio que deriva desta minha implicação é delimitar ou sublinhar até onde há a interferência do pesquisador. Com este tópico, defino o lugar de onde olho, e ao longo do texto, tomo o cuidado de explicitar minha posição diante do problema, evidenciando meu ponto de vista ético e/ou político.

Atuo no campo de luta por transformação do cuidado na saúde desde estudante. Lutei pela Reforma Sanitária, cujas propostas, na maioria, conseguimos aprovar na Constituição de 1988. Atuei na reforma curricular do curso de Medicina, em direção às mudanças necessárias para formar médicos comprometidos com as novas diretrizes de saúde integral e direito de cidadania, conforme destaca Lampert (2004).

A militância estudantil não se limitava aos fóruns acadêmicos, desenvolvíamos atividades de extensão universitária no Movimento Popular de Saúde (MOPS) e outros. As ações tinham o objetivo de pôr em prática as críticas que fazíamos à formação médica, atuando nas comunidades, em seu contexto e na perspectiva da promoção de saúde.

Tornei-me médica de família sem nenhum título formal, mas com militância e atuação desde 1994, nas primeiras experiências de implantação do programa em Campina Grande, Paraíba. Éramos apenas cinco equipes, um programa focalizado em duas favelas da cidade, sem rede de apoio com outros serviços, seja do setor saúde, seja de outros setores. Depois, em 1996, fui para o município de Icapuí, Ceará, à época com 16 mil habitantes, distante dos grandes centros urbanos.

O contexto em ambos os lugares permitia e necessitava de uma clínica muito dependente do olhar, da incerteza cuidadosa, atenta às várias possibilidades, controlando os riscos, baseada na escuta, na ausculta, no toque; disposta à criatividade e ao aproveitamento dos recursos disponíveis. Nesse período e nesses lugares, vivenciei a clínica do século XX, ainda não completamente molecularizada, neuroquimizada e tecnologizada conforme Rose (2013).

Não se tratava apenas de ausência de recursos tecnológicos; vivenciava uma medicina voltada para as pessoas e à qualidade de vida, proposta que, enquanto estudante, teorizava e propunha nas atividades de extensão universitária e do Projeto Rondon, nas vivências com o MOPS (ARAÚJO; NASCIMENTO, 2014; VASCONCELOS, 2004) e com a pastoral da criança (VASCONCELOS, 2004). Além disso, baseavam-se nos referenciais propostos pelo SUS em direção à integralidade (PAIM, 2008), a exemplo da medicina comunitária, da medicina psicossomática, da promoção da saúde (PAIM, 1976; SÓL, 2011), das medicinas holísticas (LUZ, 2007), das críticas à epidemiologia clínica (BREILH, 2013).

Vivência que depois foi trazida para o PSF de Sobral, em 2000, e de João Pessoa em 2005, cidades de maiores recursos tecnológicos – e também com uma medicina mais voltada ao diagnóstico patológico, com maior mediação dos procedimentos de tecnologia dura (MERHY, 2002). Nessas cidades, atuando como médica do chamado “postinho”, pude acompanhar pessoas e suas necessidades no contexto do território em que viviam, ao longo do tempo, reforçando a noção de que precisaríamos ampliar o conceito de cuidado na área da Saúde.

Tive a oportunidade de vivenciar a evolução da organização da Atenção Básica do país, desde os primórdios da implantação do PSF como programa até sua evolução para a categoria de estratégia. Naquela época, a equipe do PSF, além da polícia e das escolas em alguns lugares, era o único serviço do Estado no campo da seguridade nas comunidades periféricas. A assistência foi fortalecendo-se e se ampliando com o desenvolvimento do SUS e, a partir de 2000, do Sistema Único de Assistência Social (Suas). Construíram-se diversas políticas, serviços e aparelhos que atuam direta ou indiretamente na produção da saúde, por exemplo: a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf (BRASIL, 2010), cujo nome foi modificado na nova gestão residencial para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB); a política de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2014a), interligando a atenção básica com os outros níveis de atenção; os avanços da reforma psiquiátrica, como os serviços substitutivos à internação, como os Centros de Atenção

Psicossocial (Caps); e a implantação dos serviços de assistência do Suas, a exemplo dos Centros de Referência de Assistência Social – Cras (LOBAT, 2009).

No processo de trabalho, foram construídas estratégias de formação e aprimoramento voltadas para o novo modelo proposto pelo SUS, como a Educação Permanente. Para o apoio e resolutividade dos profissionais da ABS, estruturaram-se material e recursos de aprendizagens como o Telesaúde, os Cadernos de Atenção Básica, a Biblioteca Virtual em Saúde.

No nível da formação, também avançamos com as reformas curriculares dos cursos da área da Saúde, voltadas à construção de profissionais com o perfil adequado às diretrizes do SUS (MORAIS, 2016).

Na posição de gestora da saúde, atuei como secretária de Saúde, em Icapuí, e diretora de Distrito Sanitário em João Pessoa. Vivenciei os processos de gestão como fundamentais para possibilitar um bom cuidado; à medida que constrói espaços de diálogo entre serviços de saúde e intersetorialmente, propicia as condições estruturais, apoia as necessidades de capacitação, evitando o isolamento dos profissionais. Contudo, as condições ideais nunca estarão construídas se nós, profissionais de Saúde, não nos vemos na qualidade de gestores do processo de trabalho e a gestão como fomentadora disso.

Também atuei como preceptora da residência em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, depois como coordenadora dessa escola, e como professora substituta na Universidade Federal do Ceará, na disciplina de Saúde da Comunidade.

A precariedade das relações trabalhistas na ABS do SUS, como também apontam Taveira, Souza e Machado (2012), levou-me a optar por me submeter ao cargo de professora na saúde coletiva da UFPB, em 2009, embora tenha continuado como médica pediatra na urgência do Hospital Infantil do Valentina de Figueiredo.

Nesse período, também atuei como supervisora de médicos da atenção básica no Programa de Valorização de Profissionais da Atenção Básica (Provab), e no Programa Mais Médicos, o que me possibilitou vivenciar, nos últimos cinco anos, o cotidiano de trabalho de diversas equipes da ESF, em diferentes contextos de gestão e de motivação de profissionais, em municípios de grande e pequeno porte e com vários tipos de equipe e de territórios.

O aprendizado tecido em mim como médica de família é parte do meu campo de estudo, admitindo que o aprendizado se processa no corpo e constrói nossa percepção de mundo e dos problemas que vemos nele, e do nosso agir (CSORDAS, 2008; FIGUEIREDO, 2015; HASTRUP, 2010).

Como professora, consegui manter-me próxima à ESF. Meu campo de ensino é na USF e em seu território. Ministro as disciplinas Módulo Horizontal A1(MHA1) e o Módulo Horizontal A2 (MHA2) e atuo como preceptora de profissionais Residentes em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da UFPB.

O MHA1 põe estudantes do primeiro período de Medicina para acompanhar famílias em condições de vulnerabilidade social ou de necessidade de cuidados crônicos durante um semestre. Tem como objetivo principal identificar os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença da família acompanhada e construir apoio social para elas. Objetivos secundários a este é a aprendizagem de uma comunicação dialógica, a construção de vínculo com as famílias e a responsabilização pela promoção da saúde das famílias acompanhadas.

O MHA2 ocorre no semestre seguinte, com o objetivo de compreender as ferramentas de trabalho no contexto da ABS. Os mesmos estudantes agora vão tentar continuar o cuidado às famílias, mas desta vez de dentro da USF, buscando compreender seus desafios, suas potências e fragilidades. Ambas as disciplinas têm uma ementa com conteúdo cujo objetivo é direcionar o olhar dos estudantes para os objetivos das diretrizes curriculares do curso de Medicina (MORAIS, 2016).

O cenário da presente pesquisa é uma USF, situada em um bairro periférico de João Pessoa, Paraíba, onde atuei como médica e atuo como professora e preceptora da residência. Entrarei em mais detalhes sobre a USF e o bairro no capítulo onde descrevo o campo e os cuidados vivenciados.

Particpei do cotidiano desta USF por meio de diferentes lugares. Essa inserção facilita os procedimentos de campo, pois os processos de aproximação já estão dados. Os vários cotidianos descritos até aqui constroem minhas implicações com o campo e com o tema proposto, e são ao mesmo tempo fonte de dados, parte da construção do meu objeto e de minha análise.

Vou assumir nesta tese a primeira pessoa em virtude não apenas do referencial metodológico e marco teórico da pesquisa, mas por esse envolvimento explicitado. Especialmente no capítulo sobre o cuidado da criança de Aíra, muitas vezes a ação é descrita como nós, uma vez que minha participação foi ativa no grupo.

Eu escrevo para profissionais de saúde como eu. As histórias que eu uso para refletir sobre o cuidado sei que muitos viveram, vivem e convivem nos territórios de saúde. Trata-se de um estudo de caso que não pode, nem tem a pretensão de ser universalizado, mas

representa aprendizados específicos que podem ser aprendidos e úteis ao reinventar novos caminhos de cuidar.

Em virtude do lugar que eu ocupava na USF escolhida como campo de estudo, tive de construir um corpo pesquisador que, como anuncia Csordas (2008), não tem mais a responsabilidade de produzir o cuidado, mas, no seu modo somático de ser e pelas características do objeto de estudo, foi muitas vezes solicitado a retornar os papéis anteriores e se responsabilizar por ele. Por mim e pelos outros.

A relação com o problema e o campo de estudo marca minha implicação no sentido da análise institucional. Nesta pesquisa, sou parte deste campo e isso atravessa o ato de pesquisar, independentemente de meu investimento ou engajamento:

A noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se resume a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista, com os riscos que isto implica. Melhor seria dizer, então, análise das implicações, posto que implicado sempre se está. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73).

Dessa forma, meu agir e o modo de dar sentido ao que é problema, a forma que significo a mim mesma e aos outros devem ser objeto da análise. Merhy (2004) ressalta que pesquisas desse tipo devem estar atentas à sobreimplicação, noção compreendida como a impossibilidade de analisar a implicação. Corre-se o risco, de minha parte e do leitor, de psicologizar esse envolvimento ou interpretar como engajamento, militância, o que já é por si só uma forma de implicação.

De minha parte, entendo que o cuidado, enquanto processo, exige implicações de responsabilidade e de compromisso com um agir político; no meu caso, com a construção do SUS e suas diretrizes, com o cuidado integral fundado na convicção incondicional de que qualquer vida vale a pena (MERHY, 2012; SOUZA, 2013). O processo de pesquisar e de cuidar nesta questão se aproximam. O que pode ser um desafio para um processo de pesquisa, na prática cotidiana do cuidado, favoreceu encontros “cuidadosos”, como discutirei neste trabalho.

Relatar a implicação e construir instrumentos que incluam a análise dela na pesquisa não exaure o problema das complexas relações entre pesquisador e objeto. Emirbayer (2009) sugere que, nos estudos relacionais, fugir ao relativismo e ao subjetivismo não é só uma questão de procedimentos, mas uma postura e compreensão de que as implicações normativas

são produtos da relação em si; é entre os atores, em um lugar e um tempo, que as definições se constroem.

Portanto, os valores são subprodutos do compromisso mútuo dos atores em circunstâncias ambíguas e desafiadoras que surgem quando as pessoas experimentam uma discordância nas alegações de múltiplos compromissos normativos. As situações problemáticas dessa classe são resolvidas apenas quando os atores reconstróem os contextos relacionais em que estão inseridos e no processo, transformam seus próprios valores e se transformam. (EMIRBAYER, 2009, p. 315-316, tradução minha).

O instrumento em que me apoio para pôr em diálogo meus valores e saberes e os dos outros atores do campo foi a problematização das situações vivenciadas, pondo em evidência o que era estranhado por mim e pelos outros. Mais adiante, aprofundo a descrição disso e outros procedimentos de campo, que buscaram explicitar meu envolvimento e pôr em análise minhas implicações, bem como as possíveis interferências de poder hierárquico que o lugar que eu ocupava na USF poderia desencadear.

Como Eu Olho o Campo: a cartografia e uma narrativa

Busquei a cartografia porque nos remete à ideia de processo, à possibilidade de mapear um campo de acontecimentos (LÉON, 2014). A cartografia não representa necessariamente um método, sendo mais um antimétodo (DELEUZE; GUATTARI, 1995; KASTRUP; PASSOS, 2013) ou um não método (LATOUR, 2006). Ela não predetermina a forma sobre o que se quer escrever/estudar, mas sugere produzir caminhos para entender as conexões entre saberes e fazeres, entre as pessoas e os lugares sociais que ocupam entre estes e a estrutura social, as relações que produzem e reproduzem realidades.

Essa forma de pesquisar apoia-se nas concepções que se contrapõem à compreensão de que a realidade é uma superfície como coisas preexistentes que observamos e nomeamos (INGOLD, 2005).

Inicialmente, em um trabalho que pretende ser útil ao fazer na saúde e lido especialmente pelos que atuam na saúde pública, é necessário justificar por que optei em denominar as pessoas que foram cuidadas no campo de pacientes, e não de usuários. O termo usuário será usado em alguns lugares quando correlacionados com o direito ao cuidado ou à relação da instituição com o indivíduo, referindo-se ao objetivo de políticas ou aos fluxos protocolares usados nos serviços.

O termo usuário é caro à saúde coletiva e ao movimento da Reforma Sanitária brasileira, visando construir, pelo discurso, a noção de direito de cidadania de acesso, bem como uma lógica de cuidado que se centrasse na demanda das pessoas e seu contexto, substituído à atenção centrada nos procedimentos, tendo o outro como objeto. Estratégia pertinente, com a qual eu concordo e ainda muito necessária, em especial, neste momento político de recuo dos direitos como diretriz do atual governo de ultradireita do Estado brasileiro.

Entretanto, a palavra paciente continua sendo usada no cotidiano do cuidado, independentemente da postura de ver a pessoa como objeto e sem potência ou não. No campo, a palavra se referia a alguém que sofre, está vulnerável e demanda assistência.

Mol (2018) alerta para uma dimensão do termo usuário que, de certa forma, me conforma intelectualmente. O rechaço à palavra paciente resulta de um raciocínio etimológico que fazemos da palavra, a qual remete à passividade, submissão ao saber poder do profissional. Cordeiro e Spink (2013) recorrem à mesma estratégia semântica com a palavra usuário, que remete àquele que usa. Segundo as autoras, sugere que há algo oferecido, que uma pessoa pode usar. Entretanto, uma pessoa com um problema de saúde não usa um cuidado, ela realiza um cuidado em saúde. Qualquer problema, em especial um problema crônico, a pessoa necessita ir atrás de seus medicamentos, fazer o monitoramento, estão participando ativamente.

Mudar o nome não fez perceber isso, os pacientes são ativos, mesmo que na relação dentro do serviço não sejam percebidos ou tratados dessa forma na maioria das vezes. Nos serviços, os profissionais têm muito pouco controle sobre seus pacientes, por mais que se tente dar sermões ou construir sanções de acesso. As pessoas não fazem escolhas, não porque estão submetidas a um poder, mas porque estão doentes e necessitam, elas estão vulneráveis.

Segundo Mol (2008b), o termo usuário se assemelha ao que ela chama da lógica da escolha do cidadão. Contrapõe-se a esse discurso, argumentando que cidadãos não fazem escolhas, eles são definidos em relação ao estado, tem o direito construído a partir do dever de cumprir um papel, previamente marcado e delimitado. Apesar da igualdade cívica entre usuários e profissionais, estes são reconhecidos socialmente como os que sabem. Dessa forma, definem o que é melhor para o outro, o que deve ser ofertado e de que modo. Categorias só podem ser emancipadoras se passarmos a focar na relação de poderes que definem se usuário ou paciente. Qualquer das formas com que denominamos aquele que procura cuidado não poderá perder de vista a possibilidade de atuar incluindo saberes e necessidades da pessoa que procura cuidado.

Conforme Mol (2008b), a ideia de cidadão pode ser compreendida pelos menos de três formas, e nenhuma delas contempla o fato de que o corpo interfere na forma como o indivíduo pode realizar seus planos. A primeira noção de cidadania diz respeito à ideia grega da pessoa que controla seu corpo, um homem de posses, capaz de ter um corpo hígido e capaz de lutar pela pólis, uma razão em um corpo são. A segunda se vincula à noção de controle das emoções, um corpo civilizado. A última relaciona-se com a ideia de um espírito livre, é o cidadão iluminado, que não só controla seu corpo, ele o transcende, acreditando-se que é possível um conhecimento de si construído de forma independente e livre de amarras (MOL, 2008b). Paradoxalmente, esse cidadão livre tem seu corpo subsumido às ciências modernas e à crença de que, mais cedo ou mais tarde, todas as coisas físicas serão explicadas.

Contudo, cuidar não se articula com essas noções de cidadão, em que pese à importância de se saber o direito a ser cuidado. Cuidar não é uma questão de controle, não envolve libertar ou escravizar, relaciona-se com “atender aos equilíbrios internos e os fluxos entre um corpo frágil e seu intrincado ambiente, não podemos apenas pedir aos pacientes que sejam senhores de si” (MOL, 2008b, p. 54, tradução minha). Para a autora, cuidar não implica silenciar o corpo, pelo contrário, ajudá-lo a falar. Não se preocupa com a igualdade das pessoas, ao contrário, relaciona-se com o pensar como viver a vida com a doença, sem ter a normalidade como padrão. O cuidado não vai apenas ofertar modos ou coisas para serem usados, vai preocupar-se com o que impede as pessoas de se cuidar, buscar melhorar a situação, em momentos em que sua situação a deixa frágil e sua potência reduzida.

Segundo Mol (2018b), os pacientes não estão preocupados com quem está no comando, mas como vão viver com a sua doença:

Enquanto os cidadãos têm de domar seu corpo, os pacientes têm que encontrar uma maneira de nutrir, promover e desfrutar deles para levar uma vida boa. A cidadania explora a autonomia, pacientes exploram como ter uma boa vida com diabetes crônica. (MOL, 2018b, p. 86, tradução minha).

A palavra paciente remete a um momento ou estado em que a pessoa sofre e precisa ser acolhida nesse momento de fragilidade e impotência independentemente de suas escolhas, de onde vem ou como se comporta. O cuidado necessita centrar-se não no julgamento ou na ação da pessoa, mas na sua necessidade e no apoio de sua capacidade. A noção de usuário ainda se faz necessária no que diz respeito às políticas e aos fluxos de acesso, mas deixa de evidenciar o sofrimento, pode deixar escamotear a situação do usuário e sua necessidade quando o reconhecimento do outro como cidadão não se estabelece, questão que abordarei

quando discuto igualdade e equidade no capítulo sobre a integralidade e o cuidado. Já a noção de paciente, articula-se com a necessidade de implicação com o conjunto de necessidades do usuário, por ser alguém que necessita de assistência e sofre.

Uma Cartografia e Pontos de Vista

Já expus os eixos teóricos que compõem meu olhar sobre o campo, olhar que me ajudou a construir caminhos. Não obstante, faz-se necessário que eu defina qual cartografia eu utilizei como instrumento para mapear o campo, o meu caminhar.

Defino o campo cartográfico com base em Deleuze e Guattari (1995). Um dos conceitos construídos pelos dois autores para a compreensão dos processos cartográficos é o de rizoma. Termo emprestado da botânica, que designa um tipo de raiz que se estrutura em redes, feixes aleatórios que não parecem coincidir com o tronco e podem disseminar-se pelo território, por si só, originando novas plantas. A imagem de rizoma sugere a realidade como feixes que se conectam, mas necessariamente não estabelecem relações de início e fim, ou causa e efeito. Os vários feixes que constroem a raiz/rizoma contêm a árvore inicial, mas podem conter muito mais, são multiplicidades, e a própria árvore também contém o rizoma.

Pensar na construção do cuidado como um processo rizomático possibilitou seguir fatores, posturas, explicações, buscando suas conexões e colhendo seus efeitos. Entendendo esse processo como imanências possíveis aos atores e contextos, capturas realizadas em determinado encontro e campo de forças, mas sempre mutáveis e cambiantes. Embora tenha partido do conceito do cuidado integral em saúde – cujo uso e significados são parte de meu objeto de estudo –, este tinha a função de um horizonte não necessariamente normativo, mas uma utopia realizável, uma imagem-objetivo como propõe Mattos (2001).

O conceito de rizoma como estruturante da proposta da cartografia como método é associado à noção de multiplicidade (CARDOSO JÚNIOR, 1996). Essa noção se contrapõe à forma hegemônica que o Ocidente pensa o par uno e múltiplo, de modo que aquele é originário, é o princípio ontológico ou essência do ser, e este, o múltiplo, é um derivativo, fenomênico, em que o uno pode ser encontrado a partir de sua dissecação. A oposição entre uno e múltiplo pertence à racionalidade que explica o mundo pela divisão e oposição entre as ideias e o sensível. Nessa direção, compreendemos o mundo por meio de comparações, da transcendência do que já é concebido ou que acreditamos que existe previamente.

Seguindo as multiplicidades, fugi das comparações e das classificações. Desse modo, as teorias, os saberes e as práticas, minha e dos outros atores do campo, eram elementos em

relação do contexto do campo, pois nesta direção, não existe uma interioridade que se autoexplique e explique o mundo. Tudo está a partir de si no mundo, em um plano de imanência relacional, não de representação. O que representa não é a coisa em si, mas a concepção dela em relação com ela (CARDOSO JÚNIOR, 1996). Cada situação tem, portanto, várias possibilidades explicativas e várias formas de atuar, o que interessava para a pesquisa era fazer ver aquelas inerentes ao contexto.

Dessa forma, o “cuidado integral em saúde” funcionou na pesquisa como conceito/dispositivo (DELEUZE, 1996), que delimitava as situações vividas, mas para problematizar com os atores sobre elas, buscando os vários feixes de poder, de saberes e de afetos que as atravessavam e como se relacionavam com as condições estruturais do cuidado e com o contexto dos usuários.

A noção de dispositivo de Foucault (1979c) serve-me de apoio para evidenciar o conceito de cuidado integral, como máquina que potencializa a construção de outras formas de cuidar, haja vista que apresentava outras realidades possíveis aos atores envolvidos. Dispositivos, nessa direção, são elementos, discursivos ou não, que possibilitam mascarar ou justificar uma prática, seja para manter uma determinada situação, status, seja para acessar outro campo da racionalidade (FOUCAULT, 1979c).

Para as teorias praxiológicas – ou pragmatistas –, o conceito de dispositivo, a exemplo da abordagem EG de Boltanski e Theonove (BOLTANSKI, 2000), articula-se com uma noção de agência estratégica (WERNECK, 2013). Nessa direção, a ação dos atores não se explica a partir de disposições, traços incorporados ou identidades fixas, mas se apoiam em aparatos, discursivos ou não, para a gestão da vida social. Busca-se compreender a agência por meio da gramática e de competências, que constituem lógicas contextuais, não como normatividades prescritivas, mas como desafios, “conjuntos de indicações restritivas e/ou parcialmente prescritivas” que levam os atores a agir estrategicamente:

Nesse sentido, o dispositivo se torna uma coisa do qual da qual se pode lançar mão, algo que pode ser mobilizado para lidar com os desafios gramaticais. É, então, algo que adquire um sentido centrado na agência dos atores, indivíduos autônomos que fazem escolhas de direcionamento das ações, e da vida social como encontro de indivíduos dotados de agência competente, sem configurar individualismo metodológico ou uma primazia do interesse. (WERNECK, 2013, p. 707).

Não se trata, portanto, de medir ou classificar um bom ou mau cuidado pelo conceito de integral, mas percebê-lo como uma força que produz um movimento. Dessa forma, as posturas ou as ações desenvolvidas não eram compreendidas como resultantes de um

determinado fator, mas como um feixe de relações, vários vetores que se relacionavam entre si, incluindo elas mesmas. Os vetores seguidos poderiam ser aqueles que expressam predisposições do sujeito ou a captura para uma determinada lógica ou um efeito da conjuntura. Fatores que interagem em um campo de forças, uns reforçando ou excluindo os outros, mas sempre em relação, em alguns momentos, capturando-se para um cuidado já estabelecido; em outros momentos, inventando um novo.

Como salienta Annmary Mol, dizer que a realidade é múltipla não significa que existam várias versões para explicá-la, mas que nossos objetos de conhecimento são muitos e ao mesmo tempo estão relacionados, não são fragmentados (MOL, 2018). Ao analisar o cuidado por meio da praxiologia, inspiro-me em Mol (2008a), busco compreender em que os profissionais se apoiavam para desenvolver suas práticas, ou seja, a lógica que move a ação.

No entanto, as lógicas que possibilitam o cuidar não estão fixas. Elas estão em confronto, intercambiam-se e se reconstroem no ato da ação, com os mesmos sujeitos em diferentes situações. Sem um modelo prévio com o qual nomear essa situação, interessou entender o que resta para além do problema evidenciado na situação, no sentido das forças e conexões que atuavam no que se desejava compreender, seja aquilo que era expresso pelo pensamento, seja o que se intuiu com o corpo.

Sugere-se, na cartografia, pensar em campos, superfícies ou platôs, que coexistem e podem circular em dimensões do extensivo e do intensivo. Em uma mesma situação e com os mesmos atores, as lógicas que movem a ação atuam em disputa, resistência ou colaboração, em um campo de forças relacionais, mesmo que sob a hegemonia do saber biomédico. A análise de como se processam as capturas de modo a prevalecer alguns e outras não, foram pensadas a partir do eixo saber-poder e subjetividades conforme Foucault (1979a, 1979b, 1995, 2010a).

Neste ponto, o conceito de dobra foi importante para possibilitar expressar e seguir o que surgiu de novo, no sentido de mudança de posturas, de formas de se relacionar com o usuário e de buscar outras ações, a reinvenção do instituído. É um conceito, aprofundado por Deleuze (2005) com base na obra de Foucault, que possibilita a compreensão da produção da subjetividade. Uma ferramenta para analisar as singularidades visando exceder o pensar dicotômico clássico. Essa forma de pensar em opostos que se excluem, em causa e efeitos, de forma linear – certo/errado, normal/patológico – dificulta a compreensão da experiência subjetiva, que não é estática e imutável. Para Deleuze (2005), a realidade apreendida no entre desses polos normativos são possibilidades de uma mesma realidade, perceber esse espaço

supera a dicotomia. O conceito de dobra se aplica a este entre, sem estar preso à suposta autonomia da ação ou à coerção das relações sociais (COSTA, 2010).

Os indivíduos reagem aos mecanismos de poder, a partir de uma afetação, de um pensar ético. Nisso produz uma afetação de si mesmo, “uma relação da força consigo, um poder de se afetar a si mesmo, um afeto de si por si” (DELEUZE, 2005, p. 108). Uma “flexão do lado de fora que se invagina para o interior”, que possibilita estratégias, produz um saber:

Esta afecção de si, esta convenção do longínquo e do próximo vai assumir importância cada vez maior, constituindo um espaço do lado de dentro que estará inteiro, copresente, no espaço do lado de fora, na linha da dobra. O impensado problemático dá lugar a um ser pensante que se problematiza a si próprio, como sujeito ético. [...] Pensar é dobrar, é duplicar o fora com um dentro que lhe é coextensivo. A topologia geral do pensamento, que começava já na vizinhança das singularidades, se completa agora se dobrando o lado de fora ao lado de dentro: ‘no interior do exterior’. (DELEUZE, 2005, p. 126).

Pensar na subjetividade como dobras internas que, topologicamente, se conectam com o externo, permite compreender as tecnologias de cuidado de si como movimento e fluxos de força. Campos relacionais que são produzidos pelos indivíduos e permitem a produção de formas de se conduzir, de sentir e de ser.

Para Costa (2010), Deleuze produz com o conceito de dobra a possibilidade de um terceiro eixo de agir, que foge ao eixo disciplinar que controla o espaço, o tempo, o dever ser, e ao eixo do controle (sociedade de controle), que atua em redes, em que os corpos agem, mesmo sem a vigilância disciplinar do espaço e do tempo, mas produzem corpos que, em tempo contínuo, buscam ser hábeis, produtivos, dóceis às regras vigentes.

Segundo Deleuze (2005), esse terceiro eixo representa fugas, um furo no instituído. Ele cita Foucault: “só haveria saída se o lado de fora fosse tomado num movimento que o desvia da morte. Seria como um novo eixo, distinto ao mesmo tempo do eixo do saber e do eixo do poder.” (FOUCAULT *apud* DELEUZE, 2005, p. 103). A Dobra manifesta o caráter de uma existência simultânea do dentro e do fora, portanto, ela manifesta tanto um território subjetivo quanto o processo de produção deste, em que as forças e as intensidades ganham um novo sentido.

Na construção da linguagem cartográfica, o extensivo se refere a tudo que se cristaliza nas formas prévias de ser, em hierarquias, em julgamentos, em teorias. Nessa dimensão o tempo correspondente é representativo, transversal (o tempo do relógio). No plano do intensivo, a realidade é fluida, tudo é fluxo, aberto à imanência, o tempo é o vivido, o longitudinal (DELEUZE; GUATTARI, 1995). As superfícies coexistem e deslizam: o

intensivo e o extensivo, produção e reprodução, dominação e invenção. A imagem do entre essas superfícies se associaria à possibilidade da dobra, a partir dos afetamentos e agenciamentos, não como invenção, mas como potência. Ficar no entre foi uma busca constante; sempre que uma certeza ou um estranhamento se expressava em mim ou nos atores, busquei entender o acontecimento.

Para a pesquisa, interessou o que se produziu por meio da interferência da problematização diante de uma determinada ação ou compreensão sobre as situações vivenciadas. A partir daí, surgiu a possibilidade de novos acontecimentos, não importando se estávamos diante de um julgamento moral, um atravessamento do olhar técnico ou questões relativas à estrutura dos serviços ou da gestão.

O acontecimento é, na noção cartográfica, qualquer coisa ou algo que causa estranheza. No princípio, não pode ser nomeado porque não corresponde a uma forma que já estava lá. O novo não pode ser reconhecido, pois não pode ser classificado, mas produz afetamentos, estranheza, desterritorializa (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Na perspectiva foucaultiana, apoiei-me na noção de que, a cada encontro, eu, pesquisadora, e os profissionais buscamos manter ou reafirmar nossos territórios existenciais (DELEUZE; GUATTARI, 1995), que podem ser percebidos como ameaçados diante das situações de cuidado em que se verifica a disparidade entre as necessidades de saúde – sempre complexas – e o saber biomédico. Além disso, estávamos lidando com estilos de vida que divergiam, em muito, das normativas sociais ou dos ideais dos profissionais, o que demarca diferença, dificulta o reconhecimento (LAMONT; MOLNAR, 2002). Esses encontros produzem afetamentos, tanto como ameaça ou não, e implicaram desterritorialização, processo produtivo, pleno de novos agenciamentos, mas está associado a efeitos desestabilizadores sobre as subjetividades e a afetividade (BRAZÃO, 2014; GUATTARI; ROLNIK, 1986).

O conceito de território e de desterritorialização (DELEUZE, GUATTARI, 1995; ROLNIK, 2014) também é importante para a cartografia, uma vez que o contexto em que estou avaliando a produção do cuidado ocorre em um processo de mudança, um cuidado que demanda outras formas de agir, com aprendizagem contínua e criatividade.

A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente ‘em casa’. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto

de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 323).

Desterritorialização, na linguagem cartográfica, representa a desestabilização das certezas com que explicamos ou criamos um problema. Ela nomeia o momento de se permitir olhar o plano de imanência das coisas – no caso deste estudo refere-se à construção do sujeito, de sua necessidade e seu contexto –, buscando outras possibilidades de compreender o instituído e de agir, percebendo dobras, interfaces com outras verdades e realidades possíveis.

Para problematizar as situações de cuidado, busquei os casos a que profissionais de saúde, ao longo de meu cotidiano, chamavam de difíceis de cuidar. Questão que não se atinha só ao profissional de saúde, também a gestão apresentava barreiras quando os profissionais buscavam criar fluxos para atender esses casos, pois normalmente eram demandas que fugiam dos fluxos organizativos estruturados pelos serviços de saúde.

Deparei diversas vezes com assertivas que diziam que o paciente não quer cuidar-se, que a mãe não se importa com o filho, que o profissional não pode levar o mundo nas costas. Esses casos, geralmente, relacionavam-se com as precárias condições materiais de existência, atravessadas pelas diversas relações da desigualdade social, da estrutura violenta associada à guerra contra as drogas, da ausência de rede de proteção e seguridade, dos precários serviços públicos, dos problemas crônicos para os quais a biomedicina não tem uma proposta de cura, e estão relacionados com o estilo e o contexto de vida; ou, ainda, casos em que as pessoas não aderiam ou divergiam em muito dos profissionais quanto ao modo de ver o problema trazido e como enfrentá-lo.

Sempre me causou incômodo associar essas situações “difíceis de cuidar” às características do usuário, embora seja uma expressão comum no campo da assistência. Associa-se à ideia de “culpabilização da vítima”, conforme evidenciado na tese desenvolvida por William Ryan quando estudou a situação das minorias étnicas nos Estados Unidos (CARDOSO, VIEIRA, 2014). Consiste em julgamentos e atitudes, resultantes de uma abordagem individualista e moral, que compreendem a pessoa que demanda assistência como a única culpada pela situação em que se encontra. Seus problemas são apresentados com problemas individuais, resultantes de suas escolhas ou características, perdendo sua determinação coletiva.

Essas situações, consideradas como “difíceis de cuidar”, foram categorizadas por mim como situações complexas. No sentido de complexidade, conforme desenvolvida por Edgar Morin (2005), indica uma tessitura comum, pois complexo significa aquilo que é tecido junto.

Nessa perspectiva, aquilo que classificamos como simples ou dual, na verdade, está associado e é inseparável: indivíduo e contexto, ordem e desordem, sujeito e objeto, corpo e mente. A complexidade emerge da desordem, incerteza, ambiguidade, individualidade, autonomia e ainda é dialógica, necessitando uma aptidão reflexiva (MORIN, 2005).

São problemas cuja compreensão e possibilidades de atuação fogem ao campo biológico ou, mesmo dentro dele, ao limite de uma disciplina ou de uma profissão (ELLRY, 2012), e exigem cuidado de forma continuada, pois dizem respeito a questões sociais, econômicas e culturais, tanto em suas dimensões macroestruturais como da micropolítica do cotidiano. Deixo claro que apenas explico a categorização realizada, as teorias da complexidade não serão usadas neste trabalho.

Categorizei as situações consideradas difíceis de cuidar como “problemas de saúde complexos” ou “situações complexas” ou “necessidades de cuidado complexas”. Dessa forma, nessas ocasiões, estarei descrevendo as situações vivenciadas e os problemas demandados como tecidos, feixes, campos de força, vetores que se compõem de linhas ou malhas biológicas, culturais, sociais, econômicas, políticas, morais e éticas.

Essas situações consideradas como “difíceis de cuidar” foram usadas como um dispositivo de análise porque representam um momento de justificação da problematização sobre o cuidar, representam momentos críticos em que os profissionais percebem que seus saberes, fluxos e protocolos não são suficientes ou o problema que demanda cuidado foge ao que considera ser sua competência.

Adianto, também, que, para o referencial teórico em que defino saúde neste trabalho, toda demanda nesta área é complexa (ALMEIDA FILHO, 2000; BREILH, 2013). Esse referencial é inerente ao tema da integralidade, que extrapola a definição de saúde como ausência de doença – o conceito biomédico focado no biológico. O recorte de nomear as situações consideradas difíceis de cuidar como complexas é, portanto, decorrente das situações vivenciadas no campo.

O enfrentamento dessas situações produzia afetamentos nos profissionais que se relacionavam com a intensidade e ampliação do cuidado ou, o contrário, desistência ou exclusão do acesso. O conceito de afetamento aqui se relaciona com o referencial da cartografia; uso-o no sentido de “um afeto de si por si” (DELEUZE, 2005, p. 108), uma possibilidade de dobra que desterritorializa, só possível com a intenção de um corpo vibrátil (ROLNIK, 2014), sensível aos efeitos dos encontros, o que impulsiona um agir, produz um saber.

Nessa direção, a relação de cuidado foi compreendida como um encontro, ou seja, acontecimento que produz mudança a partir da troca, passagens, entre os corpos que se relacionam. Troca que se processa como afecções, compreendida, conforme Deleuze (2002), como o pensamento sobre o afeto imanente ao encontro.

Essas afecções são representações do afeto, são variações contínuas da força de existir, enquanto essa variação é determinada pelas ideias que se tem a partir do afeto (DELEUZE, 2002). Na perspectiva de Boltanski (2000), podemos compreendê-las como emoções, elementos involuntários que subjazem à ação ao mesmo tempo que a sustenta e pode mantê-la ao longo do tempo, mas também pode ser uma forma de superá-la, mudando-se o regime de ação.

Nesses encontros as compreensões sobre os sujeitos que demandavam cuidado estavam ligadas a esses afetamentos, seja em uma perspectiva de ampliação das ações de cuidado, seja na restrição do acesso. Refletir sobre essa compreensão significou um importante ponto de mudança para novas visibilidades dos sujeitos e das situações. Entretanto, apenas localizá-los como intensidades não foi suficiente pela importância que representaram na fala dos atores entrevistados. Na análise, categorizei-os como sentimentos dado que sua compreensão é cognitiva e se relacionavam com as situações vivenciadas.

Para Boltanski (2000), as emoções não estão presentes nos regimes de ação em si, elas são patentes na conversão das condutas associadas à oscilação de um regime a outro. Elas expressam o que está oculto quando as situações representam crise ou conflito. É a partir da reflexão sobre a ação, portanto da crítica, que elas surgem. Dessa forma o autor indica a possibilidade de pensar como mudar os afetos que dificultam o reconhecimento do usuário.

Nessa direção, Spinoza (2009) coloca dois afetos primários, alegria e tristeza, possíveis aos encontros. Destes, segundo o filósofo, resultam todos os outros. A tendência dos corpos é buscar a alegria, o que aumenta a potência para o agir. Quando a mente imagina coisas que diminuem ou refreiam a potência de agir do corpo, ela se esforça por se recordar de coisas que excluam a existência delas (SPINOZA, 2009, parte 3, proposição 13). Dessa forma, os afetos possibilitam afecções, ou seja, a imagem que o corpo constrói por se afetar (DELEUZE, 2002). O amor, por exemplo, é a alegria em uma imagem, em um plano de ideias concretas.

Sobre isso, Spinoza afirma:

Os modos do pensar tais como o amor, o desejo, ou qualquer outro que se designa pelo nome de afeto do ânimo, não podem existir se não existir, no mesmo indivíduo, a ideia da coisa amada, desejada, etc. Uma ideia, em troca, pode existir ainda que não exista qualquer outro modo do pensar. (SPINOZA, 2009, parte 2).

Embora para o filósofo o afeto não se reduza a ideia ou pensamento – pois não é indicativo ou representativo, ele é transitivo, experienciado na duração vivida entre um estado e outro – essa ideia da coisa amada remete à dimensão em que o afeto acaba por supor uma imagem e dela acontecer. Seria um afeto ativo, derivado da imaginação (SPINOZA, 2009, parte 4, proposições 8 a 12). O afeto inicial possibilita a potencialidade de uma noção comum, mas essa noção também pode ser formada, construída. Para o autor, nossa potência de pensar se articula com a capacidade de se afetar de várias maneiras. Dessa forma, os afetos se articulam com o corpo, mas também com o modo como o mundo exterior está estruturado, o que pode possibilitar ou não nossa capacidade de se afetar.

Embora o afeto inicial, em algumas situações de cuidado vivenciadas, tenha gerado redução de potência, no sentido de reduzir o acesso ao cuidado, também foi possível transformá-lo durante o processo gerando outras formas de cuidar por meio da problematização e reflexão. Neste ponto, a reflexão sobre os sujeitos envolvidos no cuidado representou uma interferência no encontro, possibilitando outros afetos relacionados com o cuidar em si.

Para compreender como esses afetos se relacionavam com a ação dos profissionais e acompanhar a mudança de ambos por meio da reflexão sobre o cuidado, apoiei-me na noção de regimes de ação proposta por Luc Boltanski e Laurent Thévenot (BOLTANSKI, 2000). Os regimes de ação, como discutido, apresentam-se como ferramentas para compreender a pluralidade dos momentos de ação e interação, ou seja, as competências buscadas pelos atores nas dinâmicas das situações vivenciadas (CORRÊA; DIAS, 2016).

O termo competência nesse sistema não contém um princípio cognitivo. Boltanski (2000), com Theonove, utilizam para descrever a capacidade dos indivíduos em uma dada situação em reconhecer os discursos e lançar mão de objetos considerados satisfatórios ou condizentes de forma coletiva para aquela situação. Os atores sociais têm a capacidade de avaliação moral e a produção da crítica, o que se desenvolve no contexto das relações.

A construção de identificação entre os atores de uma relação, como a de cuidado, não se explica nem se produz mediante indivíduos isolados; e sua potência para gerar cuidado está na dependência dessa identificação como sujeitos iguais, um dos componentes do

reconhecimento social (HONNET, 2009; SOUZA, 2003a). A noção de ágape como uma possibilidade de relação social proporcionou uma narrativa para compreender as situações em que, mesmo sem possibilidade de reciprocidade, momentos de dificuldade de reconhecimento social entre os indivíduos, a relação de cuidado se processou, não importando as fronteiras existentes entre profissionais e pacientes; da mesma maneira as mudanças de estados dos profissionais a partir da problematização e reflexão sobre o cuidado. O sentimento no próprio profissional foi transformado sob a possibilidade de produzir outra ação, outro cuidar.

Segundo Boltanski, o ágape refere-se a situações como essas, nas quais os atores se comprometem em um amor singular, despreocupado ou desinteressado pela reciprocidade e livre de todo recurso ao cálculo de retribuição do outro, aprofundado no tópico anterior.

O encontro do cuidado remete a emoções, como o amor ou o desamor. Nem sempre falamos sobre isso no cotidiano das práticas, nem no campo da produção científica (BOLTANSKI, 2000). Também, não desejo aprofundar esse tema tão caro à sociologia das emoções. Dessa forma, as proposições de Boltanski (2000), ao sugerir possibilidades de estados de amor e justiça nas quais os indivíduos em relação transitam, possibilitou evidenciar a existência de formas de reconhecer o outro na relação do cuidado por meio da reflexão desses estados.

O Passo a Passo do Caminhar no Campo

Revisão bibliográfica sobre o cuidado integral em saúde: compreendendo seus usos e significados

O primeiro momento da pesquisa consistiu de uma revisão bibliográfica narrativa (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014), visando compreender como o conceito de cuidado vem sendo construído no campo teórico, relacional e político à luz da noção de integralidade; igualmente, que práticas e processos de trabalho estão sendo construídos a partir do conceito de cuidado integral. A revisão fez-se necessária por compreendê-lo como parte do meu campo de estudo.

Inicialmente, realizei um levantamento em bancos de dados das bibliotecas virtuais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), por serem essas as mais referenciadas na área da Saúde Pública. Utilizei os descritores *cuidado integral* e *atenção à saúde* nos idiomas português e espanhol. O período de recorte foi de 1980 a 2017, valorizando o movimento pela Reforma

Sanitária brasileira, de pronto relacionada com discussões sobre integralidade em saúde, evidenciadas depois da Carta de 1988, que instituiu o SUS. Foram coletados nos dias 3 a 5 de fevereiro de 2017.

Encontrei 102 publicações cujos títulos se referiam ao tema. Procedi à leitura dos resumos, retirando do *corpus* do estudo aqueles que não responderam à questão norteadora: que sentidos ou quais os usos do conceito de cuidado estão sendo construídos a partir da noção de integralidade? Excluí, ainda, os manuais técnicos e os trabalhos que não apresentavam resumo acessível na biblioteca. Restaram 38 trabalhos para análise dos resumos.

Fiz leituras sucessivas, visando sistematizar os sentidos e os usos do cuidado. Dessa forma, inicialmente conheci o conteúdo; segundo, registrei as concepções implícitas ou explícitas – inferidas com base na minha experiência –, a partir do que aglutinei os sentidos atribuídos àquele conceito, sistematizados como a abordagem do conceito sob um viés semântico, filosófico e social; sua apreensão com uma relação de poder; a correlação entre cuidado e clínica; e o cuidado e as noções de amor e atenção.

Em relação aos usos do conceito do cuidado, no sentido de que proposições estavam sendo construídas ou que ações suscitavam, sistematizei dois tópicos: os estudos que avaliavam os processos de trabalho ou práticas de saúde que visam à integralidade; e aqueles que sugerem abordagens pautadas em outras racionalidades ou disciplinas para possibilitar a construção do cuidado integral.

A sistematização dos sentidos e os usos do conceito do cuidado visaram descrever a proposição dos vários autores e comentá-los por meio do referencial teórico da integralidade e do conceito ampliado de saúde, bem como por meio de algumas das categorias por eles trabalhadas. De maneira que pude buscar delimitar os sentidos de cuidado que estava utilizando em minhas análises, para além dos construídos em minha vivência como médica, professora e gestora, consolidando os conceitos possíveis de forma a operar como dispositivo da problematização do campo.

As Vivências na USF, as Ferramentas e Instrumentos do Campo

Condutas e Posturas no Campo

A pesquisa de campo baseou-se em vivenciar as situações de cuidado a partir de minha inserção no cotidiano da USF e seu território. Fiquei na USF com o objetivo exclusivo da

pesquisa, sem assumir nenhuma das outras funções, no período de outubro de 2017 a abril de 2018, dois turnos por semana, em dias variados, buscando participar das várias ofertas de atividades das equipes. Algumas vezes fui mais vezes para participar de atividades agendadas (uma visita domiciliar e uma reunião rotineira da equipe sobre o acolhimento) ou realizar algum procedimento da pesquisa (duas vezes para realizar entrevista e participar da reunião sobre o plano de cuidados de Aíra).

Apresentei-me como pesquisadora na reunião ordinária da equipe que se realiza todas as sextas-feiras, explicando a pesquisa, seus objetivos e meu desejo de problematizar com as equipes situações de cuidado, solicitando a permissão e o apoio de todos. Também fiz a mesma apresentação ao conjunto dos residentes que atuavam na USF.

Particpei do cotidiano das quatro equipes de saúde da família da unidade, pois não houve escolha prévia de quais profissionais ou equipes acompanhar. O critério para a seleção dos casos, trazidos para as análises que se processaram e todos os procedimentos do campo, foi sustentado na aceitação, por parte da equipe de saúde, em problematizar situações e processos de cuidado considerados difíceis de operar. Em alguns momentos, ofereci-me para atuar junto, em outros, fui convidada.

Ao longo da pesquisa, problematizei com as pessoas que desejaram refletir sobre que cuidado estava sendo produzido, sobre os lugares que cada um ocupava ao produzir as ações e as forças que atravessavam os sujeitos e as ações. Provoquei situações visando tornar visível o que percebia sobre poderes e fazeres que atuavam em determinado problema. Centrei-me em narrar a ação, devolvendo sempre aos que estavam implicados o que eu estava entendendo do ato. Assim, iniciávamos uma reflexão de forma conjunta, buscando uma narrativa construída com todos os atores da vivência, embora por mim captada e resumida, mas nos afetavam e nos construíam no espaço e no momento dado.

A noção de problematização em Foucault (2010b) sugere olhar para objetos e situações comuns com um distanciamento necessário para que haja uma desnaturalização ou desconstrução de nossa visão da realidade, ou uma transcendência do que já está definido, isto é, diferente de uma desconstrução.

Trata-se, pelo contrário, de um movimento de análise crítica pelo qual se procura ver como puderam ser construídas as diferentes soluções de um problema: mas, também como essas diferentes soluções decorrem de uma forma específica de problematização. (FOUCAULT, 2010b, p. 232).

Esse distanciamento nos permite repensar o que é normativo, questionar de onde surgiu e que forças as sustentam, o que em determinado momento histórico possibilitou a

coalisão em torno de uma determinada forma de ver e explicar as coisas. Problematicar também permite perceber afetos e compreendê-los.

O lugar que ocupo na USF e como isso interferia com os atores com quem me relacionava era tema das conversas no campo. Sustentei a análise contínua de como eu estava posicionada no campo e qual realidade se produzia a partir desse lugar. Buscando ficar atenta para as sobreimplicações, busquei a problematização de minhas próprias compressões e ações.

A postura de pesquisadora foi construída em processo, por estar na USF de diversas formas antes – como médica, como professora e como tutora da residência –, a todo o momento interagiam comigo uma dessas identidades. Sair delas e me mostrar como pesquisadora era um constante exercício de racionalização. Estava sempre buscando calcular quanto isso interferia na pesquisa e quanto corresponder (ou não) às expectativas das equipes produzia interferências em nossa relação. Na maioria das vezes, isso foi explicitado e conversado.

Outra forma de construir essa postura baseou-se em processar as vivências do campo com um grupo de estudo sobre cuidados, ao qual me vinculo desde 2014. Esse foi outro mecanismo muito útil, pois pude levar para o grupo principalmente o que me afetava emocionalmente, positiva ou negativamente, e quase sempre estava relacionado com minhas sobreimplicações.

Por exemplo, em um dos casos apresentados como difíceis, senti-me pressionando a equipe para pensarmos juntos sobre um cuidado. Tratava-se de uma senhora que vivia há sete anos no terraço da casa; existiam dúvidas se havia maus-tratos, se era um problema de saúde mental ou ambos. A ancoragem em se guiar pelo convite dos profissionais e a reflexão com o grupo de estudos me ajudaram a perceber como estava ansiosa em intervir no caso, uma oportunidade de verificar minha hipótese de que, com a ampliação para outros referenciais teóricos e o centramento na potência da usuária e sua família, poderia produzir resultados diferentes. Havia mais desejo meu do que da equipe em agir, questão só compreendida por mim depois das reflexões no grupo. Outra questão problematizada era a relação implícita de poder hierárquico que se relacionava com os lugares que havia ocupado na USF.

Busco detalhar agora as diversas situações de cuidado vivenciadas no cotidiano, seja por estar observando as cenas que se produziam, seja por estar agindo com os trabalhadores nessas cenas.

Atividades Vivenciadas

O cuidado referente à família de Aíra constituiu a maior parte dos conteúdos trazidos para análise, por ter sido o cuidado que mais completamente cumpriu os critérios da pesquisa, no sentido da disponibilidade de pessoas da equipe refletirem sobre os saberes e as ações desenvolvidas. A convite de um dos profissionais da equipe, participei do cuidado de sua criança que desnutriu gravemente. Também participei do cuidado à filha com constipação e da adolescente em 2016 e 2017, quando atuava como professora do MHA1, e se prolongou até o período do campo. Também cuidei da família de Aíra por um período de três meses em 2012, quando atuei como médica da equipe; nesse período cuidei do seu bebê, que veio a falecer.

As atividades desenvolvidas nesse caso foram: colher informações sobre o problema com o médico, a enfermeira, os estudantes e a Agente Comunitária de Saúde (ACS), que estavam cuidando da família; realizar consulta da criança e da mãe acompanhada por uma profissional da equipe; solicitar uma reunião da equipe, e participar dela, com o objetivo de construir um plano de cuidado para a criança desnutrida. Também foram estudados os prontuários, das duas crianças e o da que faleceu. Para análise desse caso, também recolhi informações do plano de cuidado com a família de Aíra produzido por estudantes do MHA1 que a acompanhavam, constante em meus arquivos. Esses planos de cuidado foram acessados quando situações de cuidado remontavam a questões já vivenciadas, resgatadas da memória.

Os outros casos que trago para a análise são do período do campo, já referido – outubro de 2017 a abril de 2018. Além do caso de Aíra, sistematizo no Quadro as atividades das quais participei. Minha participação consistia inicialmente na observação. Só após a permissão ou solicitação do profissional, participava ativamente das intervenções e problematizava a situação. Todas as atividades foram registradas, durante ou logo após, em diário de campo.

Quadro – Participação em atividades

Atividades	Descrição
Recepção	Por quatro turnos fiquei na recepção da USF, com a intenção de observar as demandas e as formas de acolhida
Visitas domiciliares	Participei das visitas domiciliares de três ACS, ficando em uma postura observadora, procurando mergulhar na rotina e na conduta deles. Participei de um cuidado compartilhado em visita domiciliar a convite de uma residente e uma visita de puerpério realizada por uma enfermeira
Consultas ambulatoriais de demanda espontânea e programada	Participei de quatro consultas de pré-natal (três de enfermeiras e uma de uma médica); cinco consultas de hipertensos e diabéticos (uma de enfermeiro e quatro de médicos). Por seis turnos diferentes, participei de consultas de demanda espontânea
Acolhimento	Participei por quatro turnos diferentes do acolhimento da USF, acompanhando três residentes, um enfermeiro e um ACS
Sala de Observação	Por três turnos diferentes, fiquei na sala de observação. Foi possível observar a ação das auxiliares de enfermagem no acolhimento e na condução das demandas que chegavam, bem como sua integração com o restante da equipe
Atividades educativas	Participei do grupo de promoção de alimentação saudável, do grupo de mulheres, uma consulta coletiva dos hipertensos e diabéticos e outra da puericultura.

Fonte: Elaboração da autora.

Procedimentos de Registros e Fontes de Informação

O Diário de Campo consistiu de anotações realizadas durante ou logo após as vivências. Registrei todas as vivências, as conversações, bem como as afecções que se produziram em mim. Não só anotações dos fatos ocorridos, mas também diversas falas que chamaram minha atenção, programações de atividades que decidi realizar instigada por acontecimentos do campo, por exemplo, a reunião para planejar o cuidado de Aíra.

As anotações não seguiram um método ou sistematização, muitas já carregavam análise das situações vivenciadas, com indicação de levar para a reflexão com os atores ou aprofundar em um referencial teórico.

As Entrevistas realizaram-se com doze profissionais da equipe de saúde (um médico, três enfermeiras e oito ACS), um estudante de medicina que acompanhava a equipe de referência de Aíra e uma enfermeira residente.

A escolha das pessoas para a entrevista baseou-se em três critérios: ter compartilhado uma situação de cuidado a convite do profissional; ter vivenciado uma situação de conflito ou considerada difícil de cuidar pelo profissional; observar o comprometimento do profissional para além dos fluxos rotineiros da USF. Uma profissional pediu para ser entrevistada, pois considerava terapêutico falar sobre seu trabalho. Essa entrevista foi um dos acontecimentos que me levaram a buscar entender os sentimentos gerados nos profissionais nas situações de cuidado.

O conteúdo das entrevistas surgiu das observações do campo. São entrevistas abertas e divergem entre si, pois se baseiam nas situações vivenciadas. Há, entretanto, um eixo comum

a partir das seguintes questões: por que trabalha na ESF, ou como é para o profissional trabalhar nela? O que considera difícil, ou o que dificulta atuar na saúde da família? Como atua e desenvolve seu trabalho? De onde considera que vem sua competência em atuar? Também era solicitado um histórico da vida da pessoa e de sua formação.

As entrevistas eram marcadas após as situações vivenciadas. Quase todas foram realizadas no serviço de saúde, exceto duas: uma, na casa do profissional que estava de férias e a outra, em seu outro local de trabalho, pois este já se havia desligado da USF. As entrevistas com os profissionais que cuidaram de Aíra realizaram-se após minha vivência com as equipes e quando a criança já se havia recuperado da desnutrição. Decidi realizá-las após escrever as situações vivenciadas no cuidado de Aíra, problematizando posturas compreendidas por mim. A realização das entrevistas nesse tempo foi importante por ter distanciado a possível interferência do papel que exercia na USF.

As entrevistas tiveram duração diversa, seguindo as questões que as motivaram; a mais curta durou quarenta minutos, a mais longa uma hora e vinte minutos.

Duas usuárias foram entrevistadas. Uma delas foi Aíra. Decidi entrevistá-la mesmo antes de ser convidada pelo médico de referência para avaliar sua criança desnutrida. Encontrei sua ACS na unidade, a qual comentou comigo que ainda era muito conflituoso cuidar de Aíra: “Pau que nasce torto...” (Diário de campo). Logo depois, tomei a decisão de entrevistá-la. Outro motivo foi por ter sido o cuidado mais polêmico que vivenciei na equipe e pela vivência de cuidado anterior. A entrevista realizou-se na casa dela. No momento da entrevista, havia pouco tempo que cuidara de sua criança com constipação.

Entrevistei outra usuária por indicação de uma das profissionais, a qual tinha o objetivo de me mostrar que pessoas nas mesmas condições socioeconômicas de Aíra podem interagir de forma diferente com a equipe de saúde e com a situação de pobreza.

O conteúdo das entrevistas das duas consistiu em saber a história de vida delas, descrever sua rede de apoio social, como cuida de si e de sua família e sua relação com a equipe da unidade de saúde.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente ouvidas várias vezes. A transcrição não foi literal, anotando-se os principais conteúdos e falas.

Outras Fontes de Dados

Sobre o Território e a USF

As informações utilizadas na descrição da USF e seu território resultaram do fichamento das informações recolhidas das territorializações⁶ realizadas anteriormente, informações dos profissionais de saúde e pesquisa bibliográfica.

Atualizei as informações sobre a USF e seu território por meio dos profissionais e em duas territorializações da USF, as quais disponho em meus arquivos. Uma territorialização dos discentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), turma 2009, e outra dos estudantes do MHA2 turma 2012.2. No momento da pesquisa, nenhuma das equipes tinha como disponibilizar dados atuais sobre o território.

Para a residência, a territorialização é o instrumento utilizado para facilitar a inserção dos residentes nas USF de forma a privilegiar o olhar qualificado para o território; e para o MHA2, tem o mesmo objetivo e é um dos processos da avaliação da disciplina.

Segundo duas enfermeiras e três ACS da USF, desde a implementação do atual sistema de informação da atenção básica, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS-AB), não há sistematização das informações sobre o processo de trabalho e sobre o território. O e-SUS-AB visa à informatização de todos os serviços de saúde e sua integração em termos nacionais. Entretanto, em João Pessoa e em vários municípios, o sistema foi implementado, mas sem a informatização das USF, de modo que as informações geradas são enviadas para o Distrito Sanitário, onde deveriam ser digitalizadas e retornadas para as equipes para serem sistematizadas e avaliadas, o que não vem realizando-se desde a implantação.

Buscar dados mais atualizados implicaria uma pesquisa árdua pela inexistência de dados sistematizados; os dados existentes são suficientes para mostrar ao leitor o perfil do território. Esses dados foram complementados no estudo intitulado *Topografia social de João*

⁶ A territorialização é uma ferramenta do modelo de atenção da Vigilância da Saúde para planejar o processo das equipes de saúde e planejar ações sobre os determinantes da saúde. Consiste no reconhecimento do território ou área de abrangência da USF por meio da caracterização da população e de seus problemas de saúde e avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Ela se constitui na construção de mapas básicos (mapa urbano, densidade demográfica, perfil social, econômico, demográfico e sanitário) e mapas temáticos (equipamentos sociais; dos fluxos territoriais, características culturais e políticas). O objetivo desse processo é a definição de prioridades e de formas de ação sobre os problemas de saúde apresentados por um território específico. Em um primeiro momento, o objetivo é compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença, como resultante da interação dessas diversas dimensões. Em um segundo momento, criar as condições necessárias para vigiar, regular, controlar, organizar e intervir sobre os problemas e necessidades que surgem no território e com a população (TEIXEIRA, 1994).

Pessoa, que desenhou mapas de vulnerabilidade social da cidade em 2009 (JOÃO PESSOA, 2009).

Estudo de Prontuários

Realizei a revisão de prontuários de dois pacientes, cujo cuidado discuti com as equipes com o objetivo de conhecer condutas e impressão sobre o caso. Dessa forma, tive acesso ao conjunto de práticas ofertadas e buscadas para a construção do cuidado. Um deles foi o da família de Aíra, a outra foi uma senhora que vivia no terraço da casa. Um cuidado que é trazido para a análise por ser referido nas entrevistas dos profissionais, mas no campo representou uma sobreimplicação minha com meus desejos referentes ao cuidado. Essas informações compuseram a análise como mais um parâmetro de descrição do caso, em alguns momentos, compondo o texto da narrativa na medida em que possibilitava evidências sobre as situações analisadas.

Dessa mesma forma, foram utilizados os registros de abordagens às famílias e planos de apoio social produzidos na disciplina MHA1 sobre a família de Aíra e minhas anotações sobre os casos que acompanhei na USF, todos de meu arquivo pessoal. Essas informações foram buscadas a partir da memória da pesquisadora, já que situações vivenciadas encontravam repetição em situações anteriores.

Aspectos Éticos da Pesquisa

Em relação aos aspectos éticos, este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução n.º 466/12 e n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os procedimentos citados só se realizaram após o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes. Todos os preceitos éticos estabelecidos foram respeitados, no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos. O nome das usuárias citadas é fictício. Também não citei a profissão das pessoas entrevistadas para evitar identificação. A pesquisa foi previamente autorizada pela prefeitura por meio da Rede Escola do município e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde, UFPB, Parecer n.º 3.195.505.

A Narrativa: descrevendo o aprendizado dos caminhos seguidos

Ao narrar as dobras possíveis ao cuidado hegemonicamente instituído, busquei não perder de vista que elas foram vividas no campo do intensivo. É nele que há o agenciamento e as conexões com o fora, as chamadas linhas de fuga que convergem modificando o instituído, mas quando capturadas na análise, representam a construção das imagens retidas na cartografia, o campo do extensivo, que visam expor as compreensões construídas nas situações de cuidado.

O processo de reflexão e análise seguia o próprio campo. Muitos dos sentidos produzidos para o empírico vivido foi resultante da problematização realizada com os atores, tanto nas situações vivenciadas, como em outros encontros a exemplo das entrevistas, conversas de corredor enquanto caminhávamos entre uma ação ou outra. Recolhi as compreensões resultantes da problematização dos processos de reflexão gerados nas situações vividas; a escrita dialoga com essas reflexões e com os autores que realizaram estudos sobre elas.

Busco construir o olhar do pesquisador como mais um ponto de vista dentro do texto, mas o que escrevo foi também vivido; por trazer essa marca, representa uma criação, contém meus afetamentos no campo. A escrita representa uma reflexão sobre o que foi escutado e observado, portanto, representa uma narrativa de segunda ordem, compreendendo como a de primeira, aquele que narra (SCRIBANO, 2001), mas também foi vivido por mim. Dessa forma, interage como uma narrativa de primeira ordem. Apoio-me em Geertz (1998, p. 63) quando sugere que todas as técnicas que possam ser usadas na construção do texto “não aliviam ninguém da carga da autoria, pelo contrário, a torna mais pesada”. O texto é arte, por ser criação e tem consequências para os atores, o autor do texto e os leitores.

Meu primeiro problema foi recortar o que deveria ser evidenciado diante de tanto aprendizado e tanta coisa vivida. Um dos recortes baseou-se em me centrar nos conteúdos da problematização com os profissionais. Mesmo depois de feitas as escolhas, cada leitura realizada poderia ter sido feita de diversas maneiras. Para cada perspectiva adotada ou compreensão realizada, há muitos questionamentos e outras possibilidades.

Inicialmente, reuni em um longo texto descritivo tudo que ouvi, observei e vivi no campo. O primeiro texto realizado trazia a história do cuidado de Aíra. Ele orientou o roteiro das entrevistas no sentido de possibilitar questões que motivavam o estudo: como cuidam, por que cuidam de alguns problemas e de outros não, como vê a usuária e seu problema, de onde vem sua forma de olhar e fazer. O segundo texto acrescentou ao primeiro os conteúdos das

entrevistas construindo-se um único. Depois foi formatado em classificações de temas semelhantes e redundantes, contendo literalmente as reflexões de campo, as falas e anotações do diário.

A construção dos textos foi guiada pelo lugar que eu olhava o campo: as práticas, o eixo saber, poder e subjetividade, e o reconhecimento do usuário. Cada tema problematizado e escrito no grande texto articulava-se com vários outros, construindo uma teia de significados que busquei sistematizar nos capítulos com seus títulos e subtítulos: o vivido no cuidado de Aíra; os saberes e fazeres e o saber biomédico; os julgamentos realizados sobre o sujeito/paciente e as impressões sobre o problema demandado; as afecções dos trabalhadores.

Após a escrita deste texto, busquei dialogar com a literatura científica que me ajudava a problematizar compreensões e dialogar com o vivido no campo. Literatura que me ajudou a compreender reflexões que me haviam afetado, conseguindo traduzir as afecções e o vivido em uma narrativa.

No processo de cuidado da criança desnutrida de Aíra e de sua família, sistematizei dois eixos de problematização: as várias formas de compreender o problema e as ações produzidas ou propostas; e a forma como Aíra vai construindo-se e sendo construída como pessoa, comigo pesquisadora e dentro da equipe de saúde.

Nas leituras das entrevistas, construí categorias segundo as quais busquei sistematizar o texto, as quais foram: percepções e explicações sobre os problemas e demandas dos pacientes (o que consideram difícil cuidar); como compreendem o sujeito que demanda cuidado e sua relação com o contexto em que vive; como explicam e percebem sua responsabilização com as questões complexas que extrapolam o campo biológico, possibilitando a responsabilização ou não com elas; que saberes, práticas e ações são acionados, construídos ou admitidos na ação de cuidar.

As várias formas como é compreendido o papel do profissional e/ou a relação construída com o paciente com sua necessidade e seu contexto foram um eixo de análise que apresentou variações importantes. Busquei sistematizá-las de forma didática em dois grupos: o olhar técnico, caracterizado por uma atitude de se comprometer com o procedimento e os fluxos padronizados dentro do campo protocolar, ou apresenta a postura de ouvir o paciente, acolhê-lo de forma gentil, reconhecer que suas necessidades são complexas, mas não avançam para além dos limites protocolares; e um segundo olhar que chamo de integral, em que a postura é de se envolver com as demandas, buscando resolvê-la, seja pelos canais instituídos, seja criando outros.

A categoria olhar técnico foi retirada do campo, não se correlaciona com referenciais teóricos que a delimita. O profissional técnico, às vezes chamado de clínico, *versus* o profissional humanizado são categorias largamente usadas por estudantes e profissionais, quando querem referir-se a competências voltadas para tecnologias duras, restritas ao campo biomédico, e tecnologias leves, referentes ao campo relacional. Remeto-me aqui às classificações de Merhy (2002), que apresentarei neste trabalho ao falar de cuidado e biomedicina.

A categoria integral foi traduzida por mim a partir dos discursos desse grupo sempre se relacionar com o direito do usuário de ser cuidado, remetendo e, algumas vezes, pronunciada como relativo à cidadania nas situações vivenciadas.

As situações de cuidado consideradas como difíceis de cuidar atravessam de diferentes formas os profissionais, não só na compreensão da situação, mas na forma como esta afeta e produz afecções nos profissionais. Mapeei no campo algumas dessas afecções como sentimentos, dentre as quais, chamou-me a atenção: a compaixão e a solidariedade; a impotência diante de questões cuja resolução não depende da atuação do profissional; e o sentimento de solidão em atuar ou se ver pressionado a isso e não encontrar respaldo seja na equipe e no usuário, seja na gestão.

Nessa direção, busquei compreender, por meio da ação dos profissionais, como compreendem e produzem a relação com o usuário, sem perder de vista as possibilidades explicativas da produção social desse comportamento e sentimentos; e encontrei semelhanças de emoções e sentimentos entre os grupos categorizados neste trabalho mediante a ação desenvolvida pelos profissionais. Não houve neutralidade política em sistematizar as ações e afetos, mas busquei a imparcialidade na escrita, não produzindo hierarquia entre eles, embora haja uma posição explícita da busca de construção de um cuidado considerado integral. Ao pôr as lógicas e problematizar as afecções a partir de regimes de ação, busquei possibilitar visualizar as diferentes visibilidades e as lógicas e valores morais que se articulavam.

Sistematizei dois estágios de reconhecimento do sujeito de cuidado; um em que sistematizei como Eros, em que havia uma objetificação do outro fundamentada em categorias prévias que atravessavam a amplitude das ações de cuidado; e o estado de amor ágape, em que o julgamento do outro não interferia nessa amplitude, embora fosse substância necessária para ser acolhida no processo de cuidado. Esses estados se associavam às lógicas de cuidado em que preponderava em um polo a racionalidade técnica biomédica, e em outro o dever de prestar assistência enquanto papel de cidadão do profissional.

1 INTEGRALIDADE, BIOMEDICINA E CUIDADO

1.1 Cuidado, saúde e integralidade como objeto de estudo

Os conceitos de cuidado, saúde e integralidade são polissêmicos e políticos, e representam planos de imanência de usos e significados para as práticas de saúde, pois tencionam as mudanças delas, hegemonicamente delimitadas pela racionalidade biomédica. São conceitos que, historicamente, no campo da saúde pública, se conectam com o de cidadania e universalidade, além de vários outros, mas foram recortadas didaticamente para este trabalho nesse limite.

Vou considerá-los, à vista disso, não como categorias teóricas, mas como categorias empíricas, conforme sugere Carol Thomas (1993) em relação ao cuidado. Ela propõe “desconstruir” o conceito de cuidado como uma categoria teórica, sugerindo que este se constitui em uma categoria empírica, ou seja, relacional, intersubjetiva e contextual. Ao longo da luta por mudanças políticas e paradigmáticas no campo da assistência à saúde, no Brasil e no mundo, como aprofundarei, eles vêm constituindo-se em um plano discursivo, conceitos dispositivos que mantêm a função de direcionar ou produzir compreensões em meio ao campo de disputas dessa luta.

Deleuze e Guattari (1993) definem conceito como uma ferramenta criada para responder a um problema: “Todo conceito remete a problemas, a problemas sem os quais não teria sentido, e que só podem ser isolados ou compreendidos na medida de sua solução.” (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 25).

No campo da saúde, operamos esses novos conceitos diante da necessidade de rever os limites do cuidado em saúde restrito ao campo biológico. Problema que surge historicamente por vários fatores, entre eles, a impossibilidade da biomedicina de resolver as demandas sociais no campo da saúde, questão que buscamos aprofundar neste capítulo.

Esta questão é mais bem evidenciada em contextos como o brasileiro, em que profundas desigualdades socioeconômicas permitem que populações padeçam com dificuldade de acesso aos serviços e aos bens de saúde. A situação se agrava quando tencionamos na direção não só do acesso, mas da qualificação deste, de modo que se garanta que os serviços de saúde se responsabilizem pelo acompanhamento das necessidades de saúde do usuário associado a seu contexto de vida, conforme a noção de integralidade aprovada na Constituição de 1988.

Não vou exaurir nem mesmo aprofundar as diversas compreensões sobre meu campo conceitual neste trabalho, pois meu interesse centra-se na operacionalização do cuidado integral em saúde; mas que cuidado é este que estamos nomeando? Ele está correlacionado com as abordagens explicativas do que seja saúde e das boas práticas de saúde. Nesse limite, a noção de integralidade representa um desafio aos processos de construção da assistência, pois importa para transformações do cuidado restrito à racionalidade biomédica.

Deparo cotidianamente com esse desafio a par da Educação Permanente em saúde, da preceptoria da residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e da minha atuação docente, também com a necessidade de definir melhor o que compreendemos como processo saúde-doença-cuidado. Recorrentemente, o cuidar vem sendo pautado pela biomedicina: realiza-se um procedimento protocolar; orienta-se quanto ao que se deve fazer; ações delimitadas a um campo especializado de um problema específico do campo biomédico. Esse roteiro segue parametrizando o “bom” cuidado.

Com base no conceito de integralidade, problematizo essa pauta. Nessa direção, a categoria *cuidado* é amparada em uma perspectiva polissêmica, dinâmica e relacional, à luz daquele que cuida e daquele que é cuidado. Isso vem representando uma estratégia para produção de outras compreensões e fazeres sobre o cuidar.

Apresento nesta seção uma sistematização da proposição de autores da área da Saúde coletiva e da Sociologia sobre qual e para que cuidado estamos falando quando nos referimos à integralidade, assim como me detenho brevemente no referencial teórico da integralidade e do conceito ampliado de saúde.

1.1.1 A saúde e a integralidade

No Brasil, o movimento de Reforma Sanitária consegue aprovar na Constituição Federal de 1988 o conceito amplo de saúde, definida na lei como o resultado da interação complexa de fatores condicionantes e determinantes nos campos biológicos, do meio físico, dos meios sócio, econômico e cultural, e da oportunidade de acesso aos serviços assistenciais de saúde (PAIM, 2008). Também aprovamos o direito à saúde como seguridade social, colocando como diretrizes teóricas do SUS a universalidade, a integralidade e a participação social (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, faz referência à integralidade da assistência como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de

complexidade do sistema (CARVALHO; SANTOS, 2002). A noção de integralidade, para o movimento de reforma sanitária, vem sendo produzida de forma polissêmica e adequando-se a distintos interesses em todos estes anos de luta por implementação do SUS; ele representa um horizonte de luta que vem estruturando-se e construindo sentidos que mobilizam os setores de gestão e de formação para o setor saúde (MATTOS, 2001).

A integralidade, portanto, em sua polissemia, vincula-se a dimensões do cuidado. A primeira delas é um aspecto valorativo, diz respeito a uma atitude do profissional em – no encontro com o usuário – buscar práticas de saúde que possibilitem reconhecer as necessidades de saúde da pessoa para além do campo biológico. “[...] nesse sentido, a integralidade é um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.” (MATTOS, 2001, p. 48). Apresenta-se, aqui, a centralidade do cuidado não no procedimento, mas na pessoa, sua demanda, as compreensões e sentidos que dão ao problema, às dimensões da vida afetadas a partir do problema às suas estratégias de enfrentamento.

Uma segunda dimensão diz respeito às técnicas e práticas que se relacionam não apenas com a assistência, no sentido de intervir com procedimentos e medicamentos curativos, mas extrapolam para ações relacionadas com a prevenção, a promoção e o seguimento da vida com ou após o problema que demandou o cuidado. Também aborda a atuação em outros aspectos da saúde da pessoa ou do coletivo, não necessariamente ligados à demanda que levou à busca de cuidado, como as ações de rastreamento e redução de risco por exemplo.

Neste ponto, é importante ressaltar a cautela em ofertar procedimentos para além das ações assistenciais. Como aprofundarei ao discutir medicalização, mais tarde neste texto, é preciso estar atento ao que podemos chamar de boa prática clínica (CAMPOS, 1997; MATTOS, 2001), em que se diferencia a regulação de modos de vida e o consumo acrítico de exames e medicamentos da possibilidade de rastreio de problemas, comprovadamente evitáveis, e da busca de formas de cuidar de si relativas a uma ética e uma estética de viver prazerosamente (FOUCAULT, 2010c; TREADWELL; MCCARTNEY, 2016). Parte dessas necessidades constrói-se pelos procedimentos e pelas práticas da medicina preventiva que precisam ser negociados, e não prescritos. Mais uma vez, faz-se necessário delimitar, no processo de disputas do campo discursivo, uma diferenciação de práticas integrais que buscam construir saúde e a biomedicalização da vida, relacionadas com o biopoder, com o

objetivo de controle dos corpos e de formas de consumo de tecnologias e medicamentos sob a forma de saúde (CARVALHO; TEIXEIRA, 2017; ILLICH, 1975; ROSE, 2013).

Mattos (2001) admite, ainda, duas outras dimensões relativas aos modos de estruturar os processos de trabalho e os serviços de saúde que dizem respeito ou constituem outras dimensões da integralidade: a referente ao processo de trabalho das equipes de saúde e a estruturação da rede de atenção à saúde.

Em relação ao processo de trabalho, trata-se de integrar conhecimentos e práticas antes especializados em disciplinas distintas; por exemplo, a clínica e a medicina preventiva, buscando-se articular assistência e saúde pública. Essa orientação sugere abandonar a noção de programas de saúde classificados como verticais e estruturação dos serviços baseados em especialidades ou patologias, a exemplo de ambulatório de atendimento à tuberculose, serviço de prevenção do câncer ginecológico, etc.

Nessa lógica da especialização dos serviços ou da assistência a uma mesma mulher, apresentando sintomas de tuberculose e problemas ginecológicos, é atendida não só por profissionais diferentes, mas em diferentes serviços. Mudanças nessa realidade vêm sendo construídas sob o tencionamento da noção de integralidade, como é o exemplo de estruturar os serviços em torno de ciclos de vida ou gênero, por exemplo, saúde do idoso, saúde da criança, saúde da mulher, etc.

Outro exemplo mais emblemático é a ESF, em que uma equipe multiprofissional passa a ser responsável pelo cuidado de famílias em um território, as quais apresentam demandas das mais variadas patologias, estão em diversas faixas etárias, com gêneros diversificados, inseridas em um contexto comunitário e coletivo e, o mais importante, como percebido no campo de estudo deste trabalho, ao longo do tempo, representando um tempo contínuo de assistência e seguimento ao longo de vida das pessoas, e não apenas atendimentos pontuais – pelo menos do ponto de vista teórico.

Nessa direção, busca-se estruturar processos de trabalho em que a pessoa possa ser vista em todas as suas necessidades, seja de assistência, prevenção, seja promoção de saúde. O apoio das especialidades se verifica articulando os serviços da ESF com as equipes de matriciamento⁷ por meio do Nasf – recentemente modificado para a denominação de Núcleo

⁷ O matriciamento é o apoio, com aporte técnico e teórico, de outros profissionais não restritos à equipe básica ou de primeiro contato com o paciente, geralmente especialistas ou de outras áreas especializadas: “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.” (CHIAVERINI *et al.*, 2011, p. 13).

Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) – (BRASIL, 2019) e do apoio articulado de serviços especializados e hospitais (BRASIL, 2012a).

Pequenos procedimentos como a adoção de prontuários unificados não só do usuário e sua demanda, mas de toda a família representam buscas de estruturar a integralidade não apenas como diretriz, mas na operacionalização do cuidado.

Outro aspecto é a horizontalidade dos processos de trabalho, em que se busca construir na assistência o seguimento do plano de cuidado da pessoa. É o exemplo da busca ativa de pessoas com risco potencial de desenvolver agravos, a oferta de ações assistenciais para esses agravos, o cadastro das pessoas que necessitam de seguimento, da mesma forma o desenvolvimento de atividades coletivas na comunidade visando a ações de promoção da saúde, por exemplo, um grupo de caminhada.

Uma quarta dimensão envolve a articulação entre os serviços envolvendo questões relativas às necessidades do usuário que extrapolam a capacidade resolutive da equipe ou da ABS; seja no próprio campo da saúde, o que levou à proposição de estruturar a oferta de serviços de saúde integrados em rede, possibilitando assistência continuada entre os níveis de atenção básicos, de média e alta complexidade, seja referente a outros setores de assistência, buscando-se a intersetorialidade com escolas, os serviços de assistência social, etc.

A formalização dessa articulação em redes ocorre por meio da construção de fluxos de referência e contrarreferência entre serviços de diferente complexidade, referente ao modelo de vigilância à saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998); e as linhas de cuidado referentes ao modelo defesa da vida (CAMPOS, 1994; MALTA; SANTOS, 2003; SILVA JÚNIOR, 1998).

O sistema de referência consiste em prever e programar, para cada UBS ou área de saúde, serviços de atenção em nível de média e alta complexidade. Os fluxos de referência para os outros níveis estão estruturados mediante uma central de marcação de consultas, responsáveis pelo agendamento do atendimento que deve ser realizado por profissionais da USF – a chamada referência. A equipe do nível de atenção referenciada deveria realizar a contrarreferência para a equipe da USF, ou seja, devolver o usuário para o seguimento de seu cuidado de forma compartilhada, mas na prática são raríssimos os profissionais da atenção secundária e a terciária que compreende a importância disso e a realizam.

A linha de cuidado consiste em fluxos assistenciais para problemas de saúde específicos de um usuário, uma população ou determinados agravos incidentes em uma população. Consiste no planejamento e articulação de equipes e serviços necessários, quer da saúde, quer não, para garantir o atendimento e seguimento do problema pensado. Uma linha

de cuidado inclui processos de referência e contrarreferência, mas são construídos, teoricamente, em processos de gestão abertos ao planejamento, pactuação de fluxos e reorganização de processos de trabalho (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento fundamental às linhas de cuidado, como também a quaisquer problemas complexos em saúde (BRASIL, 2007). Consiste no planejamento do processo de cuidado de forma coletiva, interprofissional e interdisciplinar. Pode ser considerado uma derivação dos chamados casos clínicos, mas importa abranger todas as dimensões e necessidades da demanda de saúde, não apenas o campo biológico. Além disso, implica um processo de pactuações e gestão do trabalho que será desenvolvido. Mais tarde, neste capítulo, ele será aprofundado.

Os parágrafos anteriores trazem exemplos de que a diretriz da integralidade vem representando uma estratégia para produção de outras compreensões e fazeres sobre o cuidar. Mattos (2001) sugere a noção de integralidade como imagem-objetivo, que possibilita o direcionamento de um olhar:

[...] diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem-objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (MATTOS, 2001, p. 44).

Indo ao seu encontro, temos que o conceito de cuidado integral pode ser assimilado como mecanismo apto a produzir novas formas de cuidado em direção àquela imagem-objetivo. Isso é essencial para as reflexões sobre as práticas de saúde que vivenciamos cotidianamente já assinaladas.

A noção de dispositivo de Foucault (1979c) reforça o uso e a construção do conceito como estratégia. Ela nos parece mais significativa para evidenciar o conceito de cuidado integral como máquina capaz de produzir novas formas de cuidado em direção a essa imagem-objetivo, noção que utilizamos como forma de provocar, no campo de estudo, problematização sobre as situações vivenciadas.

Outro aspecto importante na compreensão do conceito de integralidade é a sua vinculação a uma compreensão ampliada do que seja saúde definida no artigo 196 da Constituição federal:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196).

Com essa noção, a saúde não se reduz à ausência de doença. A Lei n.º 8.080, em seu artigo 3.º, define a saúde como um conjunto de determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, art. 3.º), de certa forma, objetivando ou pelo menos atrelando o conceito de saúde às condições materiais e básicas (no sentido de fundamentais) de existência.

Dessa maneira, o SUS, ao ampliar o conceito de saúde, caminha na contramão de interesses do mercado e evidencia a correlação das graves desigualdades sociais, com as quais convivemos, com os desafios da produção da saúde. Além disso, a noção de integralidade, conforme Pinheiro e Mattos (2006), é um problema para o paradigma biomédico, hegemônico na estruturação das práticas e dos serviços assistenciais em razão da sua racionalização mecânica, fragmentada e biologicista.

O conceito ampliado de saúde está historicamente associado às grandes questões sociais e econômicas do século XX que remontam à ascensão e crise dos estados socialistas, do Estado de bem-estar, bem como às tentativas de responder à insuficiência da ciência biomédica para atender demandas sociais e políticas. A busca de superar essa insuficiência produz movimentos e proposições teóricas e práticas como a medicina comunitária e a Atenção Primária à Saúde (APS). Questões que retomarei, de forma breve, mais tarde neste capítulo, e remeto o leitor interessado aos estudos como o de Almeida Filho (2011), Capra (1999), Mendes (1996), Paim e Almeida Filho (2000).

Um marco histórico na construção dessa noção de saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma-Ata – em setembro de 1978, que consubstanciou o conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), vinculando-se, inicialmente, à noção de direitos humanos (BATISTELLA, 2007).

Apesar de representar um enorme avanço em relação ao paradigma tradicional de ausência de doenças, o conceito definido pela OMS de um completo bem-estar físico, mental e social representa uma normatividade utópica impossibilitando um debate pragmático e definição de metas, por se tratar de uma condição inatingível. Acrescente-se que cria um espaço para um ideal normativo, o que acaba por universalizar determinados estados e qualidade em detrimento de outros (BATISTELLA, 2007).

Canguilhem (2009) problematiza os conceitos de saúde e normalidade tidos como inerentes um ao outro. Ele se contrapõe a essa relação destacando que a noção de normal é correlacionada com uma noção de médias e constantes estatísticas que são sempre referentes a um valor previamente marcado. Isso incorpora outro aspecto do normal, nem sempre evidenciado ou explicitado, que é a correlação deste com o que é desejável em um determinado tempo e sociedade. Descreve que as variações entre os indivíduos e o meio determina a funcionalidade do organismo, de forma que o indivíduo será sempre saudável em relação ao seu meio.

O conceito de saúde é histórico e relacional. O relacional aqui inclui o meio cultural, social, econômico, mais associados ao movimento da vida, à imanência dessas relações sempre em mudança. Canguilhem (2009, p. 78) argumenta que a “saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio”. Tanto o meio social quanto o cósmico são imprevisíveis e instáveis, por mais que este obedeça a leis previsíveis produzidas pela ciência (a química, a física, a biologia, etc.). Ressalta que “estas leis são abstrações teóricas. O ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis” (CANGUILHEM, 2009, p. 78).

Saúde apresenta assim uma ampla possibilidade de definições, bem como formas de pensar em práticas para sua produção, relacionando-se com a produção de projetos de felicidade (AYRES, 2004a) ou apoiar formas de andar a vida (MERHY, 2002). Questões inerentes a um tempo e a um lugar, e evidenciam implicações éticas, sociais e políticas sobre o trabalho em saúde. Definir saúde para além da ausência de enfermidade traz para o debate um problema epistemológico para a saúde pública, e está associado a campos de disputas econômicas e políticas relacionadas com os modos de estruturar a atenção.

Como explica Almeida Filho (2013), essa questão não é apenas um problema científico, mas também filosófico, tecnológico, político e prático. Ele defende a necessidade de uma agenda científica para aprofundar a questão de uma teoria geral sobre a saúde e propõe uma teoria unificada da saúde-doença como ferramenta conceitual para a modelagem da saúde-doença-cuidado à luz de abordagens da complexidade. Para a concepção aqui defendida, a saúde deve ser avaliada e concebida em relação, envolvendo os sujeitos ou coletividades envolvidas.

1.1.2 A biomedicina e o cuidado

O termo biomedicina refere-se à medicina que se desenvolveu sob a racionalidade iluminista, cujos primórdios estão no século XVIII, com o referencial teórico da ciência positiva ou cartesiana, e restringe seu olhar avaliativo e explicativo ao campo biológico. Nesse paradigma, a medicina e as outras profissões da saúde devem ser praticadas por meio da compreensão do funcionamento normal e patológico dos processos biológicos vitais dos corpos ou órgãos (CAMARGO, 2005a).

Na ciência cartesiana, a biologia é traduzida na crença de que todos os organismos vivos são entidades únicas e simples, que podem ser reduzidos em seus constituintes, que, entendidos separadamente, podem explicar os mecanismos pelos quais eles interagem, podendo-se compreender o todo. Resulta uma compreensão do corpo como uma máquina, cujos órgãos são peças que podem avariar, podendo ser consertados se descoberta a cadeia causal.

O método científico possibilitou o imenso controle da natureza que conhecemos hoje, e são inúmeras ainda as possibilidades, principalmente no que diz respeito à produção e reprodução da vida biológica, por exemplo, a recente decifração do genoma, a reprodução *in vitro*, a elaboração de outros seres criando os transgênicos, o transplante de órgãos, etc. (ROSE, 2013).

Capra (1999) salienta, entretanto, que esse inegável avanço obscurece suas limitações, impedindo admitir outras abordagens de cunho integrativo e complexo, que vêm apresentando outras possibilidades explicativas no campo dos fenômenos vivos. Ele ressalta que aqueles fenômenos biológicos que não podem ser explicados em termos reducionistas não são considerados nos protocolos de investigação científica.

Para nós, no Ocidente, essa racionalidade é hegemônica, esquecemos que outras medicinas – que até bem pouco tempo, pelo menos no Brasil, não eram valorizadas dessa forma – construíram seu corpo de disciplinas e técnicas sob outros métodos e racionalidades (LUZ, 2007).

Madel Luz (1988) estudou as relações históricas entre o conhecimento científico da Medicina e da Sociologia, evidenciando o estabelecimento dessa racionalidade hegemônica que, por sua vez, se conecta com a forma como se estruturam as práticas de saúde e da vida social. Essas conexões, embora ocultas ao senso comum, construíram uma representação que funciona “ao mesmo tempo como estrutura de explicação e ordenação dos seres e do mundo”

(LUZ, 1988, p. 9). Dessa forma, representa uma forma hegemônica de significar as relações dos homens entre si, com as coisas por ele produzidas e com a natureza.

Problematiza que a medicina é social não como um aspecto de sua especialização, mas por definir e produzir sobre uma realidade social que é o corpo humano, embora seu discurso seja de naturalização. Dessa forma, tudo relacionado com o corpo, como o sentido da vida, a morte, o sexo, o sofrimento, passa a ter uma conotação médica científica. Ela explica que seus efeitos simbólicos são ocultos porque o método e a linguagem se confundem na racionalidade científica. A concepção do método científico separa a razão do político e da paixão. Dessa forma, ao se realizar tal cisão, perde-se de vista que isso é efeito do método utilizado, restando a crença de que, sendo o objeto natural, ele preexiste à produção do discurso.

Segundo Madel Luz, a racionalidade científica – não só a biomédica – foi historicamente naturalizada como inerente ao homem e à sociedade, desbancando outras formas de explicar o mundo como legítimas ou resultantes de uma intenção humana ou, ainda, referente a crenças e tabus. No campo da saúde, a racionalidade biomédica se impoe e desqualifica outras, entre elas, aquelas que possibilitam uma visão holística do homem, sua vida e suas relações, para ela mais próximas da descrição do que agora discutimos como integralidade (LUZ 1988; TESSER; LUZ, 2008).

A proposição da categoria racionalidades médicas inaugura uma dobra na discussão epistemológica do campo médico, evidenciando a existência de diferentes sistemas médicos ou medicinas. Luz (2005) explica que foi construída a maneira de um tipo ideal weberiano, assim definindo-a:

[...] um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia. (TESSER; LUZ, 2008, p. 196).

Produz-se uma cosmologia que passa a ser uma raiz estruturante que embasa teórica e simbolicamente as cinco dimensões de uma racionalidade médica.

Ela é própria da cultura em que se insere, enraizada em um universo simbólico de sentidos que incluem imagens, metáforas, representações, e mesmo concepções, parte de um imaginário social irreduzível ao plano de proposições teóricas e empíricas demonstráveis pelo método científico. (LUZ, 2005, p. 35).

Camargo Jr. (2005a) desenvolve o tema utilizando o termo doutrina médica. Na biomedicina, essa se correlaciona com a forma hegemônica do agir no campo da saúde, mas de forma não consciente ou explicitada, a qual denomina de “doutrina da não-doutrina” (CAMARGO JR, 2005a, p. 185). Conformam um grupo de representações que dão suporte ao exercício da prática e se relacionam com essa cosmologia da biomedicina que está oculta, a visão positiva ou mecânica do mundo:

A dificuldade com esse grupo de representações é que ele não se encontra explicitado em nenhum lugar, embora seja ubíquo. Pode-se percebê-lo claramente nas entrelinhas do saber médico; pode-se entrevê-lo quando um professor de Medicina ensina. (CAMARGO JR, 2005a, p. 186).

Dessa forma, as profissões da saúde não têm princípios gerais ou referenciais teóricos explícitos. Conforme a racionalidade cartesiana, a metafísica é extirpada do campo teórico da biomedicina, “mas não do prático – uma vez que não é possível” (CAMARGO JR, 2005a, p. 184), no entanto, é hegemônico acreditar que todo conhecimento e ação no campo da saúde é racional e científico, baseado na observação objetiva e eticamente neutro.

Como observa Latour (2000), o método científico é também uma prática discursiva que determina como elabora e observa o problema, e um dos efeitos desse método é o apagamento dos vestígios de sua construção, dando-lhes a aparência factual e de objetividade.

É difícil perceber a doença como uma convenção e uma construção, especialmente no campo da infectologia e do trauma físico, em que a intervenção da biomedicina representa estratégias de enfrentamento com rápido restabelecimento em direção à média da normalidade (CANGUILHEM, 2009).

O método científico condiciona a clínica biomédica. É atribuído a Thomas Sydenham, em 1676, com o livro *Observações médicas*, o método clínico baseado na observação de sinais e sintomas, e classificação diagnóstica. A ciência médica passa a registrar as descrições de caso, em sua evolução até a cura ou a morte. Sydenham construiu um método por meio da observação à beira do leito, registrando de forma sistemática os sintomas, as alterações corporais e o curso da doença, deixando de lado hipóteses especulativas. Construiu uma classificação por categorias, propondo que elas poderiam ser catalogadas por sua descrição e associadas a uma terapêutica eficaz. Seu método estruturou síndromes como a gota aguda e a coreia. Dessa forma, conseguiu associar manifestações corporais a determinada categoria nosológica e prever sua evolução (CAPRA, 1999).

Foi no século seguinte que, ao seu método, se associou o estudo das alterações dos órgãos pela doença no cadáver, comparando-as com as manifestações em vida. Segundo Foucault (2011), foi a partir do século XIII que mais solidamente se estruturam as bases da clínica moderna, a doença passa a habitar o espaço e a espessura do corpo como algo que quebrou ou se instaurou. O fundamento da medicina moderna situa-se na lesão anatomopatológica, que pode ser visualizada mediante o olhar, a observação, a palpação, a ausculta, a percussão. Visível a partir de um texto prévio da anatomia patológica, apreendido a partir dela.

O campo recortado para intervenção do modelo biomédico é o biológico. Mesmo considerando aspectos do emocional, do social e do ambiente, estes são secundários na construção de cadeias explicativas e principalmente nos processos de intervenção. O cuidado em saúde nesse modelo se remete à atuação sobre as queixas demandadas por um indivíduo, estas sempre relatadas ou remetidas ao campo biológico, lançando mão de um conjunto de procedimentos tecnocientíficos ou de remédios, objetivando tratar/curar os sintomas apresentados ou suas causas diagnosticadas.

A pessoa e seus sintomas são importantes como indícios que vão ser pistas para o raciocínio diagnóstico, prática que permite ao médico, também, predizer/supor que a dor referida é orgânica ou pertencente a outro campo que não o físico (CANGUILHEM, 2009).

A patologia/o diagnóstico é o centro da racionalidade e da ação, recorte que afasta o problema da pessoa e do seu contexto, resultante da visão da ontologia da doença como uma entidade localizada no corpo. Isso possibilitou reduzir toda manifestação corporal vista como negativa ou variações encontradas no biológico a uma classificação patológica, por exemplo, a fome é reduzida à desnutrição, entidade sem contexto, inscrita em um corpo faminto (CASTRO, 1984). Usamos o mesmo método para classificar sofrimentos ou comportamentos considerados desviantes em uma classificação nosológica (PERRUSI, 2015).

Da mesma forma que a diagnose está no corpo biológico, a terapêutica concentra-se nele, se não pode atuar nas causas, suprime-se o sintoma. Outras técnicas de intervenção, que não o medicamento que retire o mal-estar e a cirurgia que extirpe ou conserte o órgão danificado, são consideradas secundárias (CAMARGO JR, 2005a). Na área da Saúde, as concepções de cuidado e cura ao longo do desenvolvimento da biomedicina foram dissociadas. O foco da assistência deslocou-se da pessoa para o procedimento; do cuidado de si para normatização de corpos e estilos de vida.

Segundo a racionalidade biomédica, o espaço de excelência de cuidado é o hospital, noção só nas últimas décadas questionada. Nele é possibilitada a higienização do problema e a

liberdade total de realização de procedimentos, agora sob a responsabilidade única dos profissionais (CAPRA, 1999).

O processo de trabalho na razão fragmentada da biomedicina pode ser repartido em pedaços de competências, em que grupos de trabalhadores têm apenas parte da visão e da intervenção sobre a necessidade do usuário. A cura e o cuidado tornaram-se especialidades de diferentes profissões (BORGES; SILVA, 2010; RIOS, 2009), com a primeira sendo reservada aos médicos e o segundo, à enfermagem (DUMONT, 2012).

Estudiosos no campo do gênero problematizam a concepção do cuidado como uma função do feminino, refletindo a naturalização de papéis e de dominação na sociedade (THOMAS, 1993), questão que aprofundarei na seção 1.2.1 sobre o conceito de cuidado. Dumont (2012) argumenta que os procedimentos técnicos relacionados com a cura são valorizados e associados ao papel masculino, objetivados na concepção utilitarista de intervenção e associado a procedimentos medicamentosos, cirúrgicos e tecnológicos. Ao longo da história, foi proibido às mulheres o seu aprendizado; elas iniciam a profissionalização no campo da saúde com procedimentos relativos ao cuidado do corpo e aplicação de procedimentos prescritos pelos médicos.

Esse processo de dominação reflete nas relações hierárquicas do processo de trabalho e de valorização de mercado das profissões, mas também na subjetivação de valor das práticas de saúde. Dumont (2012) discorre sobre a correlação desta questão – a separação e valoração entre cura e cuidado – e os referenciais teórico-práticos da enfermagem. Historicamente, acompanhando essas mudanças, a prática da profissão afastou-se do cuidado da pessoa e do corpo, valorizando os procedimentos mais próximos da intervenção curativa ou administrativa, relegando ao nível técnico, os cuidados com o indivíduo (DUMONT, 2012).

A biomedicina estrutura os modos de se conceber e organizar o trabalho em saúde. Dessa forma, possibilita um suporte comum à prática profissional, embora de forma não enunciada, mas desempenha o papel que se esperaria de uma doutrina geral. Ayres (2004b) salienta que a tecnociência e a arte da assistência são reflexos entre si o que possibilita explicar que a arte da medicina vem sendo acusada de ser “irracional, desumana e se achar onipotente” (AYRES, 2004b, p. 83).

A principal característica dessa aparente não intencionalidade da biomedicina é a atitude não reflexiva sobre os resultados de sua prática. Ao mesmo tempo que possibilita transformar a doença e a saúde em objetos independentes, passíveis de serem vendidos e comprados, objetos ao mesmo tempo construtores e constituídos pela crença e por valores de um si mesmo biológico (ROSE, 2013). Assumindo assim que a biomedicina constitui

saberes/poderes que são parte dos regimes de verdade da sociedade moderna, possibilitando subjetividades sobre o que é pessoa, o que é qualidade de vida, etc. O biopoder se produz em estratégias de saber-poder que buscam gerir a vida, por meio de um discurso, o científico, que estrutura mecanismos de produção de subjetividade dos indivíduos (FOUCAULT, 1979c). Os profissionais da saúde, falando enquanto função que ocupam na sociedade, são produtores e reprodutores dessas verdades.

Ele [o intelectual] funciona ou luta ao nível geral deste regime de verdade, que é tão essencial para as estruturas e para o funcionamento de nossa sociedade. Há um combate ‘pela verdade’ ou, ao menos, ‘em torno da verdade’ – entendendo-se, mais uma vez, que por verdade não quero dizer ‘o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar’, mas o ‘conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder’; entendendo-se também que não se trata de um combate ‘em favor’ da verdade, mas em torno do estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha. É preciso pensar os problemas políticos dos intelectuais não em termos de ‘ciência/ideologia’, mas em termos de ‘verdade/poder’. (FOUCAULT, 1979c, p. 9).

Um fato histórico importante para compreender a hegemonização da biomedicina e como se reproduz em termos de regime de verdade e produção de subjetividades diz respeito à forma da estruturação dos currículos médicos no século passado.

Na década de 1950, foi produzido o Relatório Flexner, que consiste em um conjunto de proposições para a estruturação dos currículos médicos, o qual serviu de referencial teórico para a maioria das escolas médicas do mundo (MENDES, 1996). As diretrizes flexnerianas resultaram de amplo estudo de avaliação das escolas médicas americanas, objetivando classificar as melhores práticas e retirar de pauta conhecimentos e práticas não reconhecidos como científicos.

A forma como os currículos médicos e da área da Saúde foram ordenados a partir desse relatório pode ajudar a clarear melhor como essa racionalidade vai tecendo formas de ser e agir ao se produzir cuidado, mas deixa subentendidas questões fundamentais à produção da saúde, como o que seja ser humano, saúde, sociedade, qualidade de vida.

Umas das proposições do relatório foi a estruturação dos currículos das escolas médicas ordenados em dois ciclos: o básico e o profissional ou clínico. As disciplinas básicas visavam (e visam ainda) ao estudo do corpo humano; na maioria das escolas, duram, no mínimo, dois anos.

Nesse período, os estudantes não tinham nenhum contato com a pessoa humana, exceto o cadáver, as células, o embrião, os tecidos. O conjunto dessas disciplinas define de forma implícita o que é vida e o que é a pessoa: várias células estruturadas em tecidos e em

órgãos, depois os futuros profissionais são apresentados aos sistemas orgânicos atuando em homeostase e de forma articulada.

As disciplinas clínicas devem estar estruturadas no fim do curso básico, em ambiente propício e prático, leia-se: o hospital. Finalmente, o contato com o ser humano em carne e osso, vivos e juntos: entretanto, corporificado como um indivíduo classificado de paciente, com um uniforme hospitalar, um número de leito, e um diagnóstico, asséptica e completamente alijado de seu contexto, trabalho, família, desejos, saberes, fé.

A partir de então, os estudantes passariam nas clínicas especializadas, cada uma se constituindo uma disciplina isolada, todas no nível hospitalar, no máximo consultas ambulatoriais e sempre como espectador do médico ou residente atendente.

Em uma escala progressiva, os mais idealistas dos estudantes são levados a se afastar cada vez mais do que seja uma pessoa, até novamente ser reapresentado a ela sem nenhuma característica que não o rótulo universalizante da patologia e dos dados epidemiológicos, e ele, o estudante, focado agora no diagnóstico patológico possível.

Essas diretrizes estão ultrapassadas e vêm sendo transformadas a partir da crítica à biomedicina e da busca de sua superação, com a reorientação dos currículos da área da Saúde para a ideia de integralidade da assistência, não só no Brasil, mas no mundo, desde o início deste século. O Ministério da Saúde e o da Educação, com o intento de adequação da formação às diretrizes do SUS, promulgaram, em 2000, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Medicina (BRASIL, 2001), “fruto da mobilização dos movimentos sociais brasileiros e da Comissão Interinstitucional Nacional da Avaliação do Ensino Médico - CINAEM, bem como da mobilização estudantil” (MORAIS, 2016, p. 16).

Essas diretrizes criticam duramente esse modelo de formação e propõem uma nova formação para um novo perfil do médico voltado para a integralidade, propondo metodologias de aprendizagens baseadas na vivência de serviços e necessidades sociais das pessoas, e estimula o aprendizado baseado na prática e na experiência (MORAIS, 2016). Dezenove anos se passaram desde sua promulgação e continuam sendo um desafio à formação, embora avanços já tenham sido registrados.

1.1.3 O cuidado biomédico e a medicalização

O conceito de medicalização assume várias compreensões e dimensões na Sociologia. O mais comum é a compreensão crítica da função social da Medicina, que passou historicamente a enquadrar e interferir em problemas de diversas naturezas como problemas

médicos, frequentemente reduzindo-os em termos de doenças ou transtornos (CARVALHO *et al.*, 2015; ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014).

Foi especialmente a partir da década de 1950 que o termo medicalização apareceu na literatura científica, como é o exemplo de Ivan Illich, buscando denunciar as consequências da classificação de problemas não médicos serem reduzidos a doenças ou transtornos, bem como os resultados iatrogênicos da ação médica em detrimento de sua promessa de cura e promoção da saúde (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

Illich (1975) afirma que a medicalização é uma forma de expropriação da saúde, um processo exercido por diferentes estratégias médicas, que assumiu o monopólio para descrever e autorizar experiências com o corpo, legando aos indivíduos uma perda da autonomia para lidar com seu sofrimento. Ele também problematiza o papel da medicina em melhorar a morbidade e mortalidade quando se trata de analisar populações e coletivos. Seu trabalho discorre principalmente sobre a iatrogenia médica, não apenas limitada à clínica, em que descreve os danos nocivos aos pacientes por tratamentos tóxicos ou não efetivos, mas à social e à estrutural.

A iatrogênese social, segundo ele, é o efeito de eliminar o status de saúde e outorga aos profissionais de saúde a ação sobre o corpo e definição das formas de viver. A saúde deixa de ser uma questão comunitária e natural e passa a ser fruto de uma intervenção médica. Essa intervenção é construída como desejo e direito das pessoas. A iatrogênese estrutural refere-se à mudança cultural referente às experiências essenciais da vida e da morte que passam a ser traduzidas como obstáculo à felicidade, que não precisa ser suportado, ou ainda que pode produzir doenças, as quais podem ser evitadas por uma intervenção medicamentosa. A medicina assumiu uma função social que se assemelha a “uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano” (ILLICH, 1975, p. 10).

Outros estudos que ampliaram a discussão da medicalização foram os que procuraram medir o verdadeiro alcance da medicina para controle da morbidade e mortalidade das populações de forma geral. É o exemplo dos estudos de McKeown e Lowe na década de 1960; demonstraram que a medicina moderna na Inglaterra, antes e durante o século XX, não teve um papel tão preponderante na queda da mortalidade, sendo mais importante a melhoria da qualidade de vida, as medidas de proteção social e a alimentação (ANDRADE; BARRETO, 2002).

Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014) sintetizam diferentes sentidos em torno do conceito de medicalização, destacando: a sanitarização do espaço público, com práticas

massivas de intervenção para controle de doenças e produção de ambientes saudáveis; a transformação de comportamentos transgressivos e desviantes em transtornos médicos; o controle social por meio de procedimentos que objetivam prevenir e normatizar baseados no risco de adoecer ou morrer e da responsabilização do indivíduo pela sua saúde; a difusão da medicalização por atores não médicos, passando a permear todas as possibilidades de existência social.

Para este estudo, a relação entre o conceito de medicalização e a produção do cuidado fica mais evidente com as noções de poder disciplinar e o controle dos indivíduos e populações construídas por Foucault (1979a; 2010b), conformando o que ele veio a denominar de biopoder, já apresentado no capítulo anterior.

Para Foucault (2010c), autores como os citados anteriormente focam nos efeitos da agência da instituição médica, concentrando-se em expor os efeitos iatrogênicos desse saber-poder e sua incapacidade de cumprir o papel de melhoria da vida, perdendo de vista seu papel na construção de regimes de verdade e nos mecanismos que possibilitaram desenvolvê-la. Ele afirma que o paradoxo da medicina atualmente não é o seu não saber, mas o seu saber e as consequências de suas imensas possibilidades de produzir vida, sem refletir sobre qual vida.

Segundo ele, a medicina assume aspectos, ao mesmo tempo, normatizada e normalizadora na constituição dos Estados-Nação no contexto europeu do fim do século XVII e início do século XIX (FOUCAULT, 1979b). A medicina moderna, ao contrário das críticas que sustentam que ela se tornou individualizada a partir do século XVIII, vai sair de seu núcleo do indivíduo e da doença, em que atuou primariamente até o século XVII, e passa a atuar em aspectos sociais das doenças e dos doentes. Entretanto, acentua seu discurso focalizado no biológico embora seu objeto de intervenção passasse a ser as cidades, os comportamentos e o corpo dos indivíduos como ação estatal.

Dessa forma, a medicalização tem um aspecto produtivo na sociedade no sentido de sua capacidade de fabricar verdades e técnicas para responder às mais variadas possibilidades de construção de lógicas e de ação dos sujeitos (FOUCAULT, 1979c). Resulta da correlação entre biopoder e disciplina, o que possibilita no nível micro das relações a construção de sujeitos, objetivados na qualificação do que é normal e patológico.

Nessa direção, o discurso e as disciplinas não só respondem às necessidades dos indivíduos, ele as constrói. A partir do século XX, esse poder-saber avança de tal forma que hoje não existe um espaço social onde ele não atue (FOUCAULT, 2010a). Ao mesmo tempo que a saúde passa a ser um direito, ela se fortalece como uma política do corpo, em que cada indivíduo se tornou responsável por sua saúde. A medicalização da família como centro da

responsabilização de procedimentos da medicina, o estudo e intervenção na infância como período privilegiado de intervenção médica são exemplos dos momentos iniciais da construção do discurso médico como poder normatizador e normalizador da sociedade.

A própria concepção de infância vai ser modelada por meio dessa atuação (MARQUES, 2001). Da mesma forma, a higiene, a sexualidade, a reprodução se constituem instâncias de controle social e moral. Sob o discurso e a prática relacionada com o controle de epidemias, construímos mecanismos de classificar como normal e patológico indivíduos e comportamentos.

Outro processo que acompanha o desenvolvimento dos aspectos da medicalização, em especial nos dois últimos séculos, é o fato de a saúde ter-se constituído em objeto de desejo para uns e de lucro para outros. Como discutimos, o saber biomédico possibilita objetivar a doença como uma entidade separada do corpo; dessa forma isolada, manipulável, ela é passível de ser vendida.

O papel atual dos profissionais de saúde, em especial o médico mantendo seu papel protagonista nessa construção social, é ser intermediário, entre o desejo da saúde perfeita, o medo do risco onipresente e a indústria farmacêutica e de tecnologia biomédica. Não se faz mais necessário se sentir doente, consome-se de forma periódica exames para prever ou descobrir problemas que poderão estar ocultos como inimigos da saúde (ROSE, 2013), muitos deles com respaldo real dos protocolos de ações de prevenção de agravos, mas muitas vezes sem nenhum respaldo científico da real eficácia dessa prática e com os malefícios de sobrediagnóstico⁸ (TREADWELL; MCCARTNEY, 2016).

No século atual, a noção de medicalização avança no sentido de nos tornar melhores e potencializar a vida (ROSE, 2013); existe uma onipresença do transtorno, todo e qualquer incômodo, qualquer desvio da felicidade eterna necessita ser imediatamente examinado. Todo

⁸ A medicina preventiva estruturou um conjunto de ações visando à prevenção de enfermidades por meio da redução do risco de se adquirir uma determinada doença. Dessa forma diminui a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar um indivíduo ou um coletivo. A prevenção está classificada como primária, secundária, terciária e quaternária; a primária consiste na remoção ou atenuação de causas e um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica (ex.: imunização, orientação de hábitos saudáveis); a secundária consiste em um conjunto de procedimentos que buscam detectar problemas em estágio inicial ou subclínico, de forma a ter tempo hábil de cura ou intervenções que retirem ou minimizam efeitos deletérios no indivíduo ou sua disseminação na população (ex.: rastreamento); a terciária é a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação (ex.: prevenir complicações do diabetes, reabilitar paciente pós-infarto); a quaternária, é a detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. O sobrediagnóstico é o excesso de “diagnósticos” sem nenhum impacto sobre a morbidade ou mortalidade, que podem levar a outros procedimentos desnecessários e nocivos ao paciente, sendo uma das justificativas da prevenção quaternária. A prevenção quaternária visa não causar danos por excesso ou inadequação de procedimentos e medicamentos (BRASIL, 2013a).

e qualquer sofrimento humano ou comportamento desviante é passível de ser transformado em uma classificação nosológica (CANGUILHEM, 2009; PERRUSI, 2015).

Perrusi (2015) desenvolve em um ensaio o *insight* de que o sofrimento na atualidade, mais que a dor somática, é um fato social total. Baseia-se no estudo da historicidade do processo de constituição da personalidade formulado por Elias (1994 *apud* PERRUSI, 2015) e propõe que as transformações sociais voltadas ao individualismo e autonomia modernos produzam reconfigurações nas formas de sentir e sofrer.

O sofrimento nas sociedades tradicionais estava socialmente acolhido nas formas de reconhecimento social, em que os rituais sociais significavam e construíam estratégias para dar sentido a esse reconhecimento. Já nas sociedades modernas, a concepção do individualismo e da autonomia atribui a construção da personalidade e identidade ao próprio indivíduo. Não obstante, como discutimos até aqui, temos parâmetros universalizados do que seja felicidade e formas de cuidar de si, mais que isso, atingir esses parâmetros qualificam o sucesso social.

A essa subjetivação, articula-se a proposta sanativa da biomedicina, possibilitando uma estratégia de enfrentamento do sofrimento adequada a essa racionalidade utilitarista e individualista. As experiências essenciais da vida e da morte não são mais acolhidas em rituais de significados. Pelo contrário, por exemplo, experiências como o nascimento deixam de ter significado social e passam a ser campo disciplinar. Tudo o que pode ser compreendido como obstáculo à felicidade, portanto, ao sucesso, pode ser passível de uma classificação nosológica ou de um procedimento biomédico corretivo. Afirma Perrusi (2015):

Não causa surpresa, com efeito, que ocorra uma ‘psicologização’ do sofrimento psíquico, mesmo que sua sociogênese seja igualmente fundamental – ao psicologizá-lo e ao ‘biologizá-lo’, neutraliza-se seu aporte simbólico. O sofrimento psíquico é uma construção social, embora seja expresso como individualizado. É individualizado porque é socializado dessa forma. [...]. Provavelmente, o novo status social do sofrimento psíquico seja relevante, mas como denegação. Afinal, fala-se do sofrimento para exorcizá-lo. (PERRUSI, 2015, p. 146).

O sofrimento passa a ser enquadrado como dor psíquica e facilmente se adapta a uma classificação nosológica. A biomedicina fornece a terapia do sofrimento psíquico na forma de analgesia, principalmente baseada no uso extensivo de psicofármacos. Enquanto compreendido como sofrimento, mesmo associado a insucesso social, sua superação ou ressignificação se estruturam nas redes sociais de convívio. Quando é compreendido como doença, a solução ocorre por meio de especialistas e toda a produção social, econômica e cultural que envolve essa percepção.

No cotidiano dos serviços de saúde, os processos de medicalização constituem parâmetros de qualidade do cuidado para profissionais, usuários e gestores (BARROS, HECKERT, 2010; BONFADA *et al.*, 2012; CURVO; SILVA, 2011). Tal percepção associa essa qualidade a acesso ao medicamento, ao encaminhamento de exames, com a reivindicação de especialistas em unidades básicas de saúde, sendo-lhe acrescentada a necessidade de uma boa relação dos profissionais com os usuários.

A demanda do usuário é perpassada por suas experiências. Assim, o cuidado que ele espera em um serviço de saúde é apenas um “medicamento bom, soluções deglutíveis para problemas complexos” (FORTES, 2014, p. 256), conforme a promessa da medicalização. É válido lembrar que a clínica biomédica é estruturante da sociedade, ao mesmo tempo que é por ela estruturada; logo as necessidades e os desejos de cuidado são socialmente construídos.

1.2 As fugas possíveis para o cuidado integral

O campo da saúde contemporâneo, dentro dele de forma mais notabilizada a Medicina, desde a metade do século passado, vem sendo criticado em seus efeitos e suas explicações, e com a crise paradigmática da ciência positivista, apresenta proposições de mudanças que se estruturam tanto em movimentos sociais de transformação e de acesso a saúde quanto epistemologicamente (CAMARGO JR, 2005b; CAPRA 1999; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Foucault (2010c) destaca dois processos coincidentes, que se reforçaram mutuamente para a hegemonização da biomedicina: a capacidade de dar uma resposta condizente com os problemas patológicos prioritários à época; e o fato de essas respostas serem adequadas ao modo de vida que se construía na Europa a partir do mercantilismo e do capitalismo. Ao mesmo tempo que ela assumia suas funções modernas em nível estatal, a tecnologia médica experimenta vários progressos tecnológicos como o descobrimento dos antibióticos e, antes, o uso de anestésicos e o avanço em técnicas cirúrgicas.

Sua eficiência contra os sintomas, possibilitando um rápido retorno ao que é considerado normalidade (PERRUSI, 2015), foi e é um fator preponderante. Isso possibilita a rápida reposição da pessoa à labuta, o que está em direta sintonia com a racionalidade do homem produtivo. Essa eficiência tem ainda a singularidade de não solicitar mudanças estruturais da qualidade de vida ou das relações sociais, nenhum questionamento necessário à ordem capitalista global que se alinhava e se fortalece.

No entanto, para Foucault (2010d), paradoxalmente, é nesse momento que se instaura a crise da medicina moderna.

[...] com a manifestação simultânea de dois fenômenos: o avanço tecnológico importante, que significou um progresso capital na luta contra as doenças, e o novo funcionamento econômico e político da medicina, sem conduzir, de maneira alguma, ao maior bem-estar sanitário que caberia esperar, e sim a uma curiosa estagnação dos possíveis benefícios resultantes da medicina e da saúde pública. (FOUCAULT, 2010d, p. 172).

Em nosso meio, muitos autores (PASSOS; CARVALHO, 2015; PIRES; BOTAZZO, 2015; WAGNER *et al.* 2015) correlacionam o uso exclusivo do referencial biomédico na produção do cuidado com vários problemas nos serviços de saúde, que devem ser superados na produção do cuidado: insensibilidade dos trabalhadores diante do sofrimento das pessoas; isolamento das pessoas de suas redes sociais e familiares nos procedimentos, nas consultas e nas internações; excessiva focalização na enfermidade e na biologia; fragmentação dos serviços cujos protocolos negam acesso a outras demandas não incluídas ou classificadas pela especialidade; debilitação da relação clínica; comercialização dos procedimentos médicos.

O conhecimento científico/biomédico não conseguiu avançar em antigos/novos problemas humanos, como é o caso da fome que ainda assola populações de continentes e grupos populacionais em uma mesma cidade (CASTRO, 1984). Conseguimos fazer nascer crianças por inseminação e deixamos morrer milhares por morte evitável; epidemias – problemas da microbiologia – como sarampo, cólera, gripes, arboviroses retornam com a queda da qualidade de vida e o aumento das diferenças econômicas e sociais, decependo vidas potenciais ou deixando-as com sequelas; antigas ameaças como a tuberculose, lepra (agora hanseníase) e outras endemias permanecem e ficam mais poderosas e resistentes, apesar de quase se limitarem aos pobres; e os riscos biológicos que produzimos ao planeta são os maiores já sofridos em toda a história já conhecida pela espécie. Somam-se a isso os efeitos da tecnociência biomédica no que diz respeito à relação cuidador-cuidado e subjetivações para os modos de vida em si, discutidos na seção 1.1.3 sobre a medicalização.

Desde meados do século XX, estudos e proposições sobre formas de estruturar a saúde buscam novas compreensões sobre o que seja vida, saúde e o uso de outras possíveis tecnologias que ampliam ou repensam o paradigma biomédico. Paralelos e na contramão das diretrizes hegemônicas, fortalecem-se questionamentos epistemológicos e políticos, buscando alternativas, dobras ao mesmo processo de biopolítica e biomedicalização (ROSE, 2013).

Como abordamos no início deste capítulo, a concepção da saúde como direito humano – pelo menos a garantia de cuidados básicos – foi reunida sob o célebre lema de “Saúde para Todos” da Conferência de Alma-Ata, em 1978, cuja praticidade e facilidade das propostas dava esperança de que chegaríamos a essa meta no ano 2000.

Esse tema inspirou importantes modificações nas práticas e na assistência à saúde, bem como nos seus referenciais epistemológicos, organizacionais, tecnoassistenciais e políticas do setor, tradicionalmente hospitalocêntrico e voltado para problemas biológicos e patológicos. O conceito ampliado de saúde inspirou a medicina comunitária, a promoção da saúde, o fortalecimento da atenção primária e a estruturação de modelos e sistemas locais de saúde (MALTA; SANTOS, 2003; PAIM, 2012).

Também no campo epistemológico, proposituras buscam superar o paradigma positivista, especialmente no campo da Saúde Coletiva, e realizam a revisão da compreensão do que seja o processo saúde-doença e a superação dos modelos teóricos unicausais e pluricausais da doença (AGUIAR, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011; CAPRA, 1999; ESCOREL, 1998; MCWHINNEY, 1993; PAIM, 1976; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; PUTTINI; PEREIRA JÚNIOR; OLIVEIRA, 2014).

No campo da Saúde Coletiva, desde a década de 1970, estudiosos, especialmente da América Latina, produzem uma epidemiologia crítica na direção da ruptura com o paradigma positivista dominante (BREILH, 2013). A Epidemiologia é uma disciplina que busca explicar o processo saúde-doença e historicamente se articula com a crise paradigmática na saúde e na ciência.

Breilh (2013) sistematiza três grupos de modelos explicativos dentro da epidemiologia:

- 1) os baseados no referencial positivista, como a epidemiologia linear uni ou multicausal;
- 2) os modelos de transição que, apesar de incluírem o social ou a multiplicidade da saúde como parte estrutural de sua determinação, permanecem esses como variáveis dela, permanecendo na noção de causa, chamadas agora de determinantes;
- 3) os modelos da epidemiologia crítica que adotam a saúde como objeto, subordinada ao social; até então a epidemiologia, apesar de falar sobre a saúde, tinha como objeto “a enfermidade e a morte” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 7).

No primeiro grupo, os modelos da causalidade, temos o modelo linear clássico uni ou multicausal, em que a doença é resultado da agressão de um agente ou da interação de vários

agentes respectivamente. Dessa forma, ao se identificar as cadeias de relação causal, os agentes patogênicos podem ser eliminados. Uma busca de ampliar tal perspectiva é representada pelo modelo ecológico-empírico, ainda hegemônico, conhecido como modelo ecológico da história natural da doença de Leavell e Clark. Ele é baseado na teoria parsoniana dos sistemas (BREILH, 2013).

A sociologia funcionalista, baseada em Parsons (*apud* BREILH, 2013), concebe a organização social como um sistema conformado pela integração de diversos agentes que interagem em cooperação para a obtenção de um objetivo. No campo da saúde, esses agentes são o hóspede, o agente e o ambiente interagindo em equilíbrio de funções, todos vistos como fatores biológicos individualizados que interagem de forma integrada. Sua maior expressão é a construção das cadeias explicativas do risco, possibilitando as propostas de prevenção e promoção da saúde de acordo com a hierarquia da interação dos três agentes. O social é uma variável que compõe o ambiente.

Como explicam Coutinho, Almeida Filho e Castiel (2011), esses modelos se atêm à noção de causa conforme o paradigma cartesiano, em que essa funciona como algo organizador do mundo, externa aos objetos, como uma conexão linear e possível de ser medida. É uma propriedade dos objetos essa dimensão mensurável e quantificável, tudo que existe, se existe, pode ser medido: “Neste contexto, a investigação científica implica o estabelecimento de funções de determinação como descritores da natureza hipoteticamente causal dos nexos enfocados.” (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; CASTIEL, 2011, p. 34).

Breilh (2013) destaca que esses modelos são insuficientes para explicar a complexidade da saúde e da doença, acabam por se restringir ao nível do fenômeno, fatores são tomados como processos, o que possibilita “converter realidades determinantes como classe social em elementos reificados e marginais da estrutura social” (BREILH, 2013, p. 18, tradução minha).

A epidemiologia esteve atrelada à biologia, o que fez com que a relação da saúde-doença com os processos sociais fosse obscurecida, disfarçada, atendo-se a métodos explicativos rigidamente biológicos. Mesmo com a ampliação dos métodos, o social tem lugar como modulador do processo de distribuição e da intensidade. A Epidemiologia era uma disciplina básica da Medicina Preventiva, representava um saber complementar ao saber clínico, fornecendo dados para prever riscos e proteger os corpos (ALMEIDA FILHO, 2000).

Breilh (2013) classifica como modelos de transição aqueles que propõem a incorporação de fatores sociais como determinantes da saúde. Um exemplo é o modelo baseado na teoria dos sistemas holísticos em que cada seguimento relacionado com o processo

saúde-doença é um sistema em si que interage e constrói o todo em relação, ao mesmo tempo que o contém. Cada nível sistêmico de organização tem capacidade de *autopoiese*, e interage com os outros sistemas.

Outro modelo, mais divulgado em virtude da OMS, é o dos determinantes sociais da doença, que concebe a saúde como um fenômeno multideterminado, articulando os fatores sociais como complexamente relacionados com sua produção.

Apesar de esses modelos representarem um avanço, a estrutura social permanece como parte do objeto doença, abarcam o estrutural, ampliando a noção de causalidade, mas permanecem presos à noção da patologia; as estruturas sociais são consideradas variáveis conectadas ao fenômeno saúde-doença. O nexo entre os fenômenos é complicado, mas não complexificado, não se tem uma causa, mas uma multiplicação delas:

A insistência dos poucos teóricos da ciência epidemiológica em debater a questão da causalidade reafirma a intenção de uma tradução literal de associações pseudo-probabilísticas de risco como se fossem legitimamente relações de produção de efeitos, ou simplesmente causas. Esta tentativa de apresentar correlações entre variáveis como nexos causais entre fenômenos concretos, que termina por tomar a causa como um processo natural (e, por conseguinte, anistórico), é aparentemente simplória e fácil de refutar. (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; CASTIEL, 2011, p. 36).

Não obstante, essa é a visão hegemônica até o momento. Esses modelos admitem a importância dos aspectos sociais e seus efeitos sobre a saúde apresentam uma abordagem considerando diferentes hierarquias da realidade e valorizam uma variedade de processos e mecanismos de produção da saúde-doença, inclusive reconhecendo suas interações recíprocas. Entretanto, a própria categoria de determinantes sociais da saúde traz a compreensão de “causas das causas” (BREILH, 2013, p. 19).

Em outra direção, a noção da determinação social da saúde busca romper com o casualismo e superar a compreensão do processo saúde-doença como natural e anistórico. Breilh (2013) os sistematiza como expressões da epidemiologia crítica dando três exemplos: a determinação social da saúde, a etnoepidemiologia e a ecoepidemiologia.

A estratégia etnoepidemiológica, aprofundada por Almeida Filho (BREILH, 2013), tem como pressuposto que os fenômenos da saúde-doença são processos sociais, devendo ser concebidos como tais; segundo Breilh (2013), ele propõe integrar outras disciplinas à epidemiologia, buscando dar conta da noção da saúde como objeto complexo.

A teoria ecossocial, proposta por Krieger (BREILH, 2013), procura articular as perspectivas social e biológica, integrando o histórico e o ecológico. Para ela, segundo Breilh

(2013), é nos corpos, por meio do processo de corporificação, que podemos estudar as influências do contexto em que se vive, pois é a partir da interação corpo, meio e história que se produz nele padrões de saúde, doença, incapacidade e morte. A corporificação depende de relações sociais de poder e da reprodução social, associados aos limites e herança genética do corpo biológico, ao contexto ecológico e à história individual (BARATA, 2005).

A teoria da determinação social, exposta por Laurell e Breilh (BREILH, 2013), baseia-se no materialismo histórico dialético; busca então explicar os determinantes políticos, econômicos e sociais da distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades. Breilh (2013) aposta na demarcação de um tipo de disciplina comprometida com uma sociedade não insalubre.

Como as sociedades governadas pela acumulação de capital estão profundamente divididas e geram um choque de interesses sociais, a práxis epidemiológica está sempre na encruzilhada dos interesses privados quando se engaja na construção do bem comum majoritário. (BREILH, 2013, p. 22, tradução minha).

A saúde como produção social produz um novo raciocínio, pois não cabe buscar variáveis nem vínculos de dependência. A determinação social é o processo pelo qual os determinantes, aqueles que são essenciais para a produção e estados de saúde ou de doença, põem limites ou exercem pressão sobre outras dimensões da realidade, sem a compreensão de causa e efeito.

Por exemplo, na história natural da tuberculose, o bacilo, o microrganismo é uma condição para a doença existir, mas há um conjunto de determinantes, relacionados com o meio e o indivíduo, vinculado às condições materiais e históricas de existir para que ela se concretize. A noção de reprodução social é central para esse modelo; as formas sociais de produção da vida produzem circunstâncias favoráveis ou nocivas à saúde e delimitam os problemas de saúde que mais frequentemente estarão associados a cada grupo social, daí resultam diferentes perfis epidemiológicos (BARATA, 2005).

Na direção das transformações das bases teóricas da clínica e de outras disciplinas básicas da biomedicina, temos as teorias sistêmicas e a cibernética que propõem uma nova biologia (CAPRA, 1999); e a integração de outras medicinas e práticas terapêuticas ao sistema hegemônico (LUZ, 2007).

Aspectos do emocional, do social, do ambiente e do econômico passam a ser inseridos na construção de cadeias explicativas e principalmente nos processos de intervenção. Esses são aspectos que começam a ser trazidos para a clínica como a medicina psicossomática, a

medicina de Família e Comunidade (BONET, 2014a), a clínica ampliada (CAMPOS, 1997), a clínica peripatética (LANCETTI, 2008), a clínica centrada na pessoa (AYRES, 2004b), para citar apenas alguns exemplos.

Entre os fatores de mudanças do campo da saúde, soma-se a todas essas questões associadas aos referenciais paradigmáticos e práticos, o debate sobre direitos humanos que possibilitou aprofundar no campo político a relação entre o desenvolvimento econômico e social, e a saúde. Em que pesem os vários cenários contrários como o incremento do mercado e a subjetivação das pessoas pela biomedicina, a indústria de medicamentos ser a segunda maior do mundo, perdendo apenas para a de armas (GOTZSCHE, 2016), e o recrudescimento das ideias neoliberais no mundo.

Conseguimos, especialmente no Brasil, construir transformações importantes no campo do Direito, da necessidade de extensão de cobertura dos serviços e problematização sobre seu marco referencial teórico, construindo-se amplos debates sobre o conceito de saúde e sua forma de operacionalizá-la (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000); embora sejam avanços em constante disputa com a ideia privatizante da saúde.

Todas essas propostas envolvem um sentido e uso do conceito de cuidado que extrapolam a noção biomédica. Busquei, por meio de revisão bibliográfica narrativa, sistematizar a produção acadêmica nesse contexto, visando sistematizar as possibilidades interpretativas das mudanças propostas na forma de cuidar e os sentidos atribuídos àquele conceito. Esses foram sistematizados como a abordagem do conceito sob um viés semântico, filosófico e social; sua apreensão como uma relação de poder; a correlação entre cuidado e clínica; e o cuidado e as noções de amor e atenção.

Em relação aos usos do conceito do cuidado, no sentido de que ações ou proposições estavam sendo construídas, sistematizei dois tópicos: os estudos que avaliavam os processos de trabalho ou práticas de saúde que visam à integralidade; e aqueles que sugerem abordagens pautadas em outras racionalidades ou disciplinas para possibilitar a construção do cuidado integral.

1.2.1 A perspectiva semântica e filosófica: de que cuidado estamos falando?

O cuidado é assumido, por alguns autores, como uma relação inerente à humanidade, de caráter ontológico (AYRES, 2004a; RODRIGUES, 2007), à maneira da fábula de Higino

relativa à criação da humanidade.⁹ Essa fábula nos reporta à relação cura-cuidado, que tem o mesmo embasamento na língua latina de origem, sendo imanente à vida em sociedade: sem o cuidado de outros, o ser humano não sobrevive.

Também encontramos a busca do significado de cuidado em *cogitare*, do latim, sendo um de seus sentidos “pensar em”, aplicando-se o pensamento em alguma coisa, ter atenção (MOREIRA, 2012; RODRIGUES, 2007). Com essa orientação, Heidegger, segundo Ayres (2004a), salienta que o cuidado só pode haver em copresença com outros.

Por sua vez, Moreira (2012) acrescenta à palavra cuidado (*pimeléia heautoû*) o sentido de cuidar de si como uma forma de ser, de estar no e para o mundo. Isso nos faz pensar no ato do cuidado em si, naquele que cuida, em quem é cuidado e para que mundo/vida se está cuidando.

Na sociologia, Thomas (1993) afirma que o significado de cuidado é enfatizado em pesquisas acadêmicas e nas políticas sociais, com foco em como as fronteiras sociais o delimitam e o valorizam. Para ela, as ações admitidas como cuidado têm duplo sentido. Um de valor moral e intersubjetivo que envolve afetos e papéis historicamente construídos, como “mãe” ou “amizade”; outro de sentido prático, da ação/trabalho que deve ser realizada. Essas ações vêm sendo ocupadas por mulheres e demais grupos socialmente subalternizados, sendo papéis pouco ou não valorizados, seja como trabalho, seja como ação social, vistos como parte de uma ação afetiva, natural ou sem uso intelectual (DUMONT, 2012; IZQUIERDO, 2003; ZOBOLI, 2004).

O trabalho de Carol Gilligan sobre desenvolvimento social é lembrado por Zoboli (2004) por sugerir que existe uma ética do cuidado associada ao feminino. Para ela, Gilligan verifica que o julgamento moral das mulheres é construído sobre as experiências de cuidadora que lhe são demandadas, sendo internalizadas, desde a infância, como um papel que lhe é típico; daí que o cuidado “feminino” se baseia na relação que se estabelece com o outro. No caso dos homens, seu julgamento está alicerçado em noções de justiça, ou seja, em noções normativas.

⁹ A fábula de Higino descreve a origem do homem, a tradução foi retirada de Castro (1984, p. 47): “Enquanto caminhava através de um rio, Cura vê uma lama argilosa e, pensativa, recolhe-a e começa a dar-lhe figura. Enquanto meditava no que já fizera, Jove interveio. Cura pede-lhe, então, que lhe infunda um espírito (ao que acabara de moldar) e facilmente o consegue. Como Cura quisesse impor-lhe por si própria um nome, Jove proibiu-lho insistindo em que ele é que haveria de dar-lhe nome. Enquanto Cura e Jove discutem, ergue-se ao mesmo tempo a Terra, querendo dar-lhe nome, já que lhe fornecera o corpo. Tomaram a Saturno como juiz, e este busca ser equânime [e este julga ser justo, assim]: ‘Tu, Jove, porque lhe deste o espírito, recebê-lo-ás após a morte. Quanto a ti, Terra, porque lhe deste o corpo, então o receberás. E Cura, porque primeiro lhe deu figura, mantê-lo-á durante todo o tempo em que ele viver. Mas porque há entre vós uma controvérsia sobre o nome dele, chame-se lhe homem, porque parece ter sido feito do húmus’.”

Tronto (*apud* DUMONT, 2012) também aborda esse tema. Contudo, mais que relacionada com lugares de gênero, compreende que a ética do cuidado está associada à condição social das pessoas, pois o conjunto de atitudes e valores que constroem a formação ética/moral para o cuidado se desenvolve cuidando, e essa ética se constrói de forma prática, por meio da relação com o outro contextualmente.

Cuidado como Amor e Atenção versus Sacrifício e Sofrimento

Na revisão de literatura realizada, encontrei estudos que correlacionavam o conceito de cuidado com categorias de valores morais e de afetos. Essas categorias estão, dentro do senso comum, naturalizadas como relacionadas com o psiquismo e identidade individual. Entretanto, desde a psicanálise, com as noções de superego, consciência e inconsciente, buscamos compreender o caráter social da formação psicológica do indivíduo. Na sociologia, desde os estudos de Elias (1994b), a correlação entre afetos e sua produção social pode representar um importante ponto de apoio para pensarmos os afetos relacionados com as relações de cuidado no campo das práticas e da formação.

Estudos sobre as representações sociais de profissionais de saúde sobre cuidado identificam este como atenção, amor e acolhimento (BORGES; JAPUR, 2005; PINHO *et al.*, 2007; RIOS, 2009; VIEGAS; PENNA, 2015). Nesses estudos essas categorias não foram consideradas em sua natureza social, são sistematizadas conforme a fala dos trabalhadores em saúde.

Em direção à produção de afetos, produzidos mediante o ato de cuidar, alguns estudos o identificaram como um componente que afeta a decisão e sua construção. Aspecto identificado em algumas pesquisas durante o seu desenvolvimento sem que tivessem intencionalmente o objetivo de estudá-los, da mesma forma que o meu estudo. Em todos, os afetos foram percebidos e descritos como sofrimento (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010; BARROS; HECKERT, 2010; BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004; CURVO; SILVA, 2011).

Curvo e Silva (2011) estudam o sofrimento dos profissionais na construção do cuidado em saúde, o qual é correlacionado com a produção de um forte vínculo com as pessoas, possibilitado pelo trabalho vinculado a um território, o que permite um estreito conhecimento delas e seu contexto. Alinham-se a estudos que compreendem o sofrimento como uma força propulsora para a busca de respostas potencialmente transformadoras, se produzirmos espaços de diálogo e reflexões coletivas sobre o sofrimento. Ao contrário, o sofrimento pode não ser

superado se não se disponibilizar o amadurecimento e compartilhamento com um coletivo, havendo resignação ou naturalização da situação de sofrimento em ter de lidar com as situações que a provocam, vistas como inevitável.

Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010) verificam o sofrimento dos trabalhadores por estarem inseridos em serviços destinados a cuidar de pessoas em situações complexas e emergenciais, constituídas por demandas que necessitam de abordagens interdisciplinares e multiprofissionais, além de exigirem “uma compreensão ética e disponibilidade para efetivar uma atenção e um cuidado realmente abrangente” (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010, p. 446). Eles alertam que, ao contrário de uma responsabilização, essas situações podem contribuir para um comportamento de distanciamento, em meio do qual o diálogo e a construção de uma relação de cuidado não se efetua.

Barros e Heckert (2010) verificam o sofrimento dos trabalhadores no processo de trabalho na saúde e sugerem sua transformação baseada na perspectiva da ampliação do poder de agir mediante a reflexão sobre sua prática. As formas de compreender saúde, sofrimento e trabalho possibilitam a invenção e a experimentação de novas abordagens e práticas. Afirmam que formas coletivas de compartilhar compreensões e buscas de estratégias de trabalho solidárias podem superar o que “desvitaliza e faz sofrer” no cotidiano (BARROS; HECKERT, 2010, p. 33).

Os trabalhos verificados, na maioria, apresentam os afetos – o sofrimento, as relações de atenção, o amor – da forma como são apresentados pelos atores participantes das pesquisas. Para o senso comum, o campo da emoção e do sentimento é naturalizado como algo imanente ao indivíduo. Compreendido dessa forma, fica escamoteada sua relação com valores morais que produzem fronteiras sociais (LAMONT; MOLNAR, 2002) – relacionados com a classe, a raça, o gênero, etc. – e com as configurações sociais que estruturam identidades e processos de reconhecimento social (HONNET, 2009).

Para o campo biomédico, os procedimentos de cuidado são ações puramente racionais; estas, na cultura positivista de forma geral, são consideradas neutras. De modo que as afecções geradas nos encontros entre cuidadores e cuidados não são pensadas como parte da construção do cuidado. Nessa racionalidade, os papéis sociais estão bem definidos e as teorias que os problematizam dizem respeito a outro campo de saber que não o biomédico. Portanto, questões relativas aos afetos que se relacionam com ações como escutar ou não escutar; importar-se ou não com outras dimensões do sofrimento que não o biológico; implicar-se ou não com a produção da saúde, ficam subentendidas como uma escolha dos sujeitos trabalhadores no campo da saúde.

Moreira (2012, p. 79) sugere que deve fazer parte da formação do profissional de saúde seu “preparo ético e político para construir a relação de cuidado que irá estabelecer na relação com o outro”. Ressaltamos que esse interesse pelo outro é muito mais difícil em um campo de trabalho e de mercado onde prevalece o individualismo e o consumo de tecnologias, uma vez que o cuidado se correlaciona com modos de viver e construir o mundo.

1.2.2 O cuidado como uma relação de poder: a ética e a política do cuidado

Ayres (2004a), Mendonça (2015) e Pires (2004) refletem sobre a produção do cuidado como relação de poder e sobre os mecanismos de captura para um modo de existência normativo de consumo. Apoiam-se em Foucault no que toca ao cuidar de si e à sociedade de controle. O cuidar visto dessa forma redimensiona papéis e funções no sentido de recolocar os saberes e poderes envolvidos nas relações de forma não naturalizada, e sim política.

Nessa direção, Merhy (2013) associa ao conceito de cuidado a noção de “acontecimento, e não um ato”, marcado pelo encontro intercessor entre quem cuida e quem é cuidado, atravessado por tecnologias diversas, em que pode acontecer – o que é o mais comum – a captura pelo modo biomédico, com a interdição de outras formas de entender a vida. Nessa relação também emergem modos de cuidar de si e dos outros de maneira dialogada e compartilhada.

Para explicar a ideia de acontecimento, Merhy (2013) recorre à noção marxista de trabalho vivo e trabalho morto. Em saúde, o trabalho morto representaria o uso de tecnologias “duras”, a exemplo de equipamentos tecnológicos ou de saberes como a semiologia. Todavia, sob aquele encontro intercessor, o trabalho vivo ganha espaço, efetivando-se na possibilidade criativa e relacional, abrindo-se ao devir, no atendimento à demanda/necessidade do usuário. Afinal, como nos lembra, o usuário tem um desejo e um saber sobre como superar problemas ou quanto à ajuda que necessita do profissional, que é detentor de um saber/poder julgado necessário a essa superação. O autor nos sugere a imagem do trabalhador de saúde levando para o encontro com o usuário três valises:

[...] uma que está vinculada a sua mão, na qual leva os instrumentos tecnológicos (estetoscópio, tabelas etc.) que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por ‘tecnologias duras’; outra que está na cabeça na qual carrega saberes ‘bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa formada por ‘tecnologias leveduras’; e uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém ‘tecnologias leves’ implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato. (MERHY, 2013, p. 3).

A sua proposição deixa ver três grandes necessidades a serem pensadas na transformação do cuidado: a ética/moral da ação de cuidar que inclui a postura do profissional em possibilitar construir espaços intercessores que possibilitem o diálogo e a disputa do usuário, colocando seus saberes e desejos; os referenciais teóricos que possibilitam a ação de cuidar que na perspectiva da integralidade precisam ser ampliados para além do saber biomédico; e o uso político desse cuidado apostando-se nas consequências dele, tendo como princípio que toda vida vale a pena (MERHY, 2012).

Ele propõe que o SUS tenha como perspectiva que quaisquer vidas e modos de vida vale a pena, uma aposta que depende do modo como os profissionais de saúde significam o outro, trazendo-o para o campo de intervenção não como objeto, mas como sujeito.

Outra abordagem construída para entender e transformar as relações de cuidado na atenção à saúde baseia-se na teoria da Dádiva ou do Dom, proposta por Marcel Mauss (LACERDA, 2010; MARTINS, 2005; MARTINS, 2014; VIEIRA; FAVORETO, 2016). Esta se refere ao reconhecimento da existência de uma obrigação social de dar, receber e retribuir – a regra do dom – nas relações sociais, como força de coesão e desenvolvimento social. Essas trocas se referem a bens simbólicos, materiais e econômicos, todas vivenciadas de maneira interessada e obrigatória (MARTINS, 2005).

Em específico para Martins (2005), a noção de relações sociais a partir da dádiva ressignifica o cuidado como ação mediadora, recolocando o usuário como ator solidário e corresponsável. Dessa forma superamos o constructo de que a ação social é resultado do interesse dos indivíduos e seu outro polo entendido como obrigação institucional, para entendê-la como uma relação de troca que redefine “os lugares e identidades dos indivíduos e grupos em interação” (MARTINS, 2005, p. 45). A responsabilidade do cuidado, assim como as estratégias de sua produção, passam a ser compartilhadas, pois o cuidar do profissional na perspectiva do dom desencadeia um mecanismo de doações que gera obrigações de solidariedade, portanto recíprocas.

Nessa relação se impõe a questão do reconhecimento social por parte dos sujeitos envolvidos; a mediação só é possível quando o profissional tem a capacidade de reconhecer o outro-usuário para lhe dar visibilidade e dignidade, permitindo-lhe o movimento de inclusão. De modo que Martins (2005) associa a noção da dádiva como mediadora das relações de cuidado à contribuição da teoria do reconhecimento social, conforme Honnet, e propõe o Dom do Reconhecimento. Para elem o “ato de reconhecer é uma dádiva estruturante primordial” (MARTINS, 2005, p. 47).

Segundo Honnet (2009), o reconhecimento se constrói nas relações sociais do indivíduo ao longo de sua vivência e se relacionam com a construção do autorrespeito, autoconfiança e autoestima. Não como processos egoístas relacionados com a noção de autonomia moderna, mas, ao contrário, para serem produzidos, necessita-se relacionar-se com os outros. Para conduzir a própria vida autonomamente, os indivíduos são dependentes do estabelecimento de relações de reconhecimento mútuo.

Essas relações se referem ao que é legalmente instituído como respeito universal pela dignidade das pessoas relacionado com a justiça (central ao autorrespeito); às que se produzem enquanto o amor e amizade a partir da reciprocidade de sentimentos (centrais para a autoconfiança); e aquelas que se estruturam em redes de solidariedade e de valores compartilhados em que a pessoa se vê como membro de uma comunidade (HONNET, 2009).

Outro grupo de autores se ampara em Heidegger, na obra *Ser e Tempo*, voltada à ontologia do cuidado, e em suas proposições acerca dos fundamentos da existência humana. Nesse amparo, propõem que a racionalidade técnica se aproxime da necessária relação dialógica entre profissionais e usuários (AYRES, 2004a; BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010; PIRES, 2004; VIEIRA; FAVORETO, 2016).

Heidegger pensa no humano como ser que se constrói em relação: relação que o nomeia, bem como o constitui em seu conhecimento de si, do outro e do mundo, ao longo do tempo, passado e presente. Ayres (2004a) propõe articular a autocompreensão da existência humana como cuidado, pautada em Heidegger, a concepção de cuidar de si como um estilo de vida, baseada em Foucault, problematizando os alcances, limites e implicações das formas atuais de cuidado em saúde, salientando o desafio de buscar apoiar projetos existenciais na construção do cuidado.

É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interogue acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos. (AYRES, 2004a, p. 24).

Pires (2005) traz uma abordagem intelectual e filosófica da produção do cuidado que é o conceito de politicidade. Entende que cuidar é inseparável da ajuda, e essa inclui uma ambivalência que, sendo poder, tanto domina quanto liberta. Dessa forma, a relação de cuidado é poder, e a ajuda é uma manifestação do poder:

Fala-se em politicidade do cuidado para caracterizar o movimento de integração, confronto e ruptura presente nas dinâmicas vivas que se estabelecem entre os seres em geral e, em particular, entre os humanos. Ou seja, significa entender o cuidar no âmbito da centralidade do político que lhe define, onde a mesma proteção zelosa que lhe delineia pode se constituir tanto em mecanismo de dominação, quanto em instrumento da autonomia dos sujeitos, sejam esses profissionais, técnicos, gestores ou usuários. (PIRES, 2005, p. 572).

Essas relações representam o encontro de alguém que demanda, por vontade própria ou de terceiros, por ajuda, baseado em sua fragilidade existencial, e no momento em que se apresenta ao profissional de saúde, pensa ter uma demanda passível de solução pelo saber/poder ou pela função social dele. Segundo a autora, a ajuda que se inclina para proteger e assegurar a vida, que são direitos de cidadania, também é opressora utilizando-se de artifícios calcados na solidariedade para manter-se em posição de domínio. Em nosso caso, os artifícios sempre envolvem a noção de risco para a saúde ou a emergência da necessidade de saúde perante a piora do quadro ou da morte.

Segundo Pires (2005), e concordo com ela, pensar na politicidade do cuidado deixa evidente a sua latente possibilidade de subversão, portanto redimensioná-lo como “possibilidade ética da humanidade, viabilizável por sua ambivalência intrínseca” (PIRES, 2005, p. 573). O cotidiano dos serviços de saúde é permeado por múltiplas escolhas éticas/morais que não são pensadas como tais, protegidos sob fluxos, protocolos ou os recortes de campo de atuação da racionalidade biomédica que direciona o conhecer dos profissionais.

Buscando responder a questões de como esse cuidado, compreendido como uma forma de tutelar, poderia, ao contrário, apoiar autonomia e processos singulares de vida, Pires (2004, p. 38) propõe que o cuidar, compreendido na sua politicidade, pode “desconstruir assimetrias de poder a partir do triedro conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar”.

O ato de confrontar para ela é o agir político, relaciona-se com o gerenciamento de forças que possibilitem o controle democrático e o reordenamento de poderes, reposicionar papéis e saberes no ato do cuidado. Na politicidade, a autonomia do humano “se funda na qualidade de sujeito que se auto-afirma, ocupando o centro do seu mundo, mas que comporta um nós (família, espécie, sociedade), uma inscrição comunitária (família, pátria), hereditária, histórica e cultural” (PIRES, 2004, p. 51). Ela alerta que essa capacidade de autonomia é limitada pela produção sociocultural da ignorância, resultante de um pensar que nega intervenções alternativas impedindo que outros pensem, como geralmente se concebe o cuidado baseado em procedimentos.

Pensar no ser humano como ser político, mesmo sabendo, como diz Freire (1996), que sua capacidade pode estar embotada por suas condições existenciais, possibilita a construção da alteridade, produz a empatia, faz-nos reconhecer o outro como próximo, capaz desse agir político e autônomo. A maioria dos encontros/confrontos entre profissionais e usuários; esses últimos vivem ou estão em situação de vulnerabilidade em que a autonomia só se expressa como potência ou na capacidade do cuidador de enxergá-la, sendo, portanto, uma questão tanto ética quanto técnica.

Dessa forma, emancipar implica reconhecer o confronto de pontos de vista social, e não obstante a situação de vulnerabilidade de quem é cuidado, cabe a ele a definição do que seja um bom cuidado. Ao profissional, cabe construir alteridade, pois a autonomia é um processo que está sempre em aberto e dependente de apoio solidário.

1.2.3 Cuidado(s) e clínica(s): uma integração teórico-prática

Sendo o objeto da clínica na biomedicina a patologia, ela será sempre um instrumento para operar diagnósticos e procedimentos terapêuticos. Aprofundar como o cuidado e a clínica se relacionam e se autodeterminam é uma questão importante, pois nesse paradigma é suficiente ao profissional de saúde exercer essa clínica sem integrá-la à compreensão e interferência nos processos de vida e de produção de saúde, os quais estão relacionados com o campo das escolhas políticas ou do perfil de cada profissional envolvido.

Verificamos, no período estudado, após a promulgação do SUS, que muitos autores reagem àquela orientação, buscando transformá-la (AYRES, 2004a; CAMPOS, 1997; FEUERWERKER 2013; LANCETTI, 2008; MENDONÇA, 2015; MOEBUS, 2003; WAGNER *et al.*, 2015). Voltam-se para formas objetivas de produzir uma clínica comprometida com processos de interferência e/ou intervenção nos modos de viver individual e coletivo, o que implica a atuação em outros campos para além do biológico, seja de forma interdisciplinar, seja com outros profissionais da equipe, articulando setores e redes existenciais do território, necessários à produção da saúde.

Nessa direção crítica, Campos (1997) propõe três categorias para discussão: a clínica oficial, a degradada e a ampliada ou clínica do sujeito. Tal proposta nos ajuda a problematizar a dissociação do modelo hegemônico de clínica – modelo associado ao que o autor chama de “oficial” – em relação à noção de cuidado no campo da saúde

A clínica degradada é aquela constituída por procedimentos que não se preocupam “sequer com a enfermidade em si” (CAMPOS, 1997, p. 6). O estudioso exemplifica com o

modelo de pronto-atendimento ou sistema de trabalho queixa-conduta. Esse tipo de clínica consiste em uma postura de apenas encaminhar a prescrição de um medicamento ou outra demanda relacionada com a queixa do paciente, sem nenhum aprofundamento ou estudo do problema (CAMPOS, 1997; SANCHO, PFEIFFER, CORREA, 2019). Sugere que a degradação é resultante de interesses econômicos, de profissionais não implicados e de políticas equivocadas.

Não obstante, apesar de concordar que são fatores importantes, importa ressaltar que o saber biomédico, que estrutura a clínica oficial, é a base que autoriza um profissional de saúde a intervir em casos concretos, possibilitando que se importe apenas com o biológico e com a técnica sem que, por isso, seu trabalho deixe de ser reconhecido socialmente. Nisso, abrem-se lacunas que, como pressupõe o autor, facilitam o agir de forma degradada. Ainda para o estudioso, aquela racionalidade é a que possibilita substituir o ser da pessoa pelo “ser da doença” (CAMPOS, 1997, p. 3).

A Clínica Ampliada é proposta como forma de enfrentamento das questões correlacionadas com esse biologicismo, reducionismo e tecnicismo da “Clínica Oficial”, mantendo-se seus avanços tecnológicos importantes e necessários. O objeto da clínica é deslocado da enfermidade para a produção da saúde, do procedimento e diagnóstico para a pessoa. Dessa forma, são evidenciadas as noções de reprodução social das necessidades de saúde, e afloram questões relativas à participação do usuário no seu processo de cuidado.

A clínica pode ser a expressão de várias formas de cuidado. Ela não o define, mas são cabíveis várias possibilidades de atuação, em que o modo de saber e fazer biomédico sejam ampliados para o contexto e interesse das pessoas. Dessa forma, a clínica não se resume ao saber biomédico sobre o corpo. Como sugere Mendonça (2015), seria instigante pensar sobre o que resta do cuidado se retirarmos a clínica biomédica.

Um olhar clínico patologiza situações, impedindo outras explicações. Conhecer sobre hipertensão ajuda muito, porém desconhecer sobre como é viver com a hipertensão e poder não levar isso em consideração, certamente atrapalha muito a construção do cuidado na perspectiva da integralidade: “Ajuda, mas atrapalha também, porque, em nome desta abstração, autorizam-se intervenções descabidas, intervenções que desconhecem a variabilidade possível do singular.” (CAMPOS, 1997, p. 10).

De diferentes maneiras, vários estudos propõem a transformação do objeto da clínica da patologia, para uma centralidade na pessoa, mudando-se as denominações: clínica centrada no sujeito, medicina centrada na pessoa, serviço centrado no usuário (FERREIRA, D. *et al.*, 2014; FEUERWERKER, 2013; VIEIRA; FAVORETO, 2016; WAGNER *et al.*, 2015). O

foco será identificar como aquele que sofre entende e vive o próprio adoecimento e construir objetivos comuns entre profissionais e pacientes quanto ao que deve ser feito, compartilhando-se decisões e responsabilidades. A ação da clínica nessa medicina estaria associada às ações de prevenção e promoção da saúde, que devem ser articuladas com a assistência curativa, incluindo o entendimento e apoio ao projeto de vida do paciente.

Sob o nome de medicina centrada na pessoa, Wagner *et al.* (2015) descrevem um movimento internacional com um conjunto de estratégias para transformação do cuidado médico, em resposta às limitações evidenciadas pela crise atual da medicina, e propõem que essa mudança se dará estimulando-se uma prática médica voltada para a pessoa.

Wagner *et al.* (2015) chegam a discutir o conceito de pessoa a partir de sua origem grega e romana. Lembram que vários sistemas médicos têm a pessoa como objeto de atuação do médico, citam a própria medicina hipocrática em suas origens, os sistemas médicos chineses, ayurvédico e muitos sistemas médicos latino-americanos. Problematizo que aqueles sistemas médicos não estão preocupados com a pessoa em si, mas têm racionalidades radicalmente diferentes da biomedicina, tanto no que diz respeito ao objeto quanto às formas de produção do conhecimento e, portanto, diferentes explicações sobre o que seja pessoa, saúde, doença, cura, processo saúde-doença e, conseqüentemente, tecnologias completamente diversas (LUZ, 1988).

Esses trabalhos partem do conceito de pessoa dando importância a seu significado antropológico e filosófico de singularização; aquilo que é distinto tem, portanto, certo *status* social e é definido positivamente. Neste trabalho essa assertiva demarca um problema vivenciado no campo que se refere ao reconhecimento dessa “pessoa”, já que ela será julgada e avaliada por meio de qualidades e parâmetros sociais.

Uma primeira problematização diz respeito à noção de indivíduos que produzem a si mesmo – *selfmad man* – como parâmetro de sucesso da pessoa (MOL, 2008b). A concepção de que somos autônomos, construtores de um plano de vida próprio, com gostos e ideias próprias, além da pressão pelo sucesso e competência, quase sempre avaliados pela capacidade de consumo e adoção de valores e signos hegemônicos, não atinge todos os indivíduos, em especial aqueles que não participam dos circuitos de reprodução do mercado e suas regras socializadoras; e atingem em uma sociedade com intensas desigualdades sociais, articulam-se com fronteiras sociais e simbólicas entre os indivíduos que produzem identidade marcada de pessoas que não podem acessar esses circuitos (SOUZA, 2009).

Uma segunda questão diz respeito ao entendimento de que, para a prática clínica centrar-se na pessoa, o que é primordial, há de se estabelecer no encontro clínico uma reflexão

sobre os mecanismos de reconhecimento social da pessoa, o que implica a singularização do indivíduo. É preciso, pois, estar atento aos mecanismos de produção dessas fronteiras.

As fronteiras sociais nascem de fronteiras simbólicas, essas “são distinções conceituais feitas por atores sociais para categorizar objetos, pessoas, práticas e até mesmo tempo e espaço” (LAMONT; MOLNAR, 2002, p. 168, tradução minha). Nas relações sociais, as fronteiras simbólicas constituem meios para definir e classificar a realidade, pelos quais indivíduos e grupos lutam por supremacia. Dessa forma, é por fronteiras simbólicas que se apreende a qualidade de pessoas, de gênero, de lugares, etc., separando as pessoas em grupos, e ao mesmo tempo geram sentimentos de similaridade e pertença a grupos.

Voltando às proposições de ampliação da clínica biomédica, estudos propõem para a construção dessas práticas de cuidado o uso de narrativas como instrumento potencializador e enriquecedor da prática clínica, apoiando-se nas proposições de Habermas (FERREIRA *et al.* 2014; VIEIRA; FAVORETO, 2016).

Essa busca de outros referenciais teóricos para a clínica segue as proposições para entendimento sobre o conceito de cuidado, como vimos anteriormente, em sua perspectiva semântica e filosófica, e relacional. Nesse caminho Franco e Galavote (2010) constroem a noção de clínica dos afetos, baseada na problematização de seu núcleo operacional ser o conceito do corpo biológico, o corpo com órgãos. Considera a clínica como um instrumento do cuidado, “uma tecnologia que permite a partir do trabalho produzir intervenções que agenciam o outro, em diferentes intensidades” (FRANCO; GALAVOTE, 2010, p. 4). Argumentam que aquela noção de corpo é insuficiente para dar conta das necessidades de saúde e propõem o conceito de corpo sem órgãos como base para mudanças nas práticas de cuidado, uma vez que a clínica é resultado da forma como percebemos e compreendemos o corpo.

Eles emprestam a noção de Corpo sem Órgãos (CsO) de Deleuze e Guattari, proposto no livro *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*:

Um CsO é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam. Mas o CsO não é uma cena, um lugar, nem mesmo um suporte onde aconteceria algo. Nada a ver com um fantasma, nada a interpretar. O CsO faz passar intensidades, ele as produz e as distribui num *spatium* ele mesmo intensivo, não extenso. (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 13 *apud* FRANCO; GALAVOTE, 2010, p. 8).

A clínica do Corpo sem Órgãos (CsO) busca possibilitar enxergar o “sujeito que habita o corpo” (FRANCO; GALAVOTE, 2010, p. 7), entrando no campo de suas subjetividades. Eles assim definiram um corpo sem órgãos:

É assim que se entende o CsO, não é uma estrutura, instância, nem sensorial, metafísico. As intensidades operam por fluxos, e se encontram no plano das relações entre os sujeitos, entre sujeitos e as coisas. Há no ‘entre’, espaço relacional no encontro de dois corpos (sujeitos-sujeitos ou sujeitos-coisas) um ‘plano de consistência’ por onde fluem as intensidades. O CsO é o campo de imanência do desejo, o plano de consistência própria do desejo. (FRANCO; GALAVOTE, 2010, p. 6).

Utilizam o conceito de desejo como “agenciador dos modos de existência, de agir, de cuidar” (FRANCO; GALAVOTE, 2010, p. 6). Ele representa um plano de imanência possível à relação de cuidado quando vista como encontro intercessor entre profissional e usuário. Sugere que o corpo deve ser visto nas duas dimensões: anatomoclínica e CsO.

Lancetti (2008) sugere a *Clínica peripatética* como forma de superar a escuta normalmente realizada dentro de um consultório; busca outras formas de relação com a pessoa a ser cuidada. A escuta e a fala constituem diálogos associados ao contexto e ao território do paciente, incluindo suas relações sociais. Sua proposição se relaciona com o cuidado de psicóticos e dependentes químicos. A relação se baseia em buscar conhecer a pessoa em sua singularidade, diagnósticos, e classificações são secundárias, os sintomas são menos importantes que seus efeitos na produção da vida e nas relações da pessoa. Os processos de cura são entendidos como construções de formas de vida, e não o retorno à normalidade.

Moreira (2012) sugere a clínica como um instrumento do cuidado. Verificou que a ampliação do espaço de atuação do profissional, do tradicional consultório para o do território, possibilita o questionamento dos seus saberes clínicos diante da realidade e vivência dos usuários. Nas suas conclusões, sugerem que o trabalho de campo não necessariamente agencia novas práticas em saúde, “mas pode agenciar novos processos de subjetivação, que poderão constituir novos territórios de existência” (MOREIRA, 2012, p. 12).

A produção científica sobre a busca de reconfigurar a clínica a partir do cuidado é bem ampla; serve ao objetivo deste texto exemplificar algumas produções que buscam responder à insuficiência da clínica biomédica.

1.2.4 A (re)invenção do cuidado: estudos que avaliam processos de trabalho ou práticas de saúde que visam à integralidade

Um conjunto de estudos visa propor mudanças nas formas de construir a clínica como forma de produzir o cuidado. Não se trata da introdução de novas máquinas e procedimentos, mas saberes organizados em ferramentas tecnológicas. Muitas delas estruturadas com tecnologias relacionais ou leve-duras como denominou Merhy (2002). Visam à reorganização tecnológica do processo de trabalho de forma a superar a clínica tradicional biologicista, rompendo com a imposição vertical de diagnósticos e prescrições, e pautando-se nas necessidades dos indivíduos e da coletividade.

Nessa direção Fortes *et al.* (2014) relacionam protocolos e fluxos que, a partir da relação de vínculo e alteridade, incluem novos procedimentos construídos nessa relação, como a busca ativa para prevenção de doenças, apoios institucionais para assistência social, processos jurídicos, geração de renda, “até cuidados corporais como banhos e cortes de cabelo” (FORTES *et al.*, 2014, p. 13).

Recursos tecnológicos como o PTS (DUTRA; OLIVEIRA, 2015), o itinerário terapêutico (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008; SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016), a perspectiva da Redução de Danos (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; SOUZA, 2013) representam mecanismos ou referencial teórico capazes de ampliar o olhar do profissional e propiciar o reconhecimento de relações intersubjetivas entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado. Também apresentam formas de incluir o universo cultural e o contexto social de quem é cuidado. Esses novos instrumentos e tecnologias têm referenciais teóricos baseados nas noções de autonomia, território, rede social, acesso, responsabilização, vínculo e promoção de saúde.

O PTS é uma forma instrumental de operacionalizar a clínica ampliada. Consiste na elaboração de um plano de cuidados compartilhado para o enfrentamento de situações complexas, de forma interprofissional, interdisciplinar ou intersetorial se necessário (OLIVEIRA, 2014). Tem seu início de proposição teórica e prática com trabalho das equipes de saúde mental, quando da desospitalização de pacientes crônicos, iniciada com a Reforma Psiquiátrica, principalmente na cidade de Santos, São Paulo. Esses pacientes necessitavam retornar ao convívio social e familiar, mas os anos de reclusão promoveram afastamento da família e total incapacitação para a vida e sobrevivência social (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, as equipes de saúde mental, por meio do PTS, construíam as mais diversas estratégias para o cuidado psicossocial, territorializado e sem a hospitalização

proposto na Reforma Psiquiátrica. Ele vem sendo teorizado e proposto como uma forma de estruturar cuidado para casos não só na área da Saúde Mental, mas também na atenção básica, para cuidar das necessidades complexas demandadas por usuários. O PTS toma como diretrizes conceituais e operacionais as noções de autonomia, território, rede social, estratégia coletiva, acesso, responsabilização, vínculo, promoção de saúde, educação em saúde e empoderamento, profissional de referência e matriciamento (OLIVEIRA, 2014).

O conceito de matriciamento também foi abordado no início deste capítulo. Ele representa o apoio, com aporte técnico e teórico, de outros profissionais não restritos à equipe básica ou de primeiro contato com o paciente, geralmente especialistas ou de outras áreas especializadas: “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.” (CHIAVERINI *et al.*, 2011, p. 13).

Foi objeto de avaliação na bibliografia estudada o trabalho em equipe proposto pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e pela ferramenta de Matriciamento (CELA; OLIVEIRA, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2011; PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014). Verifica-se que são mecanismos que favorecem o acesso dos usuários aos procedimentos preventivos, a implantação de estratégias de humanização do cuidado em saúde, como é o exemplo do acolhimento e as práticas de promoção de saúde. Entretanto, ainda é hegemônica a persistência da centralidade do cuidado no êxito técnico, o que dificulta uma abordagem multiprofissional, sendo em sua maioria restrita aos encaminhamentos ou ocorrendo sobreposição de atuação.

Constata-se, não obstante as equipes serem multiprofissionais, a centralidade da atuação do profissional médico no processo de trabalho das equipes da ESF. Um PTS avaliado em uma situação de cuidado vivenciada no campo deste estudo teve características semelhantes, o que remete à dificuldade de superação dos referenciais teóricos e práticos hegemônicos.

Os itinerários terapêuticos são sugeridos para apoiar a construção de projetos terapêuticos (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008; SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016). Recurso tecnológico importado da antropologia. Ele consiste em historiar as compreensões e os caminhos percorridos pelo paciente e sua família para o enfrentamento da demanda de saúde. Possibilita recuperar, contextualizar e reconstruir as trajetórias traçadas pelos sujeitos implicados no processo do cuidado. O itinerário terapêutico, dessa forma, é um recurso que facilita conhecer a história de vida da pessoa, suas experiências de cuidado, as concepções sobre saúde e doença, suas estratégias e sua forma de andar a vida.

A abordagem de rede social e o apoio social são referidos como fundamentais entre as possibilidades instrumentais de operar cuidado nos territórios (BARBIERI *et al.* 2016; LACERDA, 2002; MARTINS, 2009). São dispositivos produzidos no campo da assistência social. Possibilitam a compreensão do apoio social dos indivíduos e suas implicações para o processo saúde-doença, ampliando as possibilidades de construir cuidado. Consiste em descrever com o paciente sua rede social avaliando a densidade, qualidade e intensidade de apoio social que dispõe ou pode ser articulada para a produção do cuidado. Os serviços de saúde podem estar ou não inseridos nesse percurso. De qualquer forma, os serviços estudados apresentaram fragilidades em conhecer, admitir e se incorporar essas redes no processo de cuidado.

A “Abordagem à Família” é sugerida por Fortes *et al.* (2014) como competência necessária ao cuidado complexo da saúde mental e nos territórios das UBS. Essa abordagem reúne referencial teórico para entender a organização sistêmica da família e o ciclo de vida familiar. Comporta a utilização de instrumentos como o Genograma e o círculo familiar. Ambos possibilitam descrever as relações familiares baseadas em valores, papéis, hierarquias, formas de produção e vivência de afetos, bem como a estrutura familiar.

Os mesmos autores também sugerem novas abordagens de cuidado do sofrimento psíquico na atenção básica, seja com o indivíduo, seja com o grupo. É o exemplo da delegação de tarefas ao usuário e o uso de mão de obra leiga (*task shifting*) com o suporte ao autocuidado e formas de apoio mediadas por plataformas informatizadas. Citam, ainda, metodologias inovadoras baseadas em outros referenciais teóricos como a Terapia Comunitária (TC) e a prática de meditação.

A TC consiste em facilitar a construção de apoio social para o aprendizado de construir estratégias solidárias de enfrentamento de dores e sofrimentos. Pode ser conduzida por qualquer membro da equipe que possua formação adequada, sendo uma intervenção de promoção de saúde mental e prevenção de agravamento dos quadros de sofrimento emocional por meio do enfrentamento de problemas em grupo.

Em modalidade semelhante à Tenda do Conto (FÉLIX-SILVA, 2014), propõe ofertar espaços de escuta e acolhimento para a narração das histórias de vida das pessoas. Os participantes levam objetos que remetam histórias vividas e possam dividir com o grupo, possibilitando um aprendizado coletivo. Ao contrário da terapia comunitária, para a Tenda do Conto, não é necessário treinamento específico, consiste apenas na oferta de escuta e diálogo.

Brito *et al.* (2016) relatam a experiência do uso do palhaço para construção do cuidado e advogam que o trabalho com diferentes formas de expressão artístico-culturais tem sido

considerado forma de intervenção na saúde que enriquece as possibilidades de compreensão e reflexão sobre necessidades dessa área. Os palhaços e palhaças foram capazes de agenciar novas construções subjetivas para cada família lidar com situações cotidianas.

A educação em saúde também é avaliada na amostra estudada. É apresentada como ferramenta renovadora das práticas em saúde quando baseada na produção de relações horizontais em que os diversos saberes/poderes têm a mesma importância. O objetivo principal é a construção de compreensões comuns sobre os problemas partilhados (ALVES, 2005; COSTA; LOPES, 2012; DARÓS, 2016). O acesso ao conhecimento biomédico é importante, mas reposicionado diante das necessidades dos usuários e do coletivo.

Não obstante, apesar das técnicas de grupo e ações educativas possibilitarem avanços em relação ao cuidado, constatou-se que elas não são práticas hegemônicas nas equipes de saúde, não costumam ser sistemáticas e, na maioria, centram-se no núcleo biológico, capturadas pelas noções de risco e prescritivas da biomedicina (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013; SILVA; PAZ, 2010; SOARES; COELHO, 2008; STREFLING *et al.*, 2013).

Uma estratégia avaliada pela literatura é baseada na incorporação da noção de vulnerabilidade ao uso sistemático da epidemiologia e da vigilância à saúde (AYRES *et al.*, 2009; BERTOLOZZI *et al.*, 2009). Aquele conceito possibilita relativizar a noção de risco ao contexto do usuário, verticaliza possibilidades de atuar por meio de pessoas dos grupos. Esses não são vistos como homogêneos, dessa forma, conseguimos particularizar ações baseadas na vulnerabilidade dos indivíduos, que necessariamente não é a mesma do grupo. O risco é útil haja vista que nos fala de probabilidades, a vulnerabilidade nos aponta para o positivo, ações que podem modificar o risco.

A noção de rede de atenção à saúde – forma oficializada de estruturar a assistência no SUS, articulando serviços de diferentes complexidades tecnológicas, de modo a garantir ações preventivas, assistenciais e reabilitadoras – é outro aspecto problematizado na literatura (ASSAD; PEDRÃO; CIRINEU, 2016; BADUY *et al.*, 2011; BASTOS *et al.*, 2014; FERREIRA, T. *et al.*, 2017; QUINDERE; JORGE; FRANCO, 2014). Em substituição à hierarquia burocratizada que predomina na relação dos serviços assistenciais, é proposta a construção de fluxos e protocolos baseados no diálogo entre eles de modo que possam priorizar e se adaptar às necessidades do usuário e seu contexto.

Outros estudos demonstram a dificuldade da implementação dessas diretrizes em especial no nível hospitalar da rede de assistência (BUBOLTZ; NEVES; SILVEIRA, 2015; KIMURA *et al.*, 2016; KLOSSOSWSK *et al.*, 2016; VERAS *et al.*, 2014). É predominante a

existência de práticas centradas no biologicismo e fragmentadas nas várias especialidades. Os fluxos e protocolos são voltados para os interesses internos e identificaram despreocupação com a contrarreferência para os outros níveis de atenção, mecanismo burocrático importante para estruturar, pelo menos, o cuidado continuado do usuário, já comentado neste capítulo.

1.2.5 Estudos que sugerem abordagens pautadas em outras racionalidades para possibilitar a construção do cuidado integral

Alguns estudos buscam agregar ao referencial biomédico outras racionalidades para produzir mudanças no fazer saúde. Outras racionalidades, como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa, comportam um saber/prática facilitador da integralidade, entretanto seu uso vem ocorrendo de forma recortada, afastando-se de seus círculos esotéricos originais (TESSER; LUZ, 2008).

Em direção semelhante, Solar Silva (2005) propõe a racionalidade da medicina Mapuche; enquanto Barbosa e Berger (2017), problematizam a perspectiva de gênero para abordar o abuso de drogas e os transtornos alimentares em mulheres.

Burgos (2008) evidencia a necessidade de incorporação do senso comum e da cultura local às pactuações de cuidado. Lima *et al.* (2016) compartilham da mesma compreensão, mas constataram, ao analisar a atuação de profissionais da ESF com a população cujas raízes têm origem nas culturas africana e indígena, que os profissionais do estudo desconhecem o contexto histórico religioso dos grupos étnicos assistidos e desvalorizam suas práticas de autocuidado em territórios com predominância de culturas afro-indígenas. Independentemente disso, essas práticas coexistem com o modelo biomédico, ainda hegemônico.

2 (IM)POTÊNCIA DO SABER BIOMÉDICO: O CUIDADO QUE PODERIA TER SIDO

Baseada em tudo que discuti sobre a biomedicina, procurei recolher no cotidiano os efeitos da organização do processo de trabalho da USF centrada na ação do médico ou, melhor dizendo, no diagnóstico e na prescrição terapêutica, mas buscando problematizar como seria sem esta centralidade. Trago à cena um episódio vivenciado em campo que possibilita refletir sobre esses efeitos e pensar na possibilidade de organizar o serviço por outro referencial, o da integralidade.

Uma mãe chega às 11h25 procurando atendimento na USF, que funciona em horário comercial (7h às 11h e 13h às 16h). A recepção informa que vai ter atendimento à tarde. Nesse momento a médica entra na recepção preocupada com o número de pessoas ainda no corredor, procurando informar-se sobre o que se trata. A recepcionista aproveita e pergunta se ela vai atender à tarde. Ela responde que estão agendados os pacientes de saúde mental, pede para informar à paciente para vir na manhã seguinte e volta para o consultório.

A recepcionista repassa para a mãe que já escutara a resposta. Esta apela, informa que está ciente do horário do posto, mas acabara de ser admitida em um emprego e conseguira liberação naquele horário. Subitamente, pede à recepcionista que olhe a ferida de sua filha que “já está chegando no ânus” (Diário de campo). Como era de se esperar, seu pedido foi negado, explicando-lhe que não era papel da recepcionista fazê-lo. A mãe insiste que só quer um remédio. Uma ACS observa ao lado da recepcionista. A mãe desiste e vai sentar em uma cadeira, dizendo que vai esperar a vacina para a tarde.

Na diretriz teórica do acolhimento, qualquer profissional deve procurar entender qual é o problema da pessoa, não se deter apenas na sua demanda, mas escutar o porquê para decidir se pode existir alguma alternativa ao que deseja e quais soluções podem ser ofertadas.

Como pesquisadora que observava a cena, fui até a usuária e me apresentei. Pedi para ver a ferida, e naquele momento a ACS também se aproxima. Ao avaliar, digo à mãe que é verme de cachorro. A mãe já sabia, tentara tratar espremendo a cabeça, “mas ele desviou”. A ACS também sabia do que se tratava, e foi logo dizendo: “Tinha de ter colocado vinagre e gelo.” A recepcionista informa: “Tem Albendazol, doutora.” A mãe, a recepcionista e a ACS, todas sabiam o que era e conheciam uma forma de como tratar.

São muitas as possibilidades de interpretar e julgar os atores e medir os resultados deste não cuidado. Uma questão eu quero ressaltar mais uma vez: todos os presentes sabiam do que se tratava e como tratar o problema, ninguém o fez ou se implicou.

Vejamos outros atravessamentos possíveis para o desfecho do caso. Verificamos que mesmo questões em que a medicina não tem uma resposta efetiva, ou cujo diagnóstico e resposta terapêutica já está socialmente conhecida, a estrutura e os fluxos do processo de trabalho impedem a ação de outros profissionais. Ao problematizarmos essas situações, recolhemos várias explicações:

- 1) A primeira é o lugar legitimado do médico de ser aquele considerado capaz de dar o diagnóstico, consequente as relações de saber/poder instituídas. Há o medo de não ser exatamente a doença que se diagnostica, o que está passível de sanções punitivas administrativamente. Minimamente, ser acusada de irresponsável.
- 2) A condição social da paciente interfere no desfecho. Ela necessita da receita do profissional ou do fornecimento do medicamento da USF; sendo de uma classe de poder aquisitivo maior, fica mais fácil comprar a medicação em uma farmácia. Questão refutada por outros que salientam o risco de tomar medicações sem o saber, explicando que a medicina tem anos de evolução construindo sua função social de diagnosticar, prevenindo agravamento e mortes. Questão que também se atrela ao saber/poder instituído, posta anteriormente.
- 3) Um argumento que não podemos perder de vista é a garantia de acesso a um serviço qualificado, e a tecnologia médica fornece várias possibilidades de cura, alívio de sofrimento e melhoria de vida. Esse modelo de organização dos serviços e ofertas de atenção à saúde produz acesso aos recursos da tecnologia biomédica para cuidado de morbidades, como consequência da saúde com qualidade. Estamos cheios de exemplos de oferta de serviços que se enquadram no modelo da Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), em que o Estado se limita a ofertar serviços que se responsabilizam por organizar ações para atuar em problemas e populações focalizadas, mas de impacto nos indicadores de saúde.

Acrescento, nessa linha explicativa da qualidade do serviço, a alta demanda a que a USF está submetida, resultante das condições estruturais e de apoio da gestão. Todas as equipes têm mais de três mil pessoas cadastradas, somando-se a isso, várias microáreas de saúde descobertas pelo programa. Isso interfere diretamente na produção desse cuidado por pressão da alta demanda. Naquela manhã, o que é importante para a análise, a médica escutou

no Acolhimento 16 pessoas, estava realizando seu sexto pré-natal da manhã, e consultou 5 pessoas consideradas como casos agudos no acolhimento.

Do ponto de vista da usuária, temos uma mãe trabalhadora sob o risco de perder o emprego. Outra questão é o sofrimento da criança, pois embora não fosse uma urgência técnica, havia uma urgência subjetiva importante: incomoda muito coçando, “já está chegando no ânus” (Diário de campo).

Sobre as relações que se estabeleceram, podemos argumentar que é comum, onde há um reconhecimento da pessoa, conseguir reestruturar os fluxos. Se algum dos profissionais presentes conhecesse a mãe, de alguma forma, teria dado um jeito de liberar o medicamento. Eu o fiz por me sentir incomodada com a situação, o corpo vibrátil do pesquisador que segue seus afetos me fez sair do lugar de observador para participar da cena; ou, ainda, se a mãe tivesse outro tipo de reconhecimento que não usuária do SUS, por exemplo, comentando o caso com uma colega professora, ela afirma que a mesma profissional parou um atendimento a fim de prescrever um medicamento para sua criança.

Entre tantas possibilidades de interpretar a cena, proponho que, ao avaliar ou refletir sobre o modo que se estrutura o processo de trabalho, nesse emaranhado de feixes e forças, os discursos e as práticas sustentados pela biomedicina é o que orienta a organização do serviço, deixando oculta ou à margem outras possibilidades explicativas e formas de resolver o problema. Ele desapodera outros saberes e engessa a ação de pacientes e profissionais.

A USF em estudo esteve diversos períodos sem esse profissional. Como já descrevemos, é uma dificuldade nacional pôr médicos na atenção básica, em especial em comunidades com as características de seu território (BRASIL, 2012b). Mesmo sem esse profissional, seu padrão organizativo não mudou. Outros profissionais assumiram a demanda sob a forma de diagnóstico e prescrição. Na prática, muitos problemas estão sendo diagnosticados e cuidados por outros profissionais em várias USF de minha convivência. Em entrevista, uma profissional comenta:

Estou aqui há sete anos, destes podemos dizer que uns três sem médico; vinha, ficava um tempo e saía [...]. Eu via a necessidade deles, de não poder nem pagar uma passagem para sair daqui. Faço um pouco da clínica, não foi por querer fazer. Eu tive de estudar, diagnosticar, prescrever. Aqui, quando eu cheguei, era todo mundo passando Dipirona, Ambroxol; eu não, na minha faculdade não, mas eu via a necessidade deles e eu tinha de dar uma resposta. (Profissional 7).

Esse dar uma resposta não foi estimulado a ser outra resposta, houve um empoderamento no que diz respeito à capacidade de medicar. O mesmo ocorre nas ações

programáticas de saúde – o atendimento ao hipertenso e ao diabético, o pré-natal e a puericultura. Essas estão organizadas segundo protocolos, unificados nacionalmente, que estrutura a ação dos profissionais, inclusive os não médicos. A centralidade desses protocolos é o diagnóstico e a prescrição. Aspectos inerentes aos outros processos da vida e da saúde são negligenciados ou não vistos como importantes.

Se pensarmos em uma USF sem o eixo organizativo centrado no médico – o diagnóstico e a prescrição –, o que restaria? Essa questão é por demais polêmica, pode ser à primeira vista entendida como uma proposta de retrocesso, um retorno ao século XVIII. Como já discuti, esse século, segundo Foucault (1984), marca a transformação das práticas da medicina para a hegemônica que temos hoje. Nesse período, o hospital, antes voltado para a assistência aos pobres, vai ser transformado em uma instituição voltada para a cura. Essa transformação está inserida em uma política de saúde do século XVIII, que tem a saúde como um ideal e uma responsabilidade de todos (FOUCAULT, 1984).

O exercício de reflexão proposto não é uma assistência à saúde sem médicos; mas tendo em vista a necessidade de transformar a assistência em saúde, visando à integralidade, como pensar em um processo de trabalho voltado para a saúde e não para a patologia? Sem perder de vista que a doença é parte do contexto da saúde e a importância e a necessidade dos saberes biomédicos para enfrentá-la.

A reflexão vai na direção de construir mecanismos de organização do trabalho que possibilitem capturas para outra noção de cuidado, sendo necessário repensar as relações de saber e poder que estruturam o serviço.

A centralidade do saber médico na estruturação do serviço na atenção básica não se justifica pelas demandas que se apresentam no cotidiano desses, na maioria, são problemas que se apresentam complexamente imbricados com o estilo de vida, a renda, o trabalho, a moradia, a estrutura e as relações da família e da rede social, as características físicas do território, etc. Acrescente-se que esse rizoma se articula com linhas molares relativas à cultura, ao social e à economia.

São problemas cujo núcleo do cuidado não é médico, por não dependerem especificamente de uma medicação ou procedimento técnico, mas de um processo de cuidado, geralmente multidisciplinar, interprofissional (ELLRY, 2012) e intersetorial, que necessita ser continuado ao longo do tempo.

Na população adscrita à USF do estudo, os problemas patológicos mais frequentes por demanda espontânea são de origem infecciosa, principalmente entre as crianças, e os problemas osteoarticulares geralmente por sobrecarga e/ou má postura. O sofrimento psíquico

na forma de queixas vagas ou difusas é outra demanda importante (Diário de campo, reunião de indicadores, equipe 2).

São problemas simples do ponto de vista de diagnóstico, pois não demandam grande tecnologia instrumental; entretanto, são muito complexos em relação ao tratamento por não dependerem de uma prescrição medicamentosa e da adesão adequada do paciente, o que por si só já não é coisa simples de se realizar. São problemas que demandam cuidados de alimentação, hidratação, postura, atividade física, empoderamento das redes sociais, etc. (DUNCAN, 2013).

Todas essas questões dizem respeito a hábitos, comportamentos, aprendizagem de procedimentos de cuidado e outras questões relacionadas com configurações sociais, culturais e econômicas, que estruturam e são estruturadas por estilos de vida e formas de cuidar de si.

Dessa forma não podem ser abarcadas exclusivamente com a anamnese e prescrições – na maioria, medicamentosas. O núcleo do cuidado não se exaure em nenhuma profissão ou disciplina biomédica, está no contexto da complexidade (MORIN, 2005), exige diálogo entre as disciplinas, abertura à criatividade, a outros saberes e, principalmente, à inclusão do paciente e seu contexto na construção de cuidados possíveis e necessários.

Passemos a um exemplo para que a proposição possa ficar mais clara. Vejamos uma problematização realizada após o atendimento de uma virose. As viroses representam as principais demandas em termos de queixa de origem infecciosa, principalmente entre crianças (SILVA; MARÓSTICA, 2013).

O diagnóstico das viroses é principalmente clínico, a maioria apresenta a mesma sintomatologia nos primeiros dias; algumas, como o sarampo, podem demorar até duas semanas para se apresentarem de forma clínica diferenciada (MURAHOVSKI, 2003). Acrescenta-se que a biomedicina não tem como comprovar o diagnóstico de forma acessível rápida e economicamente viável. Excetuando-se algumas, para as quais já disponibilizamos kits sorológicos que possibilitam o rastreio diagnóstico. Para essas viroses, está disponibilizada nos serviços públicos a oferta dos kits graças à sua grande importância epidemiológica e clínica – por exemplo, o HIV, a dengue, o H1N1 (SILVA; MARÓSTICA, 2013).

A biomedicina também não dispõe de uma medicação curativa para essas doenças, os medicamentos disponíveis são sintomáticos e de suporte. Mesmo o Oseltamivir, quimioterápico adotado no protocolo de condutas diante do H1N1 pelo Ministério da Saúde, é de indicação restrita a casos graves ou para indivíduos considerados de risco, e tem eficácia e comprovação controversa (GÉRVAS, 2014).

A maioria das viroses tem ciclo de vida delimitado e depende especialmente das defesas do organismo que se relacionam com a forma como os sintomas se apresentam, o processo de cura e as complicações. As complicações estão no campo da imprevisibilidade, embora se possa assinalar riscos individuais e coletivos. Nesse cenário, acrescenta-se que as viroses, mesmo as mais simples e comuns, podem apresentar complicações, inclusive a morte.

É nessa ideia de risco que esses agravos – como qualquer outro problema de saúde – permanecem como núcleo do cuidado médico. Embora se saiba que a imensa maioria terá uma evolução benigna, não podemos ter certeza em quem e qual complicação pode estabelecer-se. Paradoxalmente, se o diagnóstico depende da clínica médica, sua evolução não depende do tratamento medicamentoso, mas do cuidado para o fortalecimento do organismo e para evitar as complicações, além dos fatores genéticos e estados individuais do organismo. Esse cuidado, que deve ser desenvolvido pelo paciente ou por seu cuidador, não é núcleo específico do médico.

Na vivência que trago como exemplo, o profissional atende a criança, que é “encaixada” entre outros atendimentos, pois foi considerada uma urgência pelo plantão do acolhimento por ter febre há dois dias. Ele procede a anamnese, busca o diagnóstico diferencial, examina para verificar a ausência de outros sinais. Informa à mãe do que se trata e prescreve uma medicação sintomática. Ele ainda acrescentou a possibilidade de complicação e por que e quando ela deveria voltar se o problema evoluísse de maneira não prevista.

Ao dispensar a mãe, problematizamos que na maioria das demandas que são direcionadas ao cuidado médico, à semelhança do problema da criança, a biomedicina não apresenta soluções de cura, pois são problemas que demandam cuidado que vão ser dispensados pelo paciente ou pela família, não havendo uma terapêutica medicamentosa. Entretanto, apesar dessas características do problema, a maior parte do tempo da consulta foi para confirmar uma suspeita diagnóstica. Diagnóstico que a mãe demonstrara, durante a consulta, que já sabia do que se tratava, mas para o entendimento dela, como é do senso comum, a criança necessitava usar um antibiótico, pois se acredita que os antibióticos curam as doenças com febre e secreção.

O tempo da consulta foi dedicado ao diagnóstico, e o cuidado do problema permaneceu na fé do medicamento mesmo se sabendo de sua pequena relevância diante da evolução da doença. O fato de o profissional ter-se importado em compartilhar com a mãe que o antibiótico não era indicado para a situação representa um avanço no cotidiano das consultas médicas em que a preponderância é administrá-lo de forma precoce, cedendo aos desejos do usuário (CARVALHO; TEIXEIRA, 2017). Apesar disso, o eixo do cuidado foi

secundarizado, que seria favorecer as condições clínicas da criança e amenizar os fatores que podem produzir agravamento da virose, que é o mesmo que dizer aprender a cuidar da vida enquanto está com a virose. Essas são questões que necessitam de tecnologias leves, bem mais complexas que escrever em uma receita um medicamento, pois o cuidado implica o apoderamento de um cuidar de si.

Esse cuidar de si surgiria como eixo do cuidado se a centralidade do atendimento não fosse a patologia, mas a pessoa e seu contexto. Nesse novo objetivo, a ação do profissional teria de se centrar em questões como apoiar o saber da mãe, confirmando sua hipótese; pactuação de estratégias que ela conhece para cuidar do problema; produzir competência para reconhecer as complicações.

Ao problematizar a ação, questões fundamentais para esse cuidado foram lembradas, e poderiam fazer parte do cotidiano das práticas, não necessariamente realizadas pelo profissional médico: apoiar alternativas práticas e saberes locais de tratamento, por exemplo, os fitoterápicos; produzir autonomia no sentido de que aquela mãe poderia ter saído fortalecida de seu saber diagnóstico e práticas de cuidado. Essas questões foram marginais ao cotidiano dos consultórios de atendimento.

É muito tênue o limite para produzir criativamente um cuidado, que não descuide do risco, mas não o mantenha como núcleo. Embora existam ações educativas que abordem o tema de outros cuidados que não o medicamentoso, elas se realizam de forma não sistemática e não se articulam com a consulta clínica nos consultórios de médicos e não médicos. Ressalte-se que essa USF tem uma horta fitoterápica e com frequência se realizam atividades educativas sobre o cuidado de agravos frequentes, como os resfriados, no chamado “Cantinho do Chá”,¹⁰ mas também, de forma desarticulada, as do cotidiano do atendimento. Enquanto um grupo apresenta e discute o chá lá fora, os profissionais prescrevem sintomáticos nos consultórios.

Ao contrário dessa vivência, em outros momentos do campo, a captura pela ideia de ofertar um medicamento, independentemente de sua eficácia terapêutica comprovada, foi muito comum. Nas supervisões do Programa Mais Médicos, não é raro o profissional ceder à insistência dos pacientes para prescrever um antibiótico, alinhando-se à crença, sem base científica, de que esse medicamento evita a piora da doença, mesmo quando não há indicação.

¹⁰ Ação periódica, mas de forma assistemática, em que profissionais e estudantes realizam ação educativa, convidam os presentes para conhecer a horta, ensinam a manipular os fitoterápicos e oferecem degustação para chás e xaropes. A ação realiza-se sem a articulação com a ação clínica.

Quando o profissional se encontra diante de uma situação em que se sabe que a biomedicina tem pouco poder efetivo sobre o controle da patologia, não raras vezes, a tendência é intervir com medicamento de função no mínimo controversa. O profissional tenta corresponder à crença de que a ciência, concretizada na biomedicina, pode resolver todos os males humanos.

Um exemplo, muito comum, é o uso do antibiótico na diarreia aguda. Sua indicação nessa patologia é bem restrita (TAVARES, 2014). Nas ocasiões estudadas, ao problematizar o recurso ao medicamento, o profissional evidenciava a insistência da família, a qual desejava sair com uma medicação.

Havia também o medo de que a família não cuidasse devidamente da criança. Nesse caso, o próprio profissional usava o antibiótico como fetiche, que assumia a função de dar a segurança de evitar uma complicação e substituir o cuidado necessário, que teria de ser dispensado. Em uma situação, o profissional insistiu que o paciente apresentava sinais de infecção grave, o que não se comprovou.

A hidratação é o principal recurso de cuidado para evitar a complicação da diarreia aguda, a desidratação, que é a principal causa de morte desse agravo. Embora possa parecer um procedimento simples, depende do empoderamento da cuidadora e de suas condições de realizá-lo, pois ela precisa estar atenta às perdas que a criança apresenta (GOLDANI; SILVA, 2013). Não é suficiente apenas prescrever, ela deve aprender como, quando e quanto ofertar o soro hidratante, bem como a alimentação da criança. Vai ter de dispensar tempo de cuidado e observação, além de ter de identificar os sinais de complicação.

A diarreia, portanto, é outra patologia simples, cujo cuidado é muito complexo. Medicalizar com antibiótico parece ter o efeito simbólico de controlar o imprevisível, tanto para o profissional como para a mãe; mas o núcleo do cuidado não parece ser valorizado nessas ocasiões, pois se prescreveu o soro da mesma forma que o antibiótico, sem os procedimentos de empoderamento da cuidadora. Mais uma vez, essa não foi uma atitude restrita ao profissional médico.

Essas questões complexas são abordadas de forma simples, nós atuamos construindo protocolos, fluxos, agendas. Elas são muito boas com base em uma racionalidade em que o objeto da ação é o corpo, o biológico, a patologia e a terapêutica. É necessário refletir para que e para quem são boas; demarcar o que possibilitam e o que impedem.

Como veremos no capítulo 3, seção 3.2, sobre o cuidado da família de Aíra, foi comum o olhar clínico exacerbar a gravidade biológica como uma desculpa para intervir

apenas nesse campo. A forma de agir dissecando o problema de sua complexidade facilita ações de forma separada, mas impossibilita outras dobras possíveis ao cuidado.

Por exemplo, um profissional me chama para avaliar com urgência uma criança com abdome agudo, situação clínica grave que demanda, na maioria, internação hospitalar para intervenção cirúrgica. Quando em visita domiciliar avaliamos a criança, ela era portadora de paralisia cerebral, condição em que é comum a hipertonia do abdômen – um dos sintomas esperados no abdome agudo. Ela vivia com a avó, idosa, catadora de lixo. O profissional informa que, além das precárias condições orgânicas da criança, da pobreza da avó, a mãe ficava com seu benefício, o Auxílio-Doença.

Quando paramos para refletir sobre a gravidade do problema, embora o raciocínio explicativo mais simples fosse a falta de competência clínica para avaliá-lo, chegamos a uma conclusão: o que estava sustentando a avaliação clínica era o risco que era calculado na medida em que o profissional não confiava nas condições ou na habilidade da família em cuidar. Sem uma intenção clara de medicalizar o problema, a existência de uma condição clínica que justificasse uma internação facilitaria a atuação do profissional, a semelhança de usar o antibiótico como fetiche.

A noção de risco, mesmo sem uma justificativa clínica que indique a internação hospitalar, era a lógica que justificava o enfrentamento do problema. Este se baseava no campo de procedimentos sobre o biológico, o que é núcleo do conhecimento e atuação do profissional, dissecando-o de suas complexas relações. Lógica que escamoteava a medicalização que atuava no micro das relações. Essa noção também se articula com o que está instituído como papel do profissional de saúde de resolver pelo outro, aliado à promessa biomédica de poder atuar e controlar as questões referentes à vida e seus processos patológicos.

Constrói-se uma ideia da onipotência que não está no profissional em si, embora ele também a reproduza, mas no poder atribuído à sua tecnociência, de modo que formata sua forma e capacidade de avaliar essas situações, em que seu saber não detém a solução.

O pré-natal e os protocolos que visam à prevenção de agravos e promoção de saúde constituem outro exemplo de como focamos no patológico e nos procedimentos médicos. Embora o pré-natal seja um protocolo realizado não apenas por esse profissional e objetivo cuidar de uma fase da vida, não de uma doença, nele não cabe à gravidez como vida que está sendo gestada, não cabe à gestante e sua família. Mesmo nas atividades de educação em saúde observadas, os procedimentos e os conteúdos são instrumentais.

As ações educativas trazem a vantagem de serem instrumentos de cuidado que possibilitam que a vida irrompa de uma forma mais enérgica do que consegue nos consultórios de pré-natal. Algumas vezes deixando os profissionais impacientes para retornar ao planejamento, cuidadosamente realizado, da programação da atividade educativa.

Apesar do referencial teórico, que fragmenta o olhar e justifica ações especificadas no campo patológico, a complexidade das demandas é um fator difícil de ser ignorado, diante da vinculação da equipe a um território e a forma longitudinal que o serviço é prestado, mesmo “atuando no automático” (Profissional 8). Sendo essa mais uma evidência do êxito de estruturar a ABS baseada na vinculação da equipe a um território. Conviver ao longo do tempo, em uma proximidade face a face, representa um fator importante para que as demandas dos pacientes se mostrem em toda a sua dimensão.

Entre as várias situações vivenciadas, trago o exemplo de uma senhora cuja pressão arterial não conseguia ser controlada. Em uma semana, havia ido duas vezes ao hospital; ela chega tarde à UBS e é acolhida. O profissional entrega sua medicação, agenda uma consulta com o médico de referência, informando que ele deveria realizar nova prescrição e alerta que ela precisa cuidar-se, que não pode ficar cuidando do problema dos outros, demonstrando que conhecia previamente o contexto da vida da paciente.

Nesse momento, apesar de não caber, a vida da senhora adentra o consultório, mesmo que não seja convidada, mas ela, em prantos, narra novamente: é a provedora de um lar com nove pessoas, relações familiares conflituosas e vivenciou vários traumas violentos, como a morte de um irmão e do marido por questões relacionadas com o tráfico de drogas. Naquele momento o neto estava preso, denunciado por ela mesma, por tê-la agredido e abusado da prima, cadeirante e também adolescente.

A profissional escuta com paciência, enxuga suas lágrimas, aconselha-a a não se envolver, a cuidar dela mesma, e diz que pode voltar quando quiser. No fim, comenta comigo que tinha várias outras pacientes em situações semelhantes, mostrando-me como difícil é o seu trabalho.

O cuidado pensado e desenvolvido não abarca as necessidades da senhora. De forma geral, os hipertensos e os diabéticos consistem em uma população de risco para problemas cardiovasculares, monitorada pela política de saúde nos moldes da vigilância em saúde. Esses pacientes precisam acompanhar sua doença mediante exames periódicos e o uso contínuo de medicação. Pelo cadastro de adscrição, a USF deve calcular o número de pacientes que espera ter, baseada em indicadores de prevalência da doença, e cadastrar os já diagnosticados, programar formas de buscar ativamente os que ainda não têm um diagnóstico e oferta turnos

de atendimento. Esses pacientes têm prioridade de atendimento, ou mesmo são convidados a virem realizar sua consulta. Nesse turno se ofertam atividades de educação em saúde visando ao controle da doença.

O cuidado dessas pessoas, apesar de bem estruturado, centra-se nos protocolos referentes à patologia: a entrega de medicamentos, a realização de exames, a apreciação de especialistas (cardiologistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, etc.) e a orientação sobre hábitos alimentares, atividades físicas e emagrecimento. Esses últimos são realizados, na maioria, em forma de palestras ou comunicação em consultas.

Embora não menospreze a importância desses cuidados, eles não podem constituir a atenção daquela senhora diante das demandas que ela apresenta. Sabe-se, inclusive do ponto de vista da biomedicina, a inter-relação entre fatores emocionais e de estresse e doenças crônicas degenerativas como essas (GALLANT, 2003; GASPERIN *et al.*, 2009).

A informação em si sobre a complexidade dos problemas e o conhecimento prévio da pessoa pode não mudar a ação, mas é um aspecto que, por si só, já produziu pelo menos a disponibilidade de ouvir embora sem se deixar afetar. Outros profissionais, nessa situação, encaminharam o paciente para um psicólogo, entendendo que a demanda é núcleo de atuação desse profissional. Após dissecar o problema em várias partes e em causas e efeitos, o raciocínio seguinte costumava ser o encaminhamento para especialistas. Como aprofundarei no capítulo 3, sobre o cuidado da filha de Aíra, quando se tratava de menores ou incapazes, outra atitude era encaminhar para alguém ou um serviço de poder coercitivo para obrigar a família ou o paciente a cumprir as prescrições sugeridas.

Um exemplo dessa forma de atuar foi explicitado por um estudante, quando problematizamos que o principal problema da desnutrição da criança de Aíra era sua condição socioeconômica. Ele replica perguntando se esse é um problema para o médico, pois ele não saberia atuar nessas outras questões (Diário de campo). O atuar nessa compreensão está associado ao olhar utilitarista da doutrina biomédica que delimita sua função às ações resolutivas, associadas à cura. Embora as condições da pobreza sejam conhecidas e até mesmo reconhecidas como determinantes das necessidades de saúde, para as visões tecnicistas ou humanizadas, elas não representaram substância para o cuidado, o problema é dissecado, cabendo ao profissional de saúde atuar no campo biológico.

Verificamos que, mesmo que o profissional se sinta responsável em buscar soluções diante da compreensão de que há questões sociais ou culturais atravessando ou determinando o problema, muitas vezes ele se sente imobilizado, o sentimento é de impotência. Um exemplo emblemático nessa direção é o caso de uma senhora, já há sete anos, vivendo no

terraço da casa, trazido como demonstração de problemas difíceis de cuidar por uma profissional:

Eu costumava levar para casa, ficar pensando tentando resolver. Eu desisti, não vou mentir. Nós buscamos, você viu no prontuário dela, falamos com o Caps, com o Cras, centro de referência da mulher, tentamos acionar a família. Se toda essa rede de apoio não resolveu, eu é que não vou conseguir. Acho que só falta o Ministério Público, porque eu acho que ele vai ter que responsabilizar alguém para cuidar dela, quer dizer, eu acho. Acontecer é outra coisa. (Profissional 7).

Apesar de dizer que desistiu, o caso a incomoda. O sentimento a leva a tomar atitudes de proteção burocrática, como realizar visita domiciliar e pegar a assinatura da paciente. Ela não vai ser cobrada pela gestão por isso, pois não está no fluxo de indicadores de avaliação, mas sustenta uma ação mínima que seja: “Às vezes, perco o sono quando eu me lembro.” O desejo está na resolução do problema, o que se julga estar relacionado com o outro seguir as orientações e prescrições, tão bem realizadas e aplicadas com tanto empenho.

Sua ação incluiu mobilizar a construção de três PTS para a senhora que morava no terraço. Como discutido, a clínica ampliada sugere diversos mecanismos para o enfrentamento de situações complexas, são instrumentos tecnológicos que objetivam integrar ações multiprofissionais e intersetoriais, buscando possibilitar ações interdisciplinares e o cuidado compartilhado, entre eles, o PTS (OLIVEIRA, 2014).

Nenhum foi suficiente para superar a visão especializada, em que se espera que cada profissional cuide de sua parte, nem atuar fora do campo disciplinar ou biológico. Para construir um PTS, a equipe estudou o prontuário, reuniu especialistas, chamou profissionais de outros setores. Não fizeram isso apenas uma vez, mas várias vezes. Entretanto, não se avaliou que em cada momento se variavam os atores. Nesse caso específico, todos os apoios da rede solicitados tiveram ações pontuais: interviam, no sentido de prescrever soluções, e sumiam do processo, mesmo se sabendo ser um problema cujas ações devem ser sustentadas ao longo do tempo.

A paciente e seus familiares eram objetos considerados apenas como parte do problema, não se pensou em integrá-los como parte da solução. As características de todas as intervenções, mesmo os externos ao setor saúde, foi buscar realizar um diagnóstico e prescrever uma solução, que, no caso, deveria ser encaminhada pela família.

Ellry (2012) trabalha com o conceito de interprofissionalidade, compreendida como o processo de integração de saberes e de colaboração entre os profissionais, o que é sempre mediado por afetos. Havendo apenas valorização do saber técnico, facilmente se produz

dominação nas relações entre os profissionais, e se tende a trabalhar sozinho dentro de sua especificidade. Não se consegue, dessa maneira, diálogo real entre as disciplinas no sentido de readequação ou invenção do novo. Da mesma forma, nesse caso, embora a diretriz teórica de compartilhar o cuidado, a atitude que permaneceu foi a de encaminhamento de profissional para profissional. Depois de encaminhado, a responsabilização pelo cuidado considera-se encerrada.

Lima e Verdi (2015) encontraram, em levantamento bibliográfico que buscou identificar e analisar o cotidiano do processo de trabalho dos profissionais na atenção básica, resultados que reproduzem a situação analisada. Demonstram a dificuldade dos profissionais em construir decisões compartilhadas e como a maioria dos trabalhos encontrados dirige o foco de atuação para a especialização e processos de trabalho que avalia, decide e atua pelo outro.

Casos complexos necessitam da paciência do tempo longitudinal, do campo do sensível, da intersubjetividade, em que é possível a imanência do fazer diferente, da potência criativa (DELEUZE; GUATTARI, 1997). Isso não está considerado no processo de trabalho.

Para esses profissionais, a percepção do tempo do cuidado foi transversal e pontual, o tempo cronológico, do que pode ser mensurável e nomeado. O olhar esteve preso à ideia do diagnóstico e do medicamento como eixo do processo de cuidado. São raciocínios justificados pela noção de que é possível ter uma solução medicamentosa. Como já discutimos, ao se separar o fenômeno complexo, reduzindo-o a uma classificação nosológica, constrói-se a impressão de que se está agindo e atuando sobre o problema. Acredita-se que medicalizar o sofrimento psíquico e/ou internar a pessoa seja suficiente para que a paciente e sua família aprendam a conviver e interagir com o coletivo: “Se ela tomasse a medicação, ela cuidaria dela mesmo; não digo internar, porque a gente já fez e não deu em nada, ela ficou com raiva da gente.” (Profissional 7).

Não se conseguindo intervir na direção da resolução e da cura, a forma de atuar passa a ser lidar de uma forma burocrática com o problema; escutam, sabem da complexidade, mas não buscam agir para além dos fluxos estabelecidos. Na própria equipe, só os profissionais diretamente envolvidos com o paciente são responsabilizados para atuar; a rotina da USF e a cobrança da gestão não comportam um fazer diferenciado. Uma profissional analisa: “A gente tenta fazer uma rede de apoio para o paciente, mas eu não consegui dar esta rede de apoio, eu não acho justo essa rede ser apenas o PSF.” (Profissional 11).

Quando não se consegue aplicar a saída proposta, aos poucos, vai afastando-se do caso, ficando disponíveis para as questões agudas. Esse tipo de olhar produz um vínculo

caracterizado por certo distanciamento, escuta-se, mas não se deixa afetar, entendendo a situação da pessoa como algo pelo qual não há nada a fazer.

Não pretendo imputar tudo à insuficiência do referencial teórico da biomedicina em apreender a complexidade da situação, nem tampouco aos efeitos deletérios da medicalização sobre o cuidado e o sofrimento dessas pessoas. Contudo, fica evidente o reflexo dessa racionalidade instrumental e sua relação com o sofrimento e o cuidado. Afinal, essa também foi a postura apresentada pelas pessoas de outros setores, que não da saúde, convidadas a contribuir com o cuidado. O instrumento PTS, embora pautado em outros referenciais, não conseguiu redirecionar o olhar dos atores.

É importante visualizar questões estéticas, éticas e políticas que possibilitam a nós profissionais – e as relações humanas no geral – pensar e impor formas de existir. Avalio que o profissional, ao agir da forma que exemplifiquei, não possibilita ao outro sequer a possibilidade de existir como relação de poder; mesmo que não tenha existido uma situação de violência bruta (como podemos dizer que houve no caso da internação hospitalar), o lugar do outro era o de objeto, seguir uma prescrição. Conforme a noção que o poder se exerce em toda relação e é condicionado à existência de autonomia e de liberdade, o contrário disso é a dominação (FOUCAULT, 2010a). Em outras palavras, para sair da situação de objeto, cabe ao paciente, no mínimo, não se deixar ser cuidado, não seguir as prescrições.

Bauman (1998a), em *Modernidade e holocausto*, sugere que as regras da racionalidade instrumental possibilitam que percebamos as pessoas e a sociedade como objeto de administração.

E também sugiro que foi o espírito da racionalidade instrumental e sua forma moderna, burocrática de institucionalização que tornaram as soluções tipo Holocausto não apenas possíveis, mas eminentemente ‘razoáveis’ [...] capacidade da burocracia moderna de coordenar a ação de grande número de indivíduos morais na busca de quaisquer finalidades, também imorais. (BAUMAN, 1998a, p. 37).

Nessa direção, compreende-se que agir dessa forma não é apenas uma falha ética individual ou o resultado de como se concebe e se organiza o trabalho em saúde, mas também expressão de como a sociedade capitalista se desenvolve e as relações de poder são percebidas e reproduzidas. Assim, nessa direção, o outro é apenas objeto, passível de ser administrado. Aquele que sofre deve ser enquadrado como doente e consumir procedimentos disciplinares. A outra opção é que ele é frágil, considerado incapaz, característica de um sistema de pensamento no qual as pessoas individualmente são as responsáveis pelo seu fracasso, por não

se enquadrarem nas regras da luta pela sobrevivência e de consumo (BRAZÃO, 2014; PERRUSI, 2015).

Apesar de se implicar de diversas maneiras com essa situação, a equipe não se dispôs a aprender a cuidar de uma vida limitada a um terraço. Incluir as pessoas na construção do cuidado, não como objeto de procedimentos e prescrições, poderia ser um caminhar diferente, compreender que vida se produz ali. Olhar para a vida com e apesar do problema, este é o desafio que produziu, que gerou novas formas de lidar com ele em outras situações que trataremos nos capítulos seguintes.

Os problemas que se situam no campo do sofrimento psíquico foram considerados como um dos difíceis de cuidar. Está no senso comum que muitas vezes tudo que a pessoa quer é ser escutada (Diário de campo. Entrevista com Profissional 8); mas na USF, demandas nesse campo procuraram e foram encaminhadas para a consulta médica. Já ouvi médicos responderem: “Se só for para escutar, chama o psicólogo”, ou então, o assistente social. É claro que não é essa a razão dessas questões irem todas para uma ficha médica; o não dito é a crença que cabe a ele dizer se é ou não é doença, se há ou não um risco iminente do problema virar uma doença.

O paciente não chega solicitando ajuda para a vida que não anda bem, ele vem pelo corpo que padece; mesmo que consiga fazer a correlação entre o que está passando e os sintomas que sente, a crença é que tudo referente à vida é passível de ser medicado (PERRUSI, 2015).

É corrente em nosso meio ouvir dizer que é melhor cuidar da tristeza, antes que se pegue uma depressão. Expressão muito semelhante a cuidar do frio para que não se pegue um resfriado. Nikolas Rose, em entrevista concedida a Carvalho e Teixeira (2017), comenta que os medicamentos antidepressivos se tornaram uma forma de os médicos da atenção primária à saúde lidarem com a miséria e infelicidade de seus pacientes, o que seria fruto do desejo de ambos, médicos e pacientes, de fazerem alguma coisa para estes. Essa alguma coisa está engessada pelo olhar da cura medicamentosa. A antiga função sanativa da clínica produz uma remodelagem do corpo e formas de cuidar de si e de existir no mundo.

Procurei nos próximos escritos desenhar outras questões relativas às racionalidades que movem o cuidado. As atitudes dos profissionais divergem em um mesmo contexto, às vezes um mesmo profissional toma atitudes diferentes em situações semelhantes. Por exemplo, uma simples sutura desencadeia os cuidados os mais variados. Desde o encaminhamento para outro serviço – já que as UBS do município não estão preparadas para atendimentos de urgência, nem mesmo de pequenas suturas – ou, em outro momento, um

profissional dá um jeito, consegue emprestar do setor da Odontologia analgésicos, instrumentos e fios de sutura, e resolver o problema do paciente.

De qualquer forma, como aprofundarei, a rotina do serviço e o apoio da equipe são vetores importantes na produção do cuidado. Visualizei o esforço de tempo, espera e busca para realizar uma simples sutura: convencer o colega auxiliar, pedir emprestado o material a outro setor, deixar uma fila esperando o cuidado usual – a USF está programada para funcionar 4 horas no turno, este turno nesta USF é completamente preenchido, seja pelo excesso de fichas médicas, seja de pacientes já agendados – ou fazer o procedimento no término do expediente, como foi o caso.

É importante ressaltar que o referencial teórico biomédico não é o único vetor que engessa o profissional e o processo de trabalho na UBS; apenas recolhi algumas cenas para problematizar a respeito. Não obstante os exemplos citados, foram muitas formas de fugir ao instituído. Verifico que no cotidiano se consegue burlar e produzir outras realidades apesar da padronização dos fluxos de cuidado, questões que mapeio mais à frente. Os argumentos e as cenas que reuni aqui visam mostrar que há furos possíveis para outra forma de estruturar o processo de trabalho na atenção básica.

3 CUIDADO INTEGRAL E O RECONHECIMENTO DO SUJEITO: DE MÃE NEGLIGENTE A ALGUÉM COM DIREITO A SER CUIDADO

O principal aprendizado no caso de Áira foi a possibilidade de novas subjetividades no que diz respeito ao reconhecimento dela e às formas de explicar seu contexto. Inicialmente, ambos atravessados pelo referencial biomédico e, quando este se mostrou insuficiente, por valores morais hegemônicos da sociedade que produzem uma significação sobre a pobreza e o pobre. No entanto, esse cuidado não é fixo, variando as possibilidades dado que se problematizaram essas formas de explicar e reconhecer, produzindo-se dobras às subjetividades existentes, possibilitando outra forma de cuidar. Novas visibilidades sobre o sujeito Áira, sua família e a relação com a pobreza produzem novas subjetividades. A própria Áira se modifica em sua relação com a equipe e suas prescrições. O sujeito vai construindo-se à proporção que se produzem outros conhecimentos sobre como avaliar a situação, outros saberes.

No plano da construção do cuidado da criança de Áira, experienciamos várias possibilidades de cuidar. Um extremo foi o olhar focado no saber técnico somado a um julgamento da pessoa de Áira, seja de uma forma em que ela não era reconhecida como uma mãe cuidadosa, seja até o oposto de que ela era apenas alguém vítima das condições de desigualdade socioeconômica. Em ambas as situações, ela e sua família eram objeto do cuidado, um problema a ser resolvido.

Ao longo do texto, busquei sistematizar duas questões referentes a essas compreensões e posturas: uma delas diz respeito às várias formas de compreender o problema e as ações produzidas ou propostas; a outra é a forma como Áira vai construindo e sendo construída como pessoa com quem pesquisadora e na equipe de saúde.

Antes de descrever esse processo de cuidado, descrevo o território da USF e as cenas de cuidado que possibilitaram os aprendizados. São imagens com o objetivo de mostrar ao leitor o contexto social de quem recebe o cuidado e as circunstâncias cotidianas das práticas de cuidado.

3.1 A ESF, a USF e o território

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo implementado pela prefeitura para estruturação da Atenção Básica em Saúde (ABS), conforme as diretrizes organizativas do

SUS, constituindo-se na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tida como um dispositivo de mudança do cuidado em saúde, visando à garantia de acesso e da atenção integral (BRASIL, 2012a).

A PNAB estrutura a atenção básica como política de Estado a partir de 2006 (TEMPORÃO, 2009), revisada e atualizada em 2011 e recentemente, em 2017, quando foi reformulada pelo atual governo, trazendo sérias descaracterizações ao processo de trabalho visando à integralidade, o que representa mais uma ofensiva das forças neoliberais para uso privado de recursos públicos e focalização do SUS, agora sob o discurso do fornecimento de serviços com “padrões essenciais e os padrões ampliados” (BRASIL, 2017). Discussão por demais importante, porém não pertinente a este trabalho, cujo aprofundamento remeto o leitor às críticas de Fonseca e Morosini (2017).

A atenção básica se caracteriza conceitualmente por um conjunto de ações estratégicas, transversais e integrais de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde de sujeitos individuais e coletivos, produzidas para um território definido. Tais ações devem ter caráter democrático e participativo, impactar a autonomia de sujeitos-usuários na condução de seu processo de cuidado, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural. (BRASIL, 2011, p. 19).

A operacionalização da ESF deve basear-se nas necessidades de saúde da população em um determinado território, responsabilizando-se por ações assistenciais, preventivas, promocionais e de reabilitação da saúde, bem como representar uma função coordenadora e articuladora de mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade, garantidas por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade na rede de serviços (BRASIL, 2012a).

As formas de operacionalização dos serviços de atenção básica, não obstante essas diretrizes, seguem em processo de construção, com variadas disputas. Desde sua implantação, novas formas de fazer saúde vêm construindo-se no cotidiano dos serviços, baseadas no conceito de integralidade da atenção, deslocando, dessa forma, o olhar centrado na doença, no procedimento e dependente do diagnóstico biomédico. Nesse sentido o Programa de Saúde da Família (PSF), como se popularizou correntemente a ESF, representa uma tentativa de mudança paradigmática na saúde.

O processo de trabalho do PSF baseia-se nas proposições da Vigilância em Saúde, base instrumental que reúne disciplinas como a epidemiologia, a cartografia, a educação em saúde, o planejamento, além de referenciais teóricos como a integralidade e a promoção de saúde. Ela busca concretizar a saída de um modelo de saúde centrado na chamada demanda

espontânea, embora a atenção a esta deva ser assegurada, para a oferta de ações de saúde baseada no estudo e reconhecimento das necessidades de saúde do território (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Embora a vigilância à saúde permaneça como instrumental organizativo, bem como seja a forma como o Ministério da Saúde monitora e avalia os serviços, a organização do serviço evoluiu, absorvendo outras propostas organizativas como é o exemplo das proposições do modelo de Defesa da Vida, adotando práticas como Linhas de Cuidado, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Acolhimento como referenciais para estruturar o processo de trabalho em saúde (MALTA; SANTOS, 2003), questões já descritas no capítulo 2.

Segundo as diretrizes da PNAB, uma Unidade de Saúde da Família (USF) se responsabiliza por uma área de Saúde – área de abrangência da unidade. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, seis ACS, um odontólogo, um técnico em odontologia e outro de enfermagem. Cabe a ela adscrever sua clientela, ficando responsável sanitariamente pela assistência de até 3.000 pessoas, segundo critério oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a). Na USF deste estudo, todas as equipes ultrapassam em muito esse número (Diário de campo, informação das enfermeiras).

Prioritariamente, segundo o princípio de equidade e a noção de risco ou agravos da vigilância em saúde, as equipes da ESF são alocadas em áreas de vulnerabilidade social, “altos índices de desemprego, criminalidade, prostituição, crianças fora da escola e outros, que normalmente vêm associados a um maior risco de adoecer/morrer” (BRASIL, 2000, p. 21). Nessa direção, a USF de nosso estudo situa-se em uma periferia de João Pessoa, caracterizada como uma área de pobreza como irei descrever.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2011a), para cada equipe de saúde devem estar articuladas equipes matriciais de referência e contrarreferência, seja por meio do Nasf, seja mediante serviços de complexidade secundária e terciária. Em João Pessoa, isso funciona de forma parcial, a equipe Nasf se confunde com pessoas que ocupam a dupla função de matricular e fazer a gerência do posto (Diário de campo).

Na USF, os fluxos do atendimento dos pacientes referenciados por profissionais da equipe para os outros níveis de atenção são realizados pela central de marcação de consultas, responsável pelo agendamento do atendimento – a chamada referência. A equipe do nível de atenção referenciada deveria realizar a contrarreferência para a equipe da USF, ou seja, devolver o usuário para o seguimento de seu cuidado de forma compartilhada. Na prática, são

raríssimos os profissionais da atenção secundária e terciária que compreendem a importância disso e a realizam.

As informações que descreverei sobre o território ou a área de abrangência da USF são retiradas de territorializações referidas no tópico sobre o passo a passo do caminhar no campo da Introdução.

O território ou área de abrangência da USF do estudo é uma periferia em grande crescimento, tem microáreas diversas com problemas comuns à realidade brasileira de exclusão e desigualdades sociais (MARICATO, 2000; SANTOS *et al.*, 2017). A infraestrutura de serviços de energia elétrica e água potável é 100%. Cerca de 50% da área é calçada e dispõe de serviço de coleta de lixo duas vezes por semana.

Entre os equipamentos de políticas sociais, possui: duas escolas municipais de nível básico; uma escola estadual de nível médio; um Centro de Referência de Assistência Social nível 1 (Cras)¹¹ e a Cozinha Comunitária.¹²

Segundo pesquisa de estimativa rápida realizada pelos residentes da RMPSF e estudantes do MHA2 (Territorialização, RMPSF turma 2009; Territorialização MHA2 turma 2012.2), a violência é o principal problema citado pelos entrevistados. Durante o período que estive na USF, houve duas invasões com roubo (Diário de campo). Desde que frequento a unidade, 2011, totalizam cinco. No fim de 2017, houve um pequeno sequestro com roubo de veículo de uma das residentes, felizmente sem agressão física e por pouco tempo (informação recolhida pelo grupo de WhatsApp da USF em que estou inscrita).

As atividades econômicas das comunidades e as respectivas rendas e ocupações, no geral, são representadas por funcionários públicos, trabalhadores autônomos, aposentadorias e benefícios assistenciais. Contudo, existem peculiaridades significativas entre as microáreas de saúde, por exemplo, enquanto existem áreas com pequenos comércios e trabalhadores nas indústrias do Distrito Industrial, em outras, concentram-se famílias com pessoas

¹¹ O Cras é uma unidade da política de assistência social sendo responsável pela organização e oferta dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (Suas) nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Desempenha a função de trabalho social com famílias por meio do serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF) e gestão territorial da rede socioassistencial de proteção social básica. Destacam-se como principais funções do Cras: ofertar o serviço PAIF e outros serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica, para as famílias, seus membros e indivíduos em situação de vulnerabilidade social; articular e fortalecer a rede de Proteção Social Básica local; prevenir as situações de risco em seu território de abrangência fortalecendo vínculos familiares e comunitários e garantindo direitos (CENTRO..., 2015).

¹² As Cozinhas Comunitárias são equipamentos públicos implantados por meio de convênio formalizado entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o estado/município para fornecer refeições saudáveis e com preço acessível às famílias e situação de insegurança alimentar e vulnerabilidade social. Nesse caso as refeições são acessadas sem pagamentos após realizado um cadastro que define um perfil de vulnerabilidade e risco social (PROGRAMA..., 2019).

subempregadas. Uma terceira região concentra poucas pessoas que praticam a agricultura de subsistência, mas grande parte trabalha nas indústrias da região (dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB de 2012, arquivo pessoal do Profissional 1). Santos Júnior, Silva e Silveira (2013) registram, com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000, que 40,82% dos domicílios do bairro não têm renda e 96,07% dos domicílios registram renda abaixo de dois salários mínimos.

A maioria da população é alfabetizada, e as crianças com até 14 anos apresentam alto índice de matrícula na escola (média de mais de 90% segundo dados do cadastro da saúde da família de 2012; não há dados mais recentes). Santos Júnior, Silva e Silveira (2013) registram que 86,6% da população é alfabetizada. Contudo, não foi possível detectar o grau dessa alfabetização, mas muitos adultos são analfabetos funcionais, só sabendo escrever o próprio nome (Diário de campo).

A microárea mais problemática economicamente representa um conjunto construído em 2009, considerado recente em relação ao restante do território, ação da prefeitura municipal em resposta ao Movimento dos Sem Teto. Pessoas de várias localidades de João Pessoa, muitas ligadas a esse movimento, receberam a casa em um bairro com toda a infraestrutura (saneamento, creche, posto de saúde, escola, terminal de ônibus, posto policial, calçamento, hidrômetro, etc.), mas distante de possibilidades de trabalho subespecializado (JOÃO PESSOA, 2009). Essa informação é referenciada por mais de um dos profissionais entrevistados. Em uma das entrevistas, uma profissional se refere a essa população como aqueles “que vieram da lona” (Profissional 9).

Em ambas as territorializações referidas, registra-se que vizinho a essa microárea, os conjuntos existentes foram formados por casas construídas e subsidiadas pelo governo do Estado, cofinanciadas pelos moradores e entregues sem nenhuma infraestrutura. Por ser um bairro mais antigo, a população era, e ainda é, mais estável economicamente: pequenos comerciantes, ambulantes e servidores públicos não qualificados.

O conjunto novo foi e ainda é visto pelos moradores mais antigos como os responsáveis pela violência na região, em relação aos assaltos e homicídios, informação das territorializações consultadas, mas ainda retomada em algumas entrevistas durante meu trabalho de campo (Profissionais 8 e 10).

Muitos relatos registram que no início da ocupação do conjunto novo houve disputas de controle pelo tráfico de drogas no local, visto que vieram grupos rivais de várias áreas da cidade. Essa época registrou vários episódios de violência, com muitas mortes (Profissional 6). Atualmente, essa relação é mais tranquila, havendo ainda focos pontuais. Durante o

campo, participei de uma atividade no grupo de mulheres da USF e, ao ser marcada uma caminhada por uma praça local, duas participantes informaram, sem entrar em detalhes, que não era seguro para elas irem para aquela área do bairro.

A presença do tráfico de drogas também é percebida nas outras comunidades, mas permanece o estigma dos moradores do conjunto novo, tanto pelo resto da população local como por pessoas da equipe da USF. Em entrevista, um dos profissionais se refere a essa população como “gente da rua, usuário de droga, são pessoas sem nenhum estudo”. (Entrevista profissional 9).

Quanto à estrutura organizativa, a USF apresenta o aspecto singular de participar da parceria da UFPB com a Secretaria de Saúde, a chamada Rede Escola. As USF que participam dessa parceria são tencionadas pelos processos de formação para a transformação do modelo de assistência.

Na USF, temos a presença dos estudantes dos Módulos Horizontais A-MHA e do internato do Departamento de Promoção da Saúde do Curso de Medicina da UFPB, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e da Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Dessa forma, a USF conta com apoio multiprofissional, por meio da residência multiprofissional, que possibilita profissionais de saúde diversos da equipe básica inseridos na ESF (nutrição, psicologia, fisioterapia, educação física, terapia ocupacional e assistente social, não todas as categorias de uma vez, no geral, tem-se entre quatro a cinco residentes); cinco médicos residentes da MFC e dois médicos preceptores; o apoio da UFPB por intermédio dos professores tutores da residência; os estudantes dos MHA^{1,2,4} e 5 e os internos¹³ do Curso de Medicina, em número que varia entre quatro a seis internos.

Essa presença possibilita apoio para construir um processo de trabalho voltado para as diretrizes do SUS. Não obstante, o modelo predominante de atenção com enfoque na doença e na solução medicalizante ainda se encontra na cultura interna da unidade.

A USF possui em sua vizinhança várias áreas cuja população não está coberta pela ESF, o que aumenta a pressão por atendimento. Além disso, três, das quatro equipes registradas na USF, possuem adscritas mais de quatro mil pessoas, bem acima do limite preconizado. Trata-se de uma população 100% dependente do SUS. Dessa forma, tem-se uma demanda muito alta, mesmo para os padrões do sistema tradicional de queixa-conduta, o que

¹³ Estudantes dos últimos dois anos do Curso de Medicina. O internato representa o momento prático do curso, o estudante não tem mais disciplinas a pagar, apenas vivencia os serviços de saúde nas cinco clínicas básicas: a saúde coletiva, a obstetrícia e ginecologia, a clínica médica, a pediatria e a cirurgia. No caso da saúde coletiva, os estudantes ficam quatro meses atuando em uma UBS.

aumenta o desafio de estruturar um processo de trabalho voltado para uma atenção integral. O chamado sistema “queixa-conduta” (CAMPOS, 1997; SANCHO; PFEIFFER; CORREA, 2019) consiste em uma postura de apenas encaminhar a prescrição de um medicamento ou outra demanda relacionada com a queixa do paciente sem nenhum aprofundamento ou estudo do problema.

Antes da articulação com a rede escola, essa USF tinha grande dificuldade de ter o profissional médico. Problema que representa um dos grandes desafios à estruturação da atenção básica brasileira, por diversos fatores que não nos interessa aprofundar neste texto. Muitos estudos demonstram o perfil da formação do profissional, as características do mercado da profissão médica, a estrutura da atenção básica entre outros (CECÍLIO; REIS, 2018; STRALEN *et al.*, 2017).

Essa USF é considerada de difícil acesso, categoria construída pela gestão municipal, segundo a profissional responsável pela gerência, como negociação para fixação dos profissionais de formação universitária (especialmente o profissional médico, mas também enfermeiros e odontólogos). Classificada dessa forma, permite-se a redução do horário de finalização dos trabalhos da USF em uma hora em relação às outras. De modo que os profissionais pudessem sair mais cedo e “não corressem perigo” (Diário de campo. Informação da gerente). Tal caracterização se baseia nos critérios de ser um bairro periférico e o consenso de se achar que é um lugar violento e perigoso. Esses se assemelham à descrição das categorias de áreas vulneráveis, utilizada pelo documento síntese do Ministério da Saúde no Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade (BRASIL, 2012b).

Houve vários períodos em que a USF não dispunha do profissional médico, exceto pelos professores do Departamento de Promoção da Saúde da UFPB, responsáveis pelas disciplinas citadas. Problema que foi superado com a estruturação da residência em MFC. Atualmente, o programa dispõe de residentes suficientes para cobrir as quatro equipes, além do preceptor, um médico pago pela prefeitura para realizar a preceptoria dos residentes; mas houve período de ter apenas dois ou três residentes para uma USF com a demanda já descrita e com a agravante das características socioeconômicas do território, que impactam nas demandas de saúde.

Embora o fluxo do processo de trabalho ainda seja centrado nas diretrizes do modelo biomédico, a USF dispõe de ofertas de cuidado que já apontam para a construção de outras formas de compreender saúde, como é o caso da oferta de atividades programáticas, ações de

promoção da saúde e outras formas de acolher necessidades de saúde, como grupos específicos e de educação em saúde.

A demanda programada consiste em ofertar atividades para prevenção e promoção de saúde para populações de risco ou atuar diante de agravos incidentes no território e consiste em uma das diretrizes tecnológicas da vigilância em saúde. Essas atividades são planejadas pela equipe e se baseiam em protocolos de seguimento de agravos específicos ou ainda ciclos vitais; é o exemplo da puericultura, do pré-natal, da atenção ao diabético e ao hipertenso.

A USF também possui uma horta de fitoterápicos que visa ao empoderamento das famílias mediante a cultura local. Oferta atendimento de acupuntura e outras práticas integrativas. Na área de Educação em Saúde, tem organizado, de forma sistemática, três grupos educativos operativos: um deles objetiva cuidar de pessoas que precisam deixar de fumar; outro promover a alimentação saudável; e outro trabalha com o sofrimento psíquico em uma perspectiva não medicalizante. Também tem estruturado um grupo de vivência relacionado com as questões de gênero para empoderamento da população feminina.

Um dos fluxos de estruturação do processo de trabalho da USF que destoa da organização tradicional é o Acolhimento. Este é uma proposta do modelo teórico de atenção à saúde em Defesa da Vida (CAMPOS, 1994; MALTA; SANTOS, 2003; SILVA JÚNIOR, 1998) e visa à garantia de acesso ao atendimento das demandas trazidas pelo usuário de uma forma humanizada. Não é um conjunto de procedimentos, mas uma forma de estruturar uma escuta qualificada das demandas trazidas pelo usuário e buscar uma solução negociada com ele, portanto requer a construção de uma atitude de responsabilização para resolução destas.

O acolhimento é uma diretriz organizativa dos serviços de saúde, até mesmo nos serviços do sistema privado, embora se tenha enraizado mais como uma proposta ordenadora da demanda ou da fila de usuários do que uma atitude de responsabilização e construção de alteridade em relação ao outro e à sua necessidade de atenção.

Sua estruturação corresponde a um processo organizativo da entrada do usuário no serviço substituindo a tradicional entrega de fichas por ordem de chegada e por capacidade de resolução. Segundo a lógica do Acolhimento, uma demanda não resolvida no serviço continua sendo responsabilização dele, o qual deve buscar sua resolução, seja dentro do sistema de saúde, a partir da referência e contrarreferência da rede, seja acionando a rede intersetorial de políticas públicas (BRASIL, 2013b). Portanto, apresenta as mais variadas concepções e propostas de execução, discussão que foge ao escopo deste trabalho, sendo importante compreender como a USF estrutura seu acolhimento.

O início da organização do acolhimento na USF corresponde à construção da parceria com a rede escola já descrita. Antes disso, o fluxo que organizava a demanda era a tradicional entrega de fichas por ordem de chegada.

A maior parte da demanda espontânea da USF é por consulta médica, seguem-se as consultas por procedimentos de prevenção e ações de cunho administrativo como solicitação de encaminhamento para especialistas, atestados, declarações, conforme a territorialização dos residentes de RMSF de 2009.

No período em que a USF esteve sem o profissional médico, a alta demanda fez surgir alternativas ao modo de seu atendimento no sentido de disponibilizar o medicamento após a avaliação de outros profissionais, infelizmente não no sentido de buscar respostas alternativas ao modelo centrado na consulta médica, exames e medicação.

Quando o médico estava disponível na UBS, o fluxo do atendimento era o chamado sistema “queixa-conduta” já referido. Segundo relatos de entrevistas, não havia sequer o uso de prontuários, muito menos a oferta de consultas programadas para a prevenção e promoção da saúde ou mesmo o seguimento estruturado dos pacientes crônicos:

Antes, tinha um enfermeiro que atendia tudo em termos de pronto atendimento, atendia até no corredor, tudo que as pessoas pediam ele dava. O povo não tinha consciência, gostavam muito dele, ficaram mal-acostumados, foi difícil mudar. (Entrevista Profissional 9).

A doutora não tinha opção, era mais de trinta para ela atender. Ela nem fechava a porta, os pacientes ficavam tudo amontoado no corredor. Ela era muito boa, atendia porque as pessoas necessitavam. Ainda hoje sentem falta dela. (Entrevista Profissional 6).

Em mais de uma entrevista, fala-se muito bem desses profissionais. Na população, há quem ainda se lembre e sinta falta deles. O sistema queixa-conduta se adapta à noção da saúde como ausência de doença, portanto restabelecida ao se encontrar um “medicamento bom” (Diário de campo), que resolva o problema, ou promovida por meio do consumo de exames tecnológicos, que descubram problemas que podem estar ocultos: “Eles chegam já pedindo o exame que quer fazer.” (Diário de campo. Fala de residente).

O Acolhimento advém de outra concepção de saúde, objetiva qualificar o acesso não apenas à assistência curativa. Dessa forma, ele usa alguns critérios para ofertá-la, como é o exemplo de usar classificação de risco ou sofrimento para agilizar o atendimento; servir de base de dados para reconhecimento da demanda, de forma a subsidiar a programação de ações, integrando a prevenção, a promoção e o seguimento dos problemas crônicos.

De tal forma que a mudança do processo de trabalho nessa direção ocorreu em processo tumultuado na equipe de saúde e entre equipes e a população. Essa mudança consistiu em instituir a escuta das demandas na forma do Acolhimento, espaço para agenda de retorno, possibilitando o seguimento dos pacientes, a oferta de cuidados preventivos (demanda programada) e a oferta de cuidados outros que não apenas a consulta médica, como citado acima.

Uma das enfermeiras entrevistadas diz que a demanda na USF melhorou em termos de aceitação da população por “volta de 80%”, mas houve um período muito difícil e tenso para todos:

Era tanta gente, mais de cinquenta pessoas para uma médica só atender. Eu ajudava, mas não tinha condição de atender todo mundo, era desumano. A gente fazia a triagem, a gente dizia: vamos agendar a senhora. Explicava que tinha gente mais urgente, que tinha muita gente e era desumano: para a senhora ter uma consulta com mais calma. Eles não aceitavam, muitos diziam: o que é agendamento? O que é isto, não vai me atender não? Quando eu voltar aqui, eu já tenho morrido. Teve agressões. Agressões até físicas. Quebraram o consultório da médica. Teve um dia que eu a tirei do acolhimento. Levei-a para a copa e dei água, senão ela ia ter um troço. Toda a equipe ficava falando a mesma língua. Os médicos não ficavam aqui, ficavam uma semana, um mês e saíam. Muitas ameaças, enfrentamos muita coisa, foi muita luta. (Profissional 9).

Ela atribui as mudanças e a aceitação da população à ação educativa da equipe, a qual ficou unida, acreditando que o novo modelo era o melhor para todos. Acrescenta que a população mudou, aprendeu a acreditar no agendamento e a ser consultado com mais calma, para ela uma consulta de qualidade. Reconhece que a demanda ainda é grande, mas foram construídas mais duas USF no bairro, e a presença do profissional médico ficou mais estável depois da residência.

O Acolhimento na USF é construído em dois momentos: o da escuta, das 7h15 às 8h, e o chamado plantão do acolhimento, para as pessoas que chegarem depois desse horário. A população que demanda consulta deve chegar até as 7h30, recebe a ficha de ordenação. Médicos, enfermeiros e dentistas fazem a escuta das demandas dos usuários.

Os ACS ajudam a organizar a fila, a tirar os prontuários, pois a USF não dispõe de pessoas para realizar o serviço burocrático, como retirar os prontuários, fornecer formulários, etc. As auxiliares de enfermagem são apenas cinco para dar conta das quatro equipes, da vacinação, da sala de observação e dos curativos e outros procedimentos de enfermagem. São pequenas questões que, no cômputo geral do dia a dia, com a enorme burocracia de vários formulários a que os profissionais estão submetidos, pesam muito no cotidiano do trabalho.

Os ACS, por exemplo, observam que essa atividade não é contabilizada como produção sua, é um momento em que não realizam visitas ou outras atividades pelas quais a gestão lhes cobra. As auxiliares relatam que não se sentem parte do PSF, veem a necessidade das pessoas, por exemplo, um curativo em domicílio, uma escuta de um “desabafo”, mas não têm como deixar de realizar a alta demanda por procedimentos (Diário de campo).

O momento da escuta consiste em ouvir a queixa do usuário e decidir se ele será consultado no mesmo dia, se pode ser agendado ou se sua demanda pode ser resolvida com outro tipo de oferta técnica que não a consulta médica. Depois desse momento, os profissionais vão realizar as consultas em seu consultório ou outra programação agendada, por exemplo, visita domiciliar, grupos educativos, etc.

Vários profissionais médicos reclamaram que é muito difícil ficar escutando problemas que ele mesmo vai resolver. Muitos cedem à tentação da queixa-conduta e medicalizam o problema no próprio acolhimento. Alguns enfermeiros e, principalmente, os dentistas, reclamam que estão fazendo uma função que não é sua, deixando de atender seus pacientes (Diário de campo). Uma profissional chegou a verbalizar que isso era problema para o médico.

Um aspecto importante a ressaltar é a preferência do usuário em ir no dia em que seu ACS está no acolhimento, questão referida por eles em mais de uma entrevista: “Eles vêm mais quando sabem que eu estou no acolhimento, porque sabem que a gente escuta melhor porque conhece o problema deles.” (Profissional 6). Essa relação informal é uma das características que visualizamos na construção da relação de cuidado.

A construção do vínculo como um dos mecanismos de reconhecimento do usuário e o acolhimento de suas demandas é um dos vetores importantes para horizontalizar as relações, tema que aprofundarei no capítulo 4.

Os usuários que chegam após esse momento são orientados, na recepção, para se dirigirem à sala de observação, onde uma técnica de enfermagem, de plantão no setor, realizará a escuta. Foi construído um protocolo onde ela deve verificar seus sinais vitais, avaliar a queixa e decidir se é uma urgência que necessita ser vista no mesmo dia ou uma queixa que pode ser agendada.

A atitude das profissionais nesse papel varia bastante. Algumas técnicas de enfermagem assumem a resolução do problema do usuário, conforme é esperado. Seja convencendo o usuário de que seu problema pode ser agendado, seja mesmo dando um jeito de liberar uma medicação ou um encaminhamento burocrático: “Quando eu falo, eu oriento, eles ficam satisfeitos.” (Diário de campo. Técnica de enfermagem).

Outras tomam atitudes pouco resolutivas: apenas dizem que “não tem mais ficha” ou vão pressionar o profissional, geralmente o médico, para que atenda o usuário, mesmo sem a necessidade técnica de urgência (Diário de campo). Por mais de uma vez, presenciei a atitude de dizer para o usuário “vou ver se ele te atende”, como se estivesse fazendo um favor ou dando a entender que o profissional poderia atender se desejasse. Quando problematizei com uma delas, ela respondeu: “Eles não acreditam no que a gente diz, tem de ser o médico, às vezes, nem enfermeiro eles querem.” (Diário de campo. Observação do acolhimento).

É gritante a diferença entre as duas posturas citadas tratando-se da mesma população. A centralidade do atendimento no profissional médico se apresenta mais como uma questão do senso comum do que uma necessidade técnica. As posturas sugerem lógicas de implicação diferentes, questões que aprofundo no capítulo 4.

3.2 Conhecendo a família de Aíra e seu contexto

A convite de um dos profissionais da equipe, participei do cuidado da criança caçula de Aíra. Um lactente que desnutriu gravemente, tendo sido o cuidado que mais completamente cumpriu os critérios da pesquisa no sentido da disponibilidade de pessoas da equipe refletirem sobre os saberes e as ações desenvolvidas.

3.2.1 A casa de Aíra

A casa de Aíra fica na área mais periférica do bairro. Constitui-se em um vão de mais ou menos 4 x 8m², dividido em 3 compartimentos. Assim que entramos, tem um fogão e uma geladeira que funciona como armário. Em seguida, uma abertura, da largura de uma porta, dá passagem para um espaço semelhante a um corredor. A viga que sustenta o telhado nessa parte da casa está rachada, é sustentada, de forma precária, por outra viga de madeira, perpendicular ao chão, de modo que temos de passar por baixo dela para chegar aos outros vãos.

Atravessando a viga, o espaço que surge parece um corredor; nele cabe uma cama beliche, que preenche todo o seu comprimento, e um armário na parede do fundo. Este fica entre a cama e a parede que divide esse ambiente e um quarto, o terceiro compartimento. Em cima do armário, várias caixas grandes empilhadas, cheias do que parece ser roupas. A largura do espaço que sobra – a área de circulação – cabe uma pessoa.

O terceiro compartimento é um pouco mais largo, há um pano servindo de cortina para separá-lo do corredor que descrevemos. Nesse quarto, estão espremidos uma cama de casal e um guarda-roupa encostado na parede; uma pessoa consegue passar de lado entre os dois. A cama fecha parte da entrada da porta. Rente com a cama e a parede lateral, está um móvel onde fica a televisão. A única janela tem um basculante, é pequena e alta, acima da televisão, deixando entrar luz no lugar, mas nenhuma ventilação.

Sinto cheiro de urina podre e mofo, há muitas teias de aranha no teto de telha sem forro. Penso nos dias chuvosos anteriores à entrevista e pergunto como foi com tanta chuva. Ela responde que costumam ficar vendo TV. Imagino-a com os cinco filhos o dia inteiro naquele lugar, esperando a chuva passar. São outras vidas...

Na casa, moram Áira, o marido (que segundo a profissional 2 só é encontrado à noite) e cinco filhos – na época da entrevista, ela estava no início da gravidez da criança cujo cuidado analisamos neste trabalho. A filha adolescente dorme com a avó na casa da frente situada no mesmo terreno.

O quintal é do tamanho da casa, há muito mato, lixo e “coisas para reciclar”, relata ela, embora não informe que trabalhe com reciclagem. São carcaças de geladeira, de fogão, entulho, bicicleta, carrinho de bebê, sofá e cadeiras quebradas. Há também entulho de construção – restos de uma parede que o marido tentou fazer, mas caiu, segundo a Profissional 2.

3.2.2 Áira, sua rede social e sua relação com os serviços de assistência

Áira é branca, pobre, muito pobre – só não está abaixo da linha da pobreza em virtude do programa governamental de provimento de renda, o Bolsa Família¹⁴ (PIRES; REGO, 2013). Não trabalha, exceto como dona de casa; refere-se a si como não trabalhar. No momento da entrevista, a renda da família é o seguro-desemprego e os recursos do Programa Bolsa Família. É semianalfabeta, assina, mas lê com dificuldade.

Áira não respeita os fluxos e horários da USF, chegando sempre fora do horário e, quase sempre, brigando por atendimento no mesmo momento: “Geralmente com dez pedras na mão quando não consegue o que quer.” (Profissional 1). Essa forma de agir é confirmada por todos os entrevistados e por ela mesma. Além disso, é resistente aos convites da equipe

¹⁴ Como já discutido, o Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza (têm renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 por pessoa) ou extrema pobreza – têm renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2019). O programa é parte do Programa Fome Zero, visando à reprodução vital de seus beneficiários.

para ações de prevenção ofertadas pela USF. Esse é um dos estranhamentos de pessoas da equipe em relação a Aíra. Como veremos, seu comportamento mudou, no sentido de buscar seguir as orientações da equipe, a partir do vínculo construído com alguns profissionais.

Sua forma de agir é avaliada e acolhida de diferentes formas na equipe:

A equipe, no geral, não gostava dela, porque achava que ela era preguiçosa, que ela acordava tarde, cheia de razão, briguenta, aquela coisa. Só queria fazer filho, não cuidava dos filhos. Mas fazer o quê? Tem que tentar entender. Se eu for mais um a maltratá-la, como é que vamos cuidar? (Profissional 3);

Ela é muito é da sabida. Isso é só para ter atendimento preferencial. (Profissional 2).

Da mesma forma que não se enquadra nos fluxos da USF, ela não aceita sugestões. Por exemplo, colocar as crianças na creche, onde teriam pelo menos duas refeições e higiene, ou se cadastrar na cozinha comunitária, onde toda a família poderia fazer a refeição do almoço.

São muitas as preocupações da equipe em relação a essa família: a mãe não observa as prescrições da equipe, não vai à USF realizar os protocolos preventivos da puericultura e da saúde da mulher; o casal não planeja a família segundo suas condições econômicas; a filha adolescente, que não faz planejamento, já engravidou e sofreu um aborto espontâneo; a higiene da casa; ter duas crianças menores de dois anos; já ter havido um óbito infantil na família. Todos esses fatores são considerados marcadores de risco para qualquer referencial metodológico de organização de modelos de atenção à saúde.

Significa que a unidade de saúde deve pensar nessa família como prioritária nas ações de prevenção e promoção, o que inclui desenvolver ações voltadas para seus membros e construir apoio social de forma intersetorial (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Sobre sua vida, Aíra começa dizendo que foi muito doente, demorou a andar e a falar, fez uma cirurgia na cabeça e tomava muitas injeções. “Fui criada com leite de burra, um leite muito forte que é dado para crianças fracas.”

Informa que sua mãe não saberia explicar, pois, após a separação do casal, foi criada pela família do pai, a mãe ficou com o irmão mais velho. Até a adolescência, teve quatro lares. Explica que a mãe a deu para a madrasta porque não podia criá-la, mas sempre que precisou e precisa, ela ajuda. Repete várias vezes que não foi ela quem procurou a mãe depois de adulta:

Ela mesma me procurou quando soube que eu estava com dificuldade. Ela criou o meu irmão, e meu pai me criou. Aí, foram dizer a ela que eu estava com dificuldade e ela chegou até mim. Eu não fui até ela, quando foram falar para ela, ela veio até

mim. Foi quando a gente foi morar de aluguel um bom tempo. Eu tinha me separado do pai dessas criaturas, eu só tinha os três, depois que eu voltei para ele, que eu tive as outras barrigas.

Não guarda mágoa de sua mãe. Em nenhum momento, Aíra emite um julgamento ruim, seja em relação à sua família, seu marido, seja quanto aos profissionais do posto. Mesmo quando incentivei, indagando sobre a forma como é atendida na USF e os conflitos que observei, ela explica que tem gente que não entende a dificuldade dela, mas sem rancor. Explica também que o médico de referência a deixa chegar tarde “porque compreende” a situação dela.

Aíra conheceu seu atual esposo quando ele tinha 29 anos e ela 14 anos. Engravidou aos 16. Informa que não queria a gravidez: “Doutora, eu tomei chá de quebra-pedra para a menstruação vir, eu não queria, não vou mentir.”

Ao descrever sua rede de apoio social, Aíra cita a Profissional 2. Refere-se a ela como amiga. É madrinha de um de seus filhos. Quando perguntei sobre a relação de Aíra com sua família, ela comenta ter quatro irmãos, com os quais não tem muito contato. Afirma que seu relacionamento com os membros de sua família é, em geral, bom. Além da mãe, seu contato maior é com dois meios-irmãos, por parte de pai, que a auxiliam financeiramente quando ela precisa.

Quando pergunto sobre o alcoolismo do marido, pois ouvi comentários, ela responde: “Não vou mentir, ele bebe, bebe sim, mas é só final de semana.” Em seguida, lembra, como se mostrasse o outro lado dele, que ele trouxe leite e açúcar para as crianças. Realmente, enquanto estávamos na calçada conversando no dia anterior, no qual eu marquei a entrevista, ele trouxe um pacote de leite e outro de açúcar, mas minha impressão foi outra.

Ele chegou visivelmente embriagado, gesticulava, mostrando os dois pacotes na mão, e falava alto, que era para os filhos. Falava para mim, pois com certeza sabia do que comentavam dele na USF? Ou para Aíra? Ou para a mãe de Aíra, que estava conosco na calçada? Quando ele se afastou, a mãe comentou, com tom de desprezo, que um pacote de leite não dava para nada.

Ela demonstra ser apegada aos filhos, todos os profissionais entrevistados dizem o mesmo. A Profissional 1 informa:

Tem mãe com muito mais conhecimento, assim condições de entendimento, que trata os filhos, parece que está lidando com uma coisa. Aíra, não, nunca ouvi ela chamar nome com um filho, e olhe que ela só vem com todos de uma vez aperreando.

No momento da entrevista, Aíra suspeitava, mas não tinha certeza, de que estava grávida de sua oitava filha, a criança que desnutriu. Comenta comigo que estava “atrasada”, não sabia de quanto tempo. Aconselho-a a iniciar logo o pré-natal. Só agora, analisando as entrevistas, percebo que não parabenizei ou perguntei como estava se sentindo com a possibilidade de mais um filho. Sumiu a pesquisadora, sumiu a intelectual preocupada com a pessoa e o cuidado, aparece a técnica vigilante da saúde, preocupada com o procedimento de prevenção. Atitude que meu olhar de pesquisadora viu e reviu nos outros profissionais com quem convivi no campo, a lente biomédica cria uma subjetivação, uma forma de agir, mesmo estando lá com o objetivo de pesquisar, de aprender, análise que retomarei nos capítulos que seguem.

Na época em que fiz a entrevista, como é comum nas condições em que vive, todos os filhos dela estavam gripados, e entre uma conversa e outra, ela aproveita minha presença para consultar-se e consultar os filhos: dor de barriga, a tosse da bebê. Entre as conversas de sua vida, eu orientava algumas questões.

Sobre a creche, explica inicialmente: “Já que eu não trabalho, **deixo para quem precisa.**” Em outro momento da entrevista, relata que a creche deixa as crianças chorarem muito, as crianças se machucam, e quando elas adoecem, não querem cuidar. No fim, relata que quer fazer a laqueadura para retornar a trabalhar, então deixará a criança na creche.

Pergunto a Aíra como evitava engravidar, já que houve um espaçamento importante entre os quatro primeiros filhos. Informa que o comprimido ela esquecia, fala meio rindo, um riso meio envergonhado. Injeção nunca tomou. Diz que não tinha quem a orientasse. Depois muda de postura e a forma de rir, mangando de uma tia que engravidou mesmo usando a injeção. O marido fica contrariado quando engravida, mas sempre diz que cria.

Na entrevista, Aíra diz que deseja fazer a laqueadura, que se realizou mais de um ano depois desse momento; seu último filho já estava com três meses. A Profissional 2 narra que ela própria agendou a laqueadura, cuidou da documentação, foi “atrás do marido dela para assinar”. No dia agendado, pegou Aíra em casa e a levou no próprio carro para realizar a cirurgia. Enfrentou vários obstáculos, mas só saiu do hospital quando ela estava na sala para ser operada.

3.2.3 As crianças de Aíra

A criança que veio a óbito tinha 9 meses de vida. Na revisão de prontuário, há cinco registros de consulta devido a episódios de bronquite e anotados dois episódios de pneumonia

relatados pela genitora. Está registrada a suspeita de que a criança tinha uma patologia pulmonar crônica e foi solicitada investigação diagnóstica. Em dois momentos, há registro da dificuldade apresentada pela mãe em realizar os exames solicitados. Não há registro de puericultura da criança ou outros cuidados como seria recomendado, segundo a vigilância em saúde.

A primeira criança que cuidei de forma compartilhada com o médico da equipe era a caçula da família na época e foi anterior ao tempo da pesquisa. Apresentava constipação intestinal severa e uma desnutrição de segundo grau. Ela também não estava sendo acompanhada pela USF por meio da puericultura. Segundo a equipe de saúde, porque Aíra não se importava de levar a criança para as consultas, e uma parte do período ela se havia mudado para outra área de Saúde.

Para essa criança, a equipe construiu um plano de cuidados de forma conjunta com os estudantes do MHA1, envolvendo medicações e a diversificação da alimentação, com a introdução de grãos e farinhas integrais para aumentar a ingestão de fibras – a multimistura –¹⁵ associada ao aumento da ingestão de água para facilitar o fluxo intestinal.

A situação foi revertida parcialmente, pois a constipação depende de hábitos familiares e da adesão aos cuidados, como todo problema crônico. Não é só na família de Aíra que é difícil a adesão. A multimistura foi preparada e fornecida pela equipe de saúde. É uma forma barata e rápida de resolver a situação em comparação com medicamentos industrializados. Os ingredientes são fáceis de achar, são baratos se não forem comprados já manipulados em lojas especializadas em alimentos integrais ou supermercados (fubá, farelo de trigo e aveia, associados a folhas, como a macaxeira ou batata doce e farinha de sementes secas, como melancia, melão, jerimum, amendoim). Os estudantes que acompanhavam a família a visitavam semanalmente, entregavam o material e ensinavam a fazer e utilizar, mas quando a multimistura acabava, ela deixava de usar.

Durante a entrevista que realizei com Aíra, pergunto sobre a constipação da criança, e ela responde que está bem melhor:

Ela passou duas semanas sem fazer [evacuar], tive que levar urgente para o hospital, ela sentindo muita dor. Fizeram todo tipo de exame, raios X, ultrassom e não acusou nada. Fizeram lavagem nela, passou o dia se obrando.

¹⁵ Além de melhorar a constipação, a multimistura tem valor nutricional alto, uma vez que pode ser composta por farelo de trigo, farinha de mandioca, fubá, sementes (amendoim, melancia, girassol, jerimum, melão, etc.), folhas secas (macaxeira, batata doce) dentre outros.

A constipação tende a melhorar com a idade. Lembro a Aíra que ela havia melhorado enquanto estava usando a multimistura. Ela concorda comigo, mas diz que não continuou porque não aprendeu a fazer: “Não vou mentir, eu não sei não. Me ensinaram, mas eu não sei, não vou me meter.”

Nesse momento, reconheço que me identifica como uma profissional do posto, pois me pareceu ter-se sentido julgada, uma vez que repete três vezes que recebia da pastoral da criança, quando morava no Jardim Veneza. Eu realmente pensava como é difícil cuidar de um problema crônico, não que seja uma questão ou característica específica dela: ela conhece a mistura, vivenciou o resultado positivo na filha, foi ensinada a fazer, demonstrado em sua casa pelas estudantes, os ingredientes são fáceis de achar e baratos, mas ela não faz.

Em uma reação sutil de enfrentamento, ela passa a explicar a gravidade do problema da filha, como se não fosse possível resolver apenas com a alimentação, e ela melhora quando faz a “lavagem no hospital”.

Mas aderir a novos hábitos e introduzir um elemento novo como rotina na alimentação não é um desafio específico de Aíra ou que se limite à sua classe ou sua cultura. Não há uma relação linear entre a informação/conhecimento sobre o que seja doença e seus agravamentos, e a percepção da pessoa que sofre, nem como isso interfere nos seus hábitos e estilos de vida. Por exemplo, estudos demonstram que não é incomum pessoas que convivem com problemas ou doenças crônicas negarem, relevarem ou se habituarem a determinados incômodos, por serem por demais insistentes ou não serem vistos como patológicos em si, apesar de serem informados sobre seu problema e seus riscos, incluindo nesse grupo profissionais de saúde (CASTELLANOS, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2004; SILVA *et al.*, 2004).

A filha adolescente de 15 anos engravidou, mas teve um aborto espontâneo. A idade com que engravidou coincide com a primeira gravidez da mãe, 14 anos. Nesse período, eu acompanhava a família por intermédio de estudantes do MHA1. Uma das estudantes comenta indignada, em sala de aula, que, ao perguntar a Aíra sobre o que achava da gravidez da filha, ela respondeu que já era hora e ela estava bem. O debate em sala problematizou que a resposta não significa que ela queria apenas que a filha saísse de casa, mas compreender que estava mesmo no tempo de ela fazer uma nova família, portanto, estava feliz com o episódio.

No portfólio das estudantes que a acompanharam, trabalho final da disciplina, elas comentam que o olhar negativo da gravidez na adolescência surgiu a partir do século XX. A família numerosa e o casamento cedo eram valores importantes até os anos 1950. Argumentam que os valores não mudam uniformemente na sociedade e se estruturam nas condições de vida. Como consequência, sugeriram como ação de apoio à família algumas

conversas com a filha e a própria Aíra, sobre a possibilidade de pensar quando e quantos filhos seria importante ter.

As estudantes apresentaram à filha de Aíra o dispositivo intrauterino (DIU) para evitar a gravidez, a possibilidade de inserção na USF e conversaram um pouco sobre camisinha e a injeção hormonal, porém ela alegou que estava tomando pílula anticoncepcional e, segundo as estudantes, mostrou-se alheia e envergonhada para conversar sobre o assunto.

Inicialmente, a conversa proposta era sobre a vida, mas a ação teve como foco os meios de anticoncepção – lembrando que esse é um diálogo que a pessoa deve estar interessada em realizar, o que não nos impede de tentar construir o desejo de fazê-lo. Embutido nessa ação de cuidado, vai um julgamento moral, um dever ser e um cuidar de si de forma irrefletida. Embora já se tenha um discurso sensível a isso pensado previamente, a ação é capturada por um dever ser restrito ao saber/poder do profissional. Como disse ao longo dos estudos do campo, vi-me eu mesma nesse lugar.

Quando correlaciono as necessidades dos casos vivenciados com as formas de cuidar de si, remeto-me à noção foucaultiana que compreende estas como a ação política do sujeito de olhar para si, buscar conhecer-se, pensar uma conduta para si e diante dos outros. Noção que se aparta da ideia de individualidade e independência ocidental. O autor articula o cuidar de si com uma postura ética de pensar o campo da subjetividade como objeto de disputa entre a singularidade e o campo coletivo, de cuidar dos outros a partir de si:

Ocupar-se consigo não é, pois, uma simples preparação momentânea para a vida; é uma forma de vida. Alcibíades se dava conta de que devia cuidar de si, na medida em que pretendia mais tarde ocupar-se com os outros. Trata-se agora de ocupar-se consigo, para si mesmo. É preciso ser para si mesmo, e ao longo de toda a sua existência, seu próprio objeto. (FOUCAULT, 2006, p. 61).

O cuidado de si se articula com as relações de poder que operam no campo social e possibilitam as subjetividades que compõem o sujeito. Lembrando que, para Foucault (2010c), o poder se constitui em redes de relações estratégicas, alianças entre sujeitos e instituições, por meio de projetos, racionalidades, éticas, políticas que governam os múltiplos aspectos da vida social e produzem essas subjetividades, pelas quais se governam condutas e possibilidades de conduta. Para ele:

Essas práticas de si tiveram, nas civilizações grega e romana, uma importância e, sobretudo, uma autonomia muito maior do que tiveram a seguir, quando foram até certo ponto investidas pelas instituições religiosas, pedagógicas ou do tipo médico e psiquiátrico. (FOUCAULT, 2010c, p. 265).

De tal forma que, em nossa sociedade, esse cuidar de si não se alia à proposição foucaultiana de valorização de uma construção ética de pensar a si e ao outro. Embora a concepção predominante da visão do sujeito no Ocidente seja a de que ele é dotado de autonomia e liberdade de escolha, esta é vista como uma produção do indivíduo, como se ele existisse sem relações ou influência do meio (MOL, 2008b). No Ocidente, atualmente, as instituições da saúde produzem as práticas de saúde que operam no âmbito da produção de subjetividades do que seria esse cuidado de si. Essas práticas estão correlacionadas com o exercício do saber/poder nessas relações. A biomedicina produz formas de explicar a vida, o sujeito e suas relações (CAMARGO JR, 2005a), as subjetividades são orientadas para um conjunto de condutas sob a forma do que é considerado saudável de forma homogeneizante.

Por meio do acompanhamento dos estudantes, soube que a filha de Aíra estava namorando ainda com o mesmo rapaz, o companheiro tem 20 anos, não quer ter filhos agora e estava usando camisinha. Está morando na casa da mãe de Aíra. Esta confirma e me informa que ele arranhou um emprego e passa a semana fora, vindo no fim de semana. Informa-me que ele está pondo a filha para estudar: “Ele quer que ela estude.”

3.2.4 Aíra e sua forma de cuidar

Antes de iniciar a entrevista com Aíra, ela se adiantou e perguntou se eu queria saber como cuida das crianças. Nesse momento, senti-me pesquisada, o nativo e o pesquisador se observam e se constroem. Havia marcado a entrevista no dia anterior, pessoalmente, em sua casa.

Confirmei sua impressão, mas adiantei que queria mais saber da história da sua vida. Pareceu ficar contente, e mais quando pedi para gravar a entrevista. Inicialmente, falou um pouco sobre si mesma, mas em quase toda a sua narrativa, ela construiu para mim a mãe que ela é, por ela mesma, ou melhor, como eu li o que ela falava.

Ao ler a entrevista, não posso perder de vista que ela me vê como a doutora do posto. Isso interfere na forma como se constrói para mim e em nossa relação, se pensarmos que, para o senso comum, há uma hierarquia construída pela dependência dela aos serviços da USF, concepção, inclusive, que atravessa qualquer relação de cuidado em saúde. Posso pensar em Aíra reinventando sua existência. Em nossa conversa, seu discurso não é linear, ela se apresenta diferente de todos os rótulos com que olhamos para ela, e parece que os conhece bem.

Ao chegar à casa para a entrevista, seu filho mais velho, pré-adolescente, estava em cima do muro – este é alto, maior que a casa. Eu brinco com a criança perguntando se ele estava querendo fugir. Nesse momento, Aíra abre o portão e se adianta ao filho, respondendo-me que não quer os filhos dela soltos no mundo. Penso comigo que é um comentário estranho para uma mãe que todos julgam relapsa.

Mais tarde, sem nenhuma relação com esse momento, falou-me de sua preocupação com a rebeldia do filho, que “está respondendo muito ao pai”. Relata que durante uma festa o filho pousou para uma foto fazendo o símbolo da “Okaida” – nome de uma facção do tráfico em João Pessoa. Ela brigou com ele, deu-lhe um “safanão”, não queria aquilo para o filho dela.

Ela prende a criança, coloca na escola, tenta pôr limites, mas o filho começa a se socializar em um meio onde a Okaida representa a possibilidade de consumo como uma boa vida. Zaluar (1985), em uma etnografia sobre os pobres e a violência, discorre sobre as várias estratégias e compreensão dos moradores de um bairro pobre para construir identidades e comportamentos diante da guerra contra as drogas, a qual, na época de seu trabalho, deveria ter uma dimensão menor do que hoje:

Os trabalhadores criam ideias próprias acerca desses novos personagens – os bandidos – comparando-os com modelos antigos – os malandros – e tentam entender o que se passa hoje no seu bairro e em toda a cidade do Rio de Janeiro. Juntos constroem a sua história marcando mudanças, assinalando passagens, criando personagens importantes. Juntos criam regras na convivência com os bandidos a fim de escapar do caos resultante desta guerra que acabou por envolver a todos, bandidos e trabalhadores. (ZALUAR, 1985, p. 134).

Aíra descreve a história de um sobrinho que se envolveu com o tráfico, foi preso, e na prisão deram muito nele. Em seguida, esclarece que não bate nas crianças, mas explica que os pais têm de “exemplar”. Ela tem muito medo que isso possa acontecer com o filho dela; refere-se a cuidar do filho como uma forma de evitar comportamentos que os outros reprovam. Não me pareceu que o problema em si seja a Okaida, mas ser traficante é um comportamento que a família deve evitar nos filhos para que não sofram no futuro.

Aqui a gente ensina de um jeito, mas lá na rua quando pegam uma criança que a família não cuida, ensinam pai e mãe, aqui a gente ensina de um jeito, lá quando o pirralho é desobediente os outros espancam. Eu digo é melhor apanhar de mim do que do povo lá fora, porque do povo lá fora, quando chega lá fora ensina pai e mãe. Doutora, eu não espanco, eu vejo quando está errado, eu brigo, eu boto de castigo. (Aíra).

Aíra sempre trabalhou “desde menina, cuidando de pessoas e em casas de família”. Frisa que cuidou de uma tia doente, um idoso e uma pessoa com deficiência, e cuidava muito bem: “Eu dava os remédios, alimentava, banhava e fazia a limpeza da casa.” Parou de trabalhar depois do quarto filho. Garante, mais uma vez, que vai retornar quando realizar a laqueadura.

Diz que seus filhos sempre foram doentes, mas sempre cuidou “da forma que os médicos mandam”. Procurei informar-me sobre a amamentação de seus filhos, pois estava preocupada com os problemas abdominais de sua criança. Fato que depois foi importante para o estudo do cuidado de seu caçula que desnutriu, e a convite da equipe, participei desse cuidado.

Também nesse item seu discurso parece seguir o que ela pensa que eu queria ouvir. Pergunto se ela deu de mamar a todos. Ela diz que sim, que era uma “vaca leiteira”. Eu acompanhei seus três últimos filhos, incluindo o que desnutriu gravemente – que analisaremos neste trabalho –, e ela não amamentou nenhum. Pergunto qual foi o problema da bebezinha, a sétima, porque não amamentou. Ela informa que eu, ou o médico do posto, mandei dar mamadeira.

Inverto a pergunta, investigo se ela sabe por que o leite dessa vez foi pouco. Responde, o que me parece ser meio aliviada, que desde a maternidade, o leite era pouco – esquecendo completamente que acabara de me falar que tinha muito leite –, a enfermeira mandava amamentar, ela dava, mas a criança não se satisfazia.

Um comentário comum entre os profissionais de saúde, ao longo de minha vivência na ABS, é que as mães mentem em relação à amamentação para enganá-los. Junto desse quase ressentimento, muitas vezes manifesto como raiva, trazem explicações sobre o porquê da suposta mentira, por exemplo, a mãe não querer amamentar porque não quer ficar presa, ou porque tem preguiça, ou outros julgamentos morais.

Admitindo-se que as mães estão mentindo, na dimensão do cuidado que defendemos aqui, cabe a nós profissionais refletirmos que realidade e relações são essas, nas quais pessoas, plenas de direito de acesso ao cuidado, precisam mentir aos profissionais que estão lá para executar esse direito.

No meu cotidiano, é comum as mães afirmarem que amamentaram, e quando verificamos, fizeram por um ou dois meses. Aíra não é a única. Para os técnicos, o ato de amamentar se refere a dar exclusivamente o peito por, pelo menos, quatro meses, havendo, pois, uma discrepância de conceitos.

Na literatura científica, verifica-se que, no primeiro e no segundo mês de vida da criança, é quando podem surgir os grandes desafios do aleitamento materno. Por exemplo, o sofrimento causado pelo ingurgitamento mamário, as fissuras, as feridas, impaciência da mãe pelas dores e não conseguir dormir, choro excessivo da criança e complicações como o abcesso mamário. Todos esses problemas estão ligados à falta de apoio para a mãe aprender a ajudar o bebê a realizar a pega ao seio, bem como superar aquelas várias dificuldades ligadas à amamentação (KING, 2001).

Na amamentação, interferem fatores biológicos sociais, econômicos e culturais. O setor saúde, inclusive, historicamente, foi um dos vetores para seu desestímulo na sociedade. A importância da amamentação, atualmente, é irrefutável para promover a saúde do lactente e representa uma importante medida de saúde pública. Essa é uma concepção relativamente nova nos serviços de saúde. Até a década de 1990, resgatar a importância de amamentar foi uma luta contra-hegemônica na medicina. De forma que, atualmente, se fazem necessárias ações de promoção de saúde para mudar esse cenário, fazendo parte de programas e protocolos difundidos pela política nacional de saúde e internacionalmente pela OMS.

Não obstante esse momento histórico, no campo da saúde, uma vez tido como parâmetro de uma boa conduta para a produção da saúde da criança, atualmente, o ato de amamentar passou a ser naturalizado. Passando a ser associado a ser uma boa mãe, a uma qualidade da mulher, não se admite o legítimo desejo de não amamentar (BRECAILO; TAMANINI, 2016).

Com isso, quero salientar quanto é complexa a amamentação, e embora seja do conhecimento dos técnicos todas essas questões, o que parece preponderar é a naturalização da amamentação da mesma forma que a maternidade. Nenhum desses aspectos, mesmo conhecidos, parecem ser considerados quando realizam uma avaliação do que terão de apoiar a usuária para a amamentação. Espera-se que toda mulher seja mãe e consiga amamentar seus filhos (BRECAILO; TAMANINI, 2016), comportamentos desviantes são considerados negligentes ou irresponsáveis.

Na minha vivência, o que verifico é que as mães acusadas de mentir, quando afirmam que deram de mamar, referiam-se aos dois meses de início do aleitamento que comentamos. Momentos de muito conflito e dor para a mãe, e do ponto de vista dos manuais técnicos de aleitamento materno, deve ser apoiada em todas as dificuldades, tanto técnica como socialmente, para que o aleitamento tenha êxito (KING, 2001).

O discurso da mãe, que classificamos como mentiroso, pode ser mais bem compreendido com as proposições que Arfunch (2010) desenvolve sobre a narrativa da

experiência. Ela ressalta que a narrativa é mediada por sistemas simbólicos, ou seja, a realidade ou a vida que descrevemos e acreditamos ser conformada por meio das histórias que contam ou contamos. Portanto, narrar algo representa construir uma dimensão configurativa da experiência, produz uma forma, um sentido.

Representa uma relação possível entre o tempo do mundo da vida, o tempo do relato e o tempo da leitura. Aíra, na entrevista, diz ser uma “vaca leiteira”, referindo-se a um episódio em que o bebê estava internado e seus seios ficaram “pedrados de tanto leite”. A distância entre o fato, entre a vivência e o relato é irreduzível, não tem como coincidir; esse tempo, portanto, é uma produção humana. O relato dela pode ser interpretado como uma necessidade, uma compreensão ou uma mentira, mas essa leitura, da mesma forma, é mediada por sistemas simbólicos.

Arfunch (2010) deduz que nenhum relato é uma relação mimética de uma disposição de acontecimentos, não registra a ação humana, com suas lógicas, personagens, tensões e alternativas, mas se remete à forma como a vida está estruturada. O discurso de Aíra uma hora remete à sua dificuldade de cuidar, em outro momento, à descrença que tem nas formas que lhe são oferecidas, caminha entre o seu cotidiano como desejo de vida e os limites de vivê-los.

O diálogo entre usuários e profissionais não ocorre de forma isolada, também se relaciona com outros discursos enquanto se realiza. Nessa perspectiva, podemos dizer que Aíra não mente, ela se constrói na forma que acredita que admitimos a relação. Não são escolhas, são estratégias possíveis imanentes aos afetos do encontro, pois o discurso não é individual, é coletivo, então quem narra, embora seja uma questão importante para a análise, não o faz sozinho (ARFUNCH, 2010).

Entender a existência de vários pontos de vista ou compreensões diferentes é uma competência necessária para atuar em casos complexos como esse. Mol afirma que a realidade não é uma soma de pontos de vista, ela é múltipla, ou seja, pacientes e profissionais constroem o cuidado juntos (MOL, 2018). O ponto de vista que alguém sustenta, a forma como cada um lê a situação e as ações de Aíra – e podemos extrapolar para cada ação de cuidado onde temos de “julgar” ou interpretar a realidade – estão diretamente vinculados à sua posição no campo social, ao lugar de onde se fala, existindo diferentes possibilidades de compreender os discursos e as descrições da realidade (MOL, 2018).

Nessa direção, uma questão importante na relação de cuidado é a forma como o paciente entende o que é problema de saúde. Modelos antropológicos, como aprofundarei adiante, sugerem formas de entender os valores e costumes associados à saúde e à doença que fazem parte do complexo cultural das várias sociedades. Dessa forma, contribuem no sentido

de incluir a percepção do paciente na construção do cuidado. Esses modelos apontam para a necessidade de singularização de como são percebidos por quem os sofre. Percepção condicionada à sua subjetividade, mas também ao seu contexto. Outro aspecto é como se correlaciona essa percepção do indivíduo e sua cultura com a cultura biomédica ou dos profissionais.

Trago uma cena para exemplificar as possibilidades de entendimento de Aíra sobre o nosso discurso de risco e cuidados biomédicos. Enquanto conversávamos, uma das crianças fica brincando com os remédios. Mais uma vez, entra a médica em mim e peço para que Aíra guarde os medicamentos em um lugar onde as crianças não possam pegar. Explico, meio me desculpando, que muitas crianças chegam ao hospital por terem tomado remédio por brincadeira.

Ela responde que suas crianças não mexem nos medicamentos. Mais tarde, ainda na entrevista, uma das filhas trouxe o xarope de Paracetamol, pedindo para tomar, e ela deu. Novamente intervi, ela explicou que dava o remédio porque ela era “biqueira”. Expliquei que ele não tem vitamina e sua indicação terapêutica. Ela pareceu não ligar. Da mesma forma, ao sugerir que ela podia fazer um lambedor para a tosse da criança, ela informa que não sabe, mas vai pedir à mãe para fazer; em seguida, começa a elogiar o xarope da farmácia.

Sutilmente, confronta meu discurso com sua forma de ver. É o que parece fazer em vários momentos, como nesse episódio do remédio, ao mostrar o lado ruim da creche ou quando se refere aos medicamentos para evitar filho. Como já ressalttei, não podemos perder de vista que ela me vê, e eu, muitas vezes, impensadamente, coloco-me como a “doutora” do posto, o que implica no sujeito que ela se constrói para mim e na relação que deseja construir.

Esperar que um remédio solucionasse o problema de ser “biqueira” ou um déficit alimentar é uma noção hegemônica. Discuti, no capítulo anterior, sobre um dos aspectos da medicalização, no qual o medicamento vem assumindo a função social de sanativo para questões não biológicas. É recorrente em meu cotidiano – tanto por parte de profissionais como de usuários – ofertar medicamentos para vermes e vitaminas para dificuldade de alimentar a criança, problema complexo e quase nunca decorrente de fatores biológicos (DANIEL; CRAVO, 1989).

Em outros momentos, a interpretação que faz do discurso técnico assume outras dimensões, como se ele não se adaptasse ou não fosse útil ao seu cuidado de si. Um exemplo é a sua postura diante da dificuldade de uma das suas crianças para falar. Uma das críticas a Aíra é não o levar para tratamento com a fonoaudiologia, para o qual já foi encaminhada diversas vezes. Mais uma vez, a perspectiva da família não integra os processos de

compreensão e ação dos profissionais: ela não vai para a cozinha comunitária, que é no bairro, apesar de longe umas quinze quadras ou mais de sua casa, sabendo-se de sua precária condição financeira. Talvez seja demais esperar que realize o tratamento fonoaudiológico, longe de casa, que precisa ser sustentado por vários meses ou anos. Além disso, para ela, a dificuldade de seu filho é semelhante à da irmã encostada a ele. Informa que tinha o mesmo problema e, atualmente, “fala pelos cotovelos”. Nesse momento da entrevista, em que pergunto sobre a dificuldade do filho para falar, ela acrescenta, espontaneamente, a sua dificuldade de cuidar das crianças:

Ave Maria, eu tomo o maior cuidado. Qualquer coisa que queiram fazer com ele, eu e minha mãe aqui, a gente toma a frente. Olhe aqui, doutora! Sou bem sincera, positiva e realista, não vou mentir, é só eu e minha mãe, meu marido não ajuda muito. Veja quantas vezes os acadêmicos chegaram aqui e viram meu marido!?

Ela vai mostrando sua forma de ver o problema e seu contexto de vida. Além de explicitar seu contexto e dificuldades, ela, em vários momentos, demonstra seu olhar crítico sobre os procedimentos prescritos pelos protocolos médicos ou acusa a falha na assistência do posto em não prover os insumos de que necessita.

Outro aspecto a ser considerado é o significado da noção de risco vinculado aos procedimentos biomédicos atuais e como podem ser assimilados por pessoas no contexto de Aíra. O risco está relacionado com um tempo longitudinal e presumível, e o tempo para essa população está vinculado à sobrevivência, é o agora. Não se planeja, na verdade, não se pode contar com o futuro, pois as ações que se vinculam à produção de capital social e ao acúmulo de produção não têm o mesmo efeito que o acessível às classes média e rica. Todo o esforço do trabalho é suficiente para a sobrevivência em curto prazo (KERSTENETZKY, 2011; LAVALLE 2003; TELLES, 1993; ZALUAR, 1985).

Todos compreendemos, no Ocidente, que diante de um problema de saúde, é responsabilidade do indivíduo ir buscar ajuda e seguir o tratamento prescrito. Em uma era onde todos acreditam que a medicina tem uma resposta e um medicamento para tudo, que todos devem cuidar-se antes de o mal acontecer (CAMARGO JR, 2005a; PERRUSI, 2015, ROSE, 2013), pode parecer inconcebível aceitar suas explicações, estando em risco a saúde e o futuro dos filhos.

Atualmente, cuidar de si significa consumir exames de forma periódica de modo a calcular riscos de vir a morrer ou de adoecer, ou ainda para perscrutar doenças ocultas, ainda não manifestadas. Modos de vida saudáveis são prescritos, embora menos aceitos que o

consumo desses procedimentos. Há também os medicamentos e procedimentos para vitalização e potência. A busca de realizar exames, como forma de cuidar da saúde, representa uma demanda importante no cotidiano das USF. Não se enquadrar nesse comportamento é visto como desleixo, como irresponsabilidade (ROSE, 2013), forma como muitos profissionais se referem a Aíra, como descreverei.

Bauman (1998b) sustenta que, na sociedade pós-moderna e de consumo a responsabilidade individual é distribuída igualmente entre todos. No entanto, os meios individualmente possuídos para agir de acordo com essa responsabilidade são atribuídos de forma desigual para os sujeitos. Dessa forma, diferenciam-se os limites de escolhas dos indivíduos e o estoque de recursos necessários para instrumentalizar as decisões.

Nessa direção, o sentido da noção de risco na saúde, que já se incorporou ao senso comum contemporâneo e orienta as ações de cuidado com as crianças, os estilos de vida e os procedimentos médicos. Embora para alguns profissionais de saúde essa concepção seja a única concebível, ela ainda não se distribui de forma tão homogênea na população. Na verdade, trata-se de uma noção relativamente recente (ROSE, 2013).

No início do PSF, nos idos de 1990, a vacinação, por exemplo, não era considerada como fundamental pelo senso comum. Parte da responsabilidade das equipes de saúde era ter de ir até as famílias para convencê-las a vacinar. Hoje, as mães brigam quando faltam as vacinas, mas isso não consegue chegar de forma hegemônica a todos os indivíduos. Outras formas de existir e cuidar ficam cada vez mais distantes da memória social, mas conhecê-las e estudá-las possibilita compreender e ultrapassar essas fronteiras culturais sobre o que sejam saúde/doença e estratégias de enfrentá-las. Dessa forma é possível pensar em um agir não disciplinar, um cuidado que admite outras formas de existir, por isso mesmo, capaz de inventar outras.

Uma questão importante sobre a forma como Aíra cuida diz respeito às suas estratégias de sobrevivência ao longo da vida. Sempre que ela está descrevendo como cuida, associa a ajuda de um alguém que ela buscou. Por exemplo, falando da desnutrição e da constipação da sétima filha, ela diz como seu pai a ajuda: “Trouxe mistura, trouxe bolachas, eu pedi o dinheiro do gás, e ele me deu.” Completou: “Eu batalho, eu vou atrás [...]”

Sua principal estratégia de cuidar relaciona-se com buscar ajuda em seus laços privados, ela quase não lança mão de vínculos formais com instituições. Recentemente, segundo a Profissional 2, ela esteve ameaçada de perder o Bolsa Família porque não queria ir atrás dos documentos.

Esse padrão de ter a família extensa como modelo de proteção social é descrito na literatura científica como cultura política em nosso país e em toda a América Latina. Os laços de família e de amizade são vistos como a principal estratégia de sobrevivência; especialmente para a população que não tem incorporada a concepção de pessoa de direito, cujas necessidades de seguridade podem e devem ser acessadas por via pública (SARTI, 1995; TELLES, 1993). Telles (1993) afirma que não ocorre necessariamente como traço cultural/natural, mas porque, historicamente, foi um recurso estratégico de sobrevivência diante das enormes desigualdades sociais e uma destituição quase absoluta da população de bens básicos de sobrevivência.

Embora nos últimos doze anos tenhamos avançado em relação às políticas públicas de seguridade e tentativas de redução de desigualdades, isso representa muito pouco tempo para que pudesse haver a corporificação da noção de acesso aos direitos por via pública (CRONEMBERGER; TEIXEIRA, 2015). Não temos ainda uma geração sequer que tenha vivenciado o conjunto dessas políticas, e elas já foram propostas vencidas na última eleição presidencial.

Na história de vida de Aíra, sempre tem um terceiro que a ajuda a sobreviver. Seu comportamento, e de tantas Aíras em nosso país, está em conformidade com esse senso comum, um desdobramento de não ter incorporado uma gramática de direitos, incluindo a possibilidade de constituição de um sentido de dignidade que está bloqueada na esfera pública (TELLES, 1993). Ela repete várias vezes que se dava bem com as patroas que teve, e sempre a ajudaram muito. Aíra conseguiu listar como pontos de apoio social a madrinha de seu filho, que é profissional na USF, sua mãe, seu marido, a pastora da igreja que ela costumava frequentar, suas tias e dois irmãos por parte de pai. Em relação aos vizinhos, relata que não tem muito contato com eles para evitar fofocas, que falem dela. Todas essas pessoas contribuíram e contribuem de alguma forma para o bem-estar de Aíra e sua família, e não são poucos os relatos de doações de cesta básica, gás de cozinha e ajuda financeira.

Sobre o óbito de seu filho, não comentou outra questão que não o fato em si do seu falecimento e como faleceu. Mesmo quando eu pergunto se ela achava que ele tinha algum problema de saúde, ela apenas responde:

Eu cuidava direitinho, como ele era pequenininho, só que nesse dia ele comeu... aqui (se referindo ao quintal) nesse tempo era aberto, eu acho que ele morreu doutora porque assim: ele brincando, eu fazendo as coisas, e minha menina deixou ele ali atrás, aqui nesse tempo era aberto, a gente varria, passava vários bichos, de cinco horas da manhã os meninos estavam na minha porta pedindo café, açúcar, parecia uma bodega. Aí ele tinha comido bosta de gato. A minha menina deixou ele lá atrás

e não viu, lavou a boca dele, lavou as mãos, mas eu acho que o que fez morrer foi isso, porque minha menina deixou ele brincando, e chegou lá ele comeu. Não é descuido não, porque a senhora vê, eu posso ter minhas dificuldades, vou no posto, eu vou atrás, eu cuido dele, posso ter minhas dificuldades, mas eu batalho eu vou atrás, esse mês mesmo eu falei com meu pai; meu pai veio, me deu o gás, meu gás tinha faltado.

Sobre a perda da criança, ela diz:

Foi muito ruim, viu. Eu chorei tanto, chorei tanto, chorei tanto. Ah, meu Deus! Quando eu cheguei em casa, como eu chorei! Para mim, foi ruim. Ainda hoje é ruim, não gosto muito de falar não, às vezes ainda dá vontade de chorar. Eu ainda fico com a coisa. Por mim, eu não perdia nenhum; eu tomo cuidado porque, querendo ou não, é um pedaço da gente, a gente passa nove meses na barriga, a gente cria, pode ter a maior dificuldade, mas tem carinho, tem amor. Ave Maria! Eu tenho o maior cuidado com a minha filha. Posso ter a maior dificuldade, mas eu tenho o maior cuidado, eu crio do jeito que eu crio.

Mais um recado para nós? Agora, ouvindo a gravação, parece-me que hesitou em falar do episódio, nunca tinha ouvido falar dessa versão. A versão do posto é que ela deu remédio vencido à criança com preguiça de trazer ao médico. Para a biomedicina, era uma morte evitável, o registro é que ela morreu de pneumonia. Aíra descreve a sua dificuldade de cuidar e a forma que acredita ser a correta. Essas questões não são substâncias incluídas para pensar no processo de cuidado, embora o sejam para justificar o óbito. Esse é um evento não esperado, representa um indicador de risco mundial. Como comentei acima, nessa concepção de risco, busca-se a culpa, pois não se admite o fracasso diante do que a biomedicina tem como evitável e controlável. Dessa forma, seu contexto, sua forma de perceber o problema e como cuida são elementos atribuídos como causa do óbito, dissecando-se de toda sua complexa realidade.

A relação social construída no trabalho de assistência é permeada pela forma como o indivíduo pobre é percebido, bem como o lugar que ele ocupa na sociedade, ambos mediados pela visão geral de sua classe a partir das classes hegemônicas. Para a sociedade, a pobreza é uma classe passiva, consequência de sua condição nas relações sociais, “constrangida a formar sua subjetividade a partir da objetivação que lhe é atribuída pelo ‘outro’, na luta política” (IVO, 2008, p. 177). Esse encontro dos profissionais de saúde com a população pobre, que demanda assistência, não deixa de ser atravessado pelas possíveis visões do que é a pobreza e quem é o pobre. Questão que aprofundarei adiante sobre o estranhamento da equipe diante da fome.

Souza (2004) argumenta que existe em nosso meio uma crença na existência de uma cultura da pobreza como causa do próprio pauperismo e de suas consequências. As condições

em que a pessoa vive não são entendidas como contexto social e econômico, mas resultado da sua forma de ser. Como disse, as causas do óbito da criança de Aíra são avaliadas como resultante de sua ação, não são complexificadas em relação ao seu contexto. Para o autor, um pensamento reproduzido no senso comum, mas também fomentada por parte de uma elite acadêmica, brasileira e da América Latina. Os pobres são vistos como imediatistas, desagregados, apáticos e por não possuírem uma consciência de classe.

Zaluar (1985), da mesma forma se contrapondo à existência dessa cultura, argumenta que a pobreza tem diferentes significados e é vivenciada de diversas formas, mesmo existindo os dados estatísticos que constroem características objetivas, usadas como cortes para as políticas públicas; por exemplo, lares chefiados por mulheres, nível de renda, etc. Ela ressalta que a pobreza e tudo que a qualifica é sempre um conceito relativo e seus efeitos são resultantes da desigualdade social. Encontra em seu estudo uma variedade de possibilidades de como os pobres se enxergam e enfrentam o lugar em que foram objetivados:

Como categoria de autoidentificação, não há dúvida de que ‘trabalhador pobre’ toma como referência certa homogeneidade nas condições de vida. Aqueles que se identificam enquanto trabalhadores pobres e se reconhecem, segundo certos símbolos, como um igual entre vizinhos, parentes, colegas e conhecidos, referem-se justamente a essa homogeneidade social demarcada pelos limites da renda, criada na convivência nos bairros pobres, reinventada nos diferentes arranjos que as várias tradições e opções culturais permitem e das quais parecem valer-se sem preocupações com a ortodoxia ou com escolhas definidas. (ZALUAR, 1985, p. 34).

Caracterizar, por exemplo, uma família como desestruturada, questão central na análise do cuidado que vivenciamos em campo, pode relacionar-se com essa objetivação, pode representar apenas a estranheza em perceber uma família com hábitos diferentes dos de quem avalia ou da sociedade em questão.

Segundo Telles (1993, n. p.), essa situação é perpetuada pela noção de que a pobreza é algo natural um “efeito indesejado de uma história sem autores e sem responsabilidades”. Uma fatalidade que permanece mesmo que tenhamos mudado estruturalmente o mercado, nós nos industrializamos e nos tornamos a oitava economia do mundo, enquanto brasileiros passam fome, não porque não produzimos o suficiente, mas por admitirmos uma extrema concentração de riqueza para poucos, enquanto a maioria não tem acesso a questões de sobrevivência básica (CASTRO, 1984; SOUZA, 2003b). A pobreza é, portanto, como afirma Telles (1993), uma situação que diz respeito aos nossos padrões de relação social:

Diz algo de uma sociedade em que vigoram as regras culturais de uma tradição hierárquica, plasmadas em um padrão de sociabilidade que obsta a construção de um princípio de reciprocidade que confira ao outro o estatuto de sujeito de interesses

válidos e direitos legítimos. Essa é a matriz da incivilidade que atravessa de ponta a ponta a vida social. (TELLES, 1993, n. p.).

Essa visão da existência de uma cultura da pobreza consegue naturalizar formas possíveis de existir diante da privação de condições de sobrevivência absoluta ou relativa, como se fosse determinante da situação, ocultando as relações de exclusão dos processos de produção e de acesso aos bens sociais. Políticas públicas focalizadas, visando à assistência paliativa e não distributiva, acabam por sustentar essa exclusão dos direitos sociais e impede seu reconhecimento como direito civil (LAVALLE, 2003; TELLES, 1993). Ver o outro como negligente, preguiçoso, a causa de seus problemas pode articular-se com essa visão que naturaliza as desigualdades sociais, justificando políticas que remedeiam a situação como necessárias a uma realidade vista como inevitável. Tema que também retomarei na seção 3.3.1 sobre o estranhamento da fome.

A pobreza apresenta múltiplas formas em que intervêm aspectos simbólicos, políticos, sociais e econômicos. Sua conceituação não pode restringir-se ao aspecto da renda (TELLES, 1993). Da mesma forma, Lavinias (2002) afirma que, para informar sobre a pobreza, é mais abrangente o termo exclusão do que déficit de renda ou carência. Para ela, o termo amplia o debate do lugar da noção de deficiência de necessidades básicas para a equidade, alteridade e pertencimento, uma vez que se apoia no reconhecimento das desigualdades como socialmente produzidas.

Atualmente, a pobreza vem sendo classificada pelos órgãos de políticas públicas em relação à estrutura social de um país. Ela é classificada como absoluta no que concerne a parâmetros de sobrevivência física, condicionada à inexistência de condições de conseguir o mínimo vital para sobreviver. A pobreza é classificada como relativa quando se definem necessidades a serem satisfeitas em função do modo de vida predominante em uma sociedade, noção que evidencia as desigualdades de meios entre seus indivíduos (ROCHA, 2013).

A pobreza absoluta é medida por um critério de renda monetária, fixada previamente, a chamada linha de pobreza. Nessa classificação estão inclusos aqueles que não têm o suficiente para bancar o custo para o atendimento das necessidades mais básicas de existência. O Banco Mundial define essa linha como abaixo de cinco dólares *per capita* por dia (PNAD..., 2018).

Essa abordagem relaciona-se com a “subsistência”. A noção visa delimitar aquelas pessoas que não conseguem alimentar-se. O Bolsa Família é um dos exemplos dessa abordagem, pois se constitui em um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza (têm renda mensal entre R\$

89,01 e R\$ 178,00 por pessoa) ou extrema pobreza – têm renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2019). Esse programa é parte do Programa Fome Zero, visando à reprodução vital de seus beneficiários.

Outra abordagem é a fundamentada nas necessidades básicas, que vê a pobreza como a falta de acesso ao que seria considerado básico para uma vida digna. Por último, a compreendida como a privação das capacidades básicas. Essa última noção aprofundada pelo economista Amartya Sen (2010a), nessa abordagem, introduz a noção de falta de liberdade como definidor de pobreza. A noção de capacidade não está atrelada à ideia individualista de competência, mas de acesso à sua possibilidade, acesso aos meios para decidir e escolher modos de vida (SEN, 2010a).

Essa noção mantém a associação com noção de renda ou a falta desta, pois a ausência de recursos impede o desenvolvimento de capacidades. Associa-se também à ausência de oportunidade e escolhas, consideradas essenciais para se ter uma existência saudável, criativa, com dignidade e respeito pelos outros (SEN, 2010a).

A forma como a pobreza é compreendida produz diferentes formas de abordá-la; igualmente, que relações são produzidas com os indivíduos pobres a partir daí. As políticas sociais construídas em uma abordagem de subsistência constroem uma categoria que estigmatiza. Como discutimos acima, consequência de políticas focalizadas que, ao contrário das universalistas, constrói um critério de igualdade de vida digna para todos.

Remete-nos a problematizar como as pessoas percebem e valoram uns aos outros julgando quem é ou não reconhecido como cidadão digno (BOURDIEU, 2007; SOUZA, 2004), sendo essa uma questão importante para a compreensão da relação entre o cuidado na saúde e a cidadania. Embora o SUS seja uma política social proposta como universal, na prática, vem sendo desenvolvida como uma política focal, majoritariamente desenvolvida para as populações pobres (SANTOS, 2016).

3.3 Aíra: de mãe negligente a alguém que necessita e tem direito ao cuidado

A oitava filha de Aíra ficou gravemente desnutrida aos 2 meses de idade. Ela nasceu com baixo peso. Quando Aíra procurou a USF para realizar o pré-natal, já tinha mais de seis meses de gravidez, e poucos dos exames solicitados foram realizados segundo um profissional da equipe.

Após o nascimento, ficou sete dias internada e até hoje a equipe não sabe a causa. Aíra informa que ela teve infecção. Na proposta de assistência em rede do Ministério da Saúde, a maternidade deveria comunicar à equipe de saúde da ESF, responsável pelo paciente, o diagnóstico e a evolução durante o tempo que o paciente esteve no hospital como já foi comentado. É o chamado sistema de referência, quando a atenção básica encaminha; e contrarreferência quando o nível de média ou alta complexidade encaminha ou devolve o usuário para o cuidado continuado na atenção básica. Isso raramente é realizado; quando muito, liberam um resumo da alta hospitalar, que não sabemos de que forma é entregue ao paciente, de modo que, raramente, temos, na ABS, a oportunidade de receber o paciente.

O médico da equipe me convida para avaliar a criança. Ele informa que o recém-nascido de Aíra chegou do hospital com 2.200 gramas, o mesmo peso que nasceu, estava clinicamente bem e foi orientado o aleitamento materno. Uma semana depois, ela retorna para o acompanhamento, a criança não estava ganhando peso satisfatoriamente, e Aíra traz para a consulta uma lata de leite artificial maternizado, solicitando orientação de como usar. Esses leites são os mais adequados para substituição do leite materno, mas o preço é muito superior a outros leites em pó disponíveis no mercado. Vou chamar aqui de leite “Caro”.¹⁶ Ao questionar como Aíra conseguiria comprar o leite, ela informou que o marido e a mãe forneceriam.

O médico relata que, na consulta, verificou a dificuldade da criança em mamar e que ganhou pouco peso. Retruquei que estava surpresa por Aíra estar conseguindo dar de mamar diante de tudo que eu já vivenciara com ela e das condições em que vive. Ele respondeu que ela estava mudando de comportamento.

Na consulta, ele orientou reforçar o aleitamento materno, orientou novamente a pega e prescreveu a complementação com o leite “Caro”. A equipe solicitou acompanhamento de estudantes do MHA1,¹⁷ que juntos com o interno realizaram visita domiciliar para ver as dificuldades da mãe em seguir os cuidados prescritos. Ele relata que a criança voltou a ganhar peso de forma satisfatória, por uma semana, depois estacionou; em seguida, perdeu 200 gramas, estando pouco acima do peso com que nasceu. Não havia queixas clínicas e a criança estava normal ao exame físico. Foi o momento que ele pediu para compartilhar o cuidado da criança.

¹⁶ No momento que escrevo, uma lata de 400 gramas custa entre 28 e 32 reais, enquanto o leite que Aíra costuma comprar para suas crianças, 400 gramas custam 8 reais. Um lactente toma em média 4 latas por semana. Lembrando que Aíra tinha duas crianças menores de dois anos em casa, que deveriam tomar leite.

¹⁷ Nesse momento outro professor. Eu estava afastada para o doutorado, examinei a criança e provoquei a reunião como parte desta pesquisa.

Realizei a consulta de Aíra e de sua filha. Fui acompanhada pela Profissional 1, o médico de referência não pôde estar conosco. Minha avaliação clínica foi a mesma dele: a criança estava bem clinicamente, apesar de gravemente desnutrida, já no grau III, marasmático. Não havia outro problema identificável no exame.

Do ponto de vista do risco, temos uma criança com alto potencial de vir a morrer em consequência de complicações do seu estado orgânico. A desnutrição energética/proteica é compreendida pela biomedicina como uma síndrome de carência de nutrientes que se manifesta por características clínicas, antropométricas e metabólicas. Estas variam de intensidade e gravidade em função do tipo e da duração da deficiência alimentar, da fase do ciclo de vida (fetal, lactente, infância, etc.). A desnutrição é verificada por meio de indicadores antropométricos: peso/idade, peso/altura, altura/idade. Por esses indicadores, a desnutrição classifica-se em aguda ou crônica e estágio I (leve), II (moderado) ou III (grave) (AERTS; GIUGLIANI, 2006; BRASIL, 2005; MURAHOVSKI; SILVA; LEITE, 2006).

As características clínicas da filha de Aíra, conforme já referido, sugeriam a desnutrição de grau III, classificada, segundo o tipo de deficiência alimentar, como marasmática, aquela em que é secundária a carência predominantemente de nutrientes energéticos. Significa que a criança estava tendo acesso à proteína, mas não aos carboidratos, o que pode significar que Aíra realmente estava dando o leite materno, mas certamente não havia quantidade suficiente. Outro tipo de desnutrição, considerada mais grave, a Kwashiorkor, em que há carência energética (carboidratos) e proteica (MURAHOVSKI; SILVA; LEITE, 2006).

Enquanto eu avaliava a criança, percebi que Aíra não compartilhava do entendimento de que a criança não estava bem: “Meus meninos sempre foram magrinhos, depois eles tomam corpo.” (Diário de campo). O mesmo ocorreu com seu filho que tinha problemas respiratórios; por mais que explicasse que ele provavelmente tinha uma patologia que inflamava o pulmão, ela respondia que os filhos dela sempre foram “encatarrados”, viviam gripados.

Para ela, a criança estava “esperta e até sorria”, informa: “Ela já esteve bem mais fraquinha.” Eu e a profissional que me acompanhava concordamos com ela, mas tentamos demonstrar por que achávamos que a sua criança estava muito desnutrida, e isso era muito perigoso. Mostramos sua pele enrugada, a bochecha caída, a ausência de “bumbum”. A profissional que avaliava comigo comenta com ela: “Bebê tem que ter bumbum, Aíra.”

O cuidado, no que concerne à sobrevivência humana, é ao mesmo tempo uma prática individual e construído coletivamente. Por exemplo, diferentemente de outros mamíferos, não

nascemos já sabendo mamar, tampouco as mulheres sabem dar de mamar ou alimentar sua criança naturalmente. Como já discutimos, não é apenas uma tarefa biológica necessária à sobrevivência, cuidar é uma ação social complexa; seu processo de socialização sucede em uma transmissão principalmente vivencial e necessita de interações prolongadas.

Nesse processo, como já me referi, estão as percepções sobre o que seja saúde e doença. A antropologia constrói ferramentas e modelos que ajudam a entender a forma como o paciente vê e enfrenta o problema, que não pode ser a mesma que o dos profissionais da saúde, já que não se baseiam nas disciplinas que compõem o saber biomédico. Aíra, durante a consulta comigo e a Profissional 1, não enxergava doença na filha, explicando que seus filhos costumavam ser magrinhos quando bebês. Da mesma forma, interpreta a dificuldade do outro filho em falar.

Realmente do ponto de vista clínico, o olhar da mãe estava correto, a criança ainda estava ativa e sorrindo, choro forte, seu mal era fome. Classificar de desnutrição, medir seus riscos, pertence à cultura biomédica.

As definições e justificativas da biomedicina podem ser diferentes ou não estar acessíveis a quem vive o problema (HELMAN, 2003; SANTOS *et al.*, 2012). Cada sociedade e seus grupos constroem conceitos e significados para a saúde e a doença, incluindo formas com que as pessoas são reconhecidas como doentes, o modo como apresentam a doença aos outros, os atributos daqueles a quem a doença é apresentada, e as formas com que a doença é tratada. As concepções e racionalidades acerca das doenças são construídas baseadas nas experiências vividas e no contexto cultural.

Dessa forma, a interpretação do que está acontecendo, da apreensão da magreza da criança como uma doença, é social e vivencialmente construída. Nesta direção, Calvasina *et al.* (2007), mediante narrativas de gestantes, desvelam as impressões maternas em relação à desnutrição infantil. Encontram a categoria “fraqueza de nascença” definidas por três diferentes etnoetologias para o problema: “Herança biológica da carência nutricional da mãe, a ‘impressão’ direta de acontecimentos, desejos e sofrimentos experienciados pela gestante no feto, e a combinação dessas duas formas na mesma gestação.” (CAVALSINA *et al.*, 2007, p. 373).

Ao problematizar essas concepções, concluem que, naquele contexto, se constroem socialmente explicações para o problema que, ao contrário da ideia hegemônica de risco, implica uma cadeia de fatores que quase sempre estão fora do controle e do comportamento da mãe:

Finalmente, os resultados provocam uma reflexão teórica sobre a comunicação clínica culpabilizadora. Embora as etnoetologias de fraqueza de nascença, no Nordeste brasileiro, priorizem o elo mãe-feto na sua gênese, jamais implica ou responsabiliza a gestante como a causadora da doença. Na concepção popular, são forças e experiências na vida cotidiana que ‘infligem’, ‘afetam’, ‘atingem’, ‘coisam’, ‘marcam’, ‘passam’ e ‘imprimem’ no corpo frágil do feto, independente da vontade da mãe. Ela acaba sendo a receptora passiva de influências danosas, sob as quais tem pouco (ou nenhum) poder para modificar. (CAVALSINA et al., 2007, p. 377).

Visão ainda distante da ideia do controle do risco da modernidade, mas as definições populares sobre doenças comuns na infância não só guardam relação com a realidade em que vivem, elas também fazem interface com a biomedicina. Evidência estudada por Nations (2009) ao pesquisar sobre a categoria “doença de criança” usada por famílias nordestinas. Explica que corresponde a uma entidade bem definida – no sentido de sintomas e formas de enfrentamento –, que coincide com a diarreia crônica ou persistente, mas os médicos do local do estudo desconsideravam, classificando como um conhecimento limitado ou falta de informação a respeito da doença:

[...] nossa pesquisa antropológica refuta a assertiva de que a doença de criança represente mera ‘falta de informação’ ou seja uma exótica síndrome vinculada à cultura, sem nenhuma ligação com a biomedicina. A doença de criança exhibe paralelos notáveis com a diarreia persistente. (NATIONS, 2009, p. 112).

Vasconcelos (2010) enfatiza que um dos significados do conceito de saúde, principalmente em trabalhadores, é “dá para o gasto”. O autor descreve o cuidado de uma criança com áscaris e anemia, cuja família retrucava que a criança estava bem porque brincava e sorria. O cuidado dos profissionais não incluía essa informação. Mesmo depois de a criança ser internada em um hospital por apresentar complicação de obstrução intestinal por áscaris, nem a família nem os profissionais de saúde trocaram de percepção.

Enquanto eu examino a criança de Aíra, afirmo que ela não tinha condições de estar dando o leite “Caro” para a criança. Tínhamos de encontrar a causa da desnutrição; se não fosse a falta do alimento, teríamos de pensar em outra condição subjacente, por exemplo, uma patologia. Faço isso por mais de uma vez, o que pode parecer violento, mas tentava mostrar que eu compreendia sua dificuldade, eu não a estava julgando. Mesmo assim, ela esconde que não está conseguindo dar o leite “Caro”. Durante a consulta, ela retira a mamadeira para dar a criança e ao observar a cor dela, percebo que seu conteúdo era apenas farinha com açúcar. Se não fosse isso, continuaríamos pesquisando o que poderia estar causando a desnutrição.

Aíra me explica que estava comprando, mas o leite havia acabado, e o marido ainda iria trazer. Pela primeira vez, em todos os encontros que tive com Aíra, ela se apresentou com um comportamento que interpretei como envergonhada. Perguntei com que leite ela criou as outras crianças, e acordamos que ela poderia usá-lo.

Após essa consulta, o médico de referência organizou uma reunião para montar uma estratégia de cuidado a pedido meu. Minha intenção era não mais discutir como ou por que ela chegou àquela situação, mas o que fazer. Infelizmente, só compareceram os internos da UFPB – eram obrigados a estar lá –, outro professor da UFPB e o médico. Os outros profissionais não compareceram, não busquei saber por que, achei que poderia ser interpretado como cobrança.

Aíra parece que tentou seguir a prescrição da equipe, pela primeira vez em três anos de acompanhamento dessa família. Ela se mostrou preocupada em ser a mãe que se esperava dela: ela tentou dar o leite materno; não conseguindo, restringiu-se a dar o leite maternizado, o qual não conseguia comprar na quantidade suficiente que a criança necessitava. Correlaciono sua mudança ao vínculo construído com a equipe. Durante a entrevista, ela me explica que o médico de referência entendia a dificuldade dela para chegar cedo ao posto. As relações de confiança são baseadas em um jogo de busca de reciprocidade (BOLTANSKI, 2000; HONNET, 2009).

Como já discuti acima, é comum em meu cotidiano com as equipes de saúde interpretar o fato de Aíra ocultar a mamadeira com massa e açúcar como uma mentira. Uma profissional, ao comentar comigo a versão dela sobre a morte de sua criança por ter comido fezes de gato, diz que ela mente de forma taxativa, esclarece que ela deu medicamento vencido à criança com preguiça de levá-la ao posto conforme já referido.

Quando entrevistei Aíra e em nossos vários encontros, registro que seu discurso é costurado de uma forma não linear, os problemas são apresentados com dimensões diferentes – o marido ajuda e não ajuda; o problema de fala do filho é grave e não é; ela cuida, mas não o leva para o tratamento; ela diz ou admite passar necessidade, mas não se submete às regras da cozinha comunitária.

Discurso em que, ao ser analisado de forma linear pela equipe de saúde, se conclui que ora ela mente, ora diz a verdade. Estava-se sempre a escrutinar qual a sua intenção, a desconfiar da forma como ela explica as coisas. Relendo o relato dela na entrevista, vou percebendo que ela reage aos meus vários olhares. Ela vai constituindo-se para mim e comigo. São versões apresentadas diante de questões estratégicas de enfrentamento de seus problemas.

Bakhtin (*apud* ARFUNCH, 2010) sugere que uma forma de interpretar o discurso é entender que a fala é ação e a linguagem sua forma de se expressar, logo o discurso produz realidades e representa estratégias de enfrentamento; o outro se constitui e nos constitui no diálogo. Dessa forma, interpretar as contradições de seu discurso como intenção de mentir é uma das interações possíveis, mas foi constatado que não é útil para o cuidado. Quando fazemos isso, apenas estamos emitindo um julgamento moral, esquecemos que o outro se constitui em seu discurso reagindo a nós ou ao seu contexto. Outra interpretação seria compreender as flutuações do seu discurso como estratégias de reação ao nosso (profissionais de saúde) próprio discurso, ressaltando que em nossa relação está implícita uma relação de poder.

3.3.1 O estranhamento do problema da fome

Como vimos, a equipe de saúde inicia o cuidado da filha de Aíra orientando o aleitamento materno e depois a complementação com o leite maternizado. É a própria Aíra que traz o leite com a criança para a consulta, solicitando informação de como proceder. Não é apenas uma conduta correta tecnicamente; a forma como os profissionais a fizeram é completamente diferente do que costumo verificar no cotidiano dos serviços de saúde que acompanho quando pautados na prescrição de condutas. Nesse caso, não se restringiram à prescrição, o peso da criança foi acompanhado, modificaram o fluxo da agenda para a família, escutaram suas queixas, fizeram visitas domiciliares. Não estamos falando de profissionais que prescreveram o leite “Caro” do alto de um consultório e longe de ver as condições de renda e de ambiente da família.

No entanto, podemos dizer que todo esse trabalho primoroso se direcionou para cuidar da patologia desnutrição, além disso, toda a prescrição não considerou o sujeito Aíra, sua família e rede social, muito menos seus saberes e estratégias de vida.

Como aprofundi no capítulo 1, a biomedicina não dá suporte para a compreensão da fome, ela não pertence a esse campo de explicação (CAMARGO JR, 2005a; CAPRA, 1999; LUZ, 1988; MORIN, 2005), mas a clínica fornece o encontro entre ela, o paciente e nossa classificação nosológica, a desnutrição. Em nenhum momento das vivências de cuidado, a palavra fome foi mencionada, exceto quando Aíra foi vista em um bar tomando cerveja. A palavra, então, é trazida para produzir um olhar depreciativo sobre ela, acusada de não precisar de ajuda como veremos adiante. A pobreza e suas consequências não foram vinculadas à necessidade de cuidado da família de Aíra.

A noção sobre o pobre articula-se historicamente com a de cidadania, especialmente no que concerne aos direitos sociais. A categoria “pobre” e os critérios para sua objetivação assentaram-se no fim do século XIX, na Inglaterra, com a Lei dos Pobres de 1601 (ZALUAR, 1985). Esse período corresponde ao crescimento das populações nas grandes cidades, formadas, na maioria, por pessoas provindas do campo, em razão das mudanças das relações de produção com a terra ou atraídas por seu crescimento mercantil e fabril. Essa população passa a viver de forma precária, sendo enxergada como ameaça, seja pela reivindicação de sobrevivência, seja por serem culpabilizadas pelas pestes e pelo crime. Surgem as políticas públicas para intervir nesta nova ordem social, com o objetivo de regular as disputas por moradia, pelo trabalho e pelas formas de produção (IVO, 2008).

Até então, essa população era útil ao sistema de produção e vista como objeto de compaixão, pois se articulava com merecimentos da fé cristã. Não obstante, a busca de diferenciação entre pobres e trabalhadores, sendo a pobreza associada a valores desprestigiados socialmente, é de longa data. Marx, segundo Zaluar (1985), faz uma diferenciação entre a classe operária e o *lumpen*, este se referindo à população relativa de trabalhadores exilados dos processos de trabalho, e o *pauper*, categorizado como o miserável, o criminoso ou vagabundo. Até hoje, a associação entre ser trabalhador e ser sujeito digno de direitos está presente em muitos países, como era o nosso caso até a Constituição de 1988 (LAVALLE, 2003).

Weber (1996) descreve que a Reforma Protestante desloca o lugar do pobre e da caridade ao relacionar a mendicância com o pecado da preguiça; antes, como discutimos, o pobre era visto como objeto de compaixão. A distância social entre ricos e pobres passa a ser demarcada não só como fruto do destino, mas por qualificações morais, com a conotação de que quem é pobre deseja ser assim; ao contrário do rico, dignificado por Deus com sua riqueza, obtida por meio do trabalho para apenas glorificá-lo. O rico é digno por ser honesto, laborioso, empreendedor.

Georg Simmel é um autor referenciado na literatura científica como ter elaborado concepções importantes para a construção de uma sociologia da pobreza (FERNÁNDEZ, 2000; IVO, 2008). Simmel (2014) define os pobres como indivíduos que ocupam um lugar social em situação de exclusão, sendo esse mesmo um papel necessário na sociedade. É a assistência que alguém recebe ou necessita da coletividade que determina a sua condição sociocultural de ser pobre. Consiste em uma parte da sociedade definida previamente pela desigualdade e dependência dos demais, esfacelando as possibilidades de reciprocidade e igualdade:

Isso também se aplica em termos gerais: sociologicamente, a pobreza não aparece primeiro e depois a ajuda (embora essa seja a maneira pela qual geralmente é apresentada do ponto de vista da pessoa): a pessoa que recebe assistência é chamada de pobre ou, melhor dizendo, quem, embora não o receba, deve recebê-lo por sua situação sociológica. (SIMMEL, 2014, p. 87, tradução minha).

Segundo Ivo (2008), a sociologia da pobreza de Simmel vai ser pensada a partir da noção de direitos e deveres do cidadão que formam uma teia de relações, inspirado na teoria da dádiva como construtora da coesão social de Mauss. As relações originadas das obrigações (deveres) se diferenciam daquelas originadas por meio de direitos; a obrigação de prestar assistência resulta de princípios morais, incorporados ao próprio *self*. O objetivo destas é responder a um bem do próprio doador. Quando a prestação da assistência se realiza em resposta a um direito, a relação entre os indivíduos se fundamenta em relação ao direito do “outro” como elemento principal, o outro aparece como o elemento da obrigação.

Nessa direção compreende-se que o pobre não é o objeto da prestação da assistência, são outros fins coletivos, e não o próprio pobre, que mobilizam e motivam o ato da doação. No campo privado, deriva de uma imposição moral daquele que dá, determinada pela própria moralidade e responsabilidade. No caso da assistência pública do Estado, ela é imposta pela suposta ideia dos riscos da pobreza à ordem social.

Nessa concepção o interesse da pessoa assistida pouco importa, há uma unificação em torno do ideal de bem comum. Por meio dos saberes e valores externos a ele, controlar essa parcela da população é uma maneira de manter e impor uma ordem social. Segundo Simmel (2014), se a assistência se fundasse sobre os interesses dos pobres, não haveria limites para diminuir as desigualdades sociais:

O propósito dessa assistência é precisamente mitigar certas manifestações extremas de diferenciação social, para que a sociedade possa continuar repousando nessa diferenciação. Se a assistência se baseasse no interesse para com os pobres como indivíduo, não haveria princípio com o qual limitar a transferência de bens em favor dos pobres, que não seja a equiparação de todos. (SIMMEL, 2014, p. 31, tradução minha).

Considerando o princípio da reciprocidade inscrito na experiência intersubjetiva da dádiva, ponto de partida da análise de Simmel, a assistência seja privada, seja pública, significa uma relação social. Segundo Ivo (2008), dessa forma Simmel pauta a pobreza no âmbito da política, pois, em um contexto republicano, o lugar do pobre está na comunidade cívica, deve ser considerado como um cidadão em relação a um Estado. Essa assertiva remete a como esse pobre será reconhecido pelos trabalhadores da saúde, uma vez que o conceito e o

entendimento de cidadania, hegemonicamente, não se assentam nessa direção, mas remetem à relação entre iguais (LAVALLE, 2003).

Em uma concepção de cidadania diferente, Chanial (2004) defende a ideia de que o reconhecimento incondicional do valor das pessoas parte não de seu estado social, mas da sua relação com a sociedade como membro. Portanto, só partir de sua inclusão, pode-se cobrar sua civilidade. Entretanto, a exclusão ocorre quando se submete os sujeitos à função apenas de ser recebedor da assistência, construindo-se a si mesmo e perante os outros como “objetos menores”, embora esse lugar já configure seu lugar de pertencimento a essa sociedade (SIMMEL, 2014).

Segundo Ivo, a relação da dádiva em relação à assistência aos pobres tornou-se uma obrigação abstrata do Estado, a distância social no âmbito do privado em relação aos pobres é aumentada, deixa de ser face a face. É no setor público que as ações serão realizadas por pessoas pagas para executar uma função que necessita intimidade, a distância social se restringe, mas o trabalho de quem executa a assistência se direciona a aspectos objetivos, e não ao sujeito pobre, articula-se com um bem abstrato. Nessa relação, o referencial técnico biomédico reforça esse distanciamento na medida em que permite que as ações se vinculem à desnutrição e não à fome.

A proximidade dos encontros face a face, possibilitados pela vinculação administrativa da equipe à família e sua área de Saúde, não foi suficiente para estimular uma resposta diferente do referencial técnico ao problema. Embora tenha sido importante para construir responsabilização sobre o caso na medida em que possibilitou o seguimento ao longo do tempo do problema. A situação suscitava algo mais do que o simples diagnóstico de desnutrido, mas o lugar da doença é uma solução possível, acalma-se o espanto de se defrontar com a fome, evita-se a desterritorialização. Um dos profissionais que cuidaram de Aíra, após o episódio, narra em entrevista:

Foi muito chocante encontrar uma pobreza tão extrema em uma capital com tantas condições. Uma mãe ainda jovem com muitos filhos, praticamente sozinha, o pai eu nunca vi, sai de manhã e só chega à noite. E uma criança naquelas condições, com uma aparência daquelas, me pareceu muito uma criança africana, a criança deteriorando por conta de um, não sei se por falta de orientação ou formação. (Estudante entrevistado).

Neste momento interessa discutir esse “espanto” ou estranhamento em relação ao problema desnutrição/fome. A desnutrição grave no Brasil vem reduzindo sua incidência de forma rápida especialmente após a década de 1990. Os dados de que dispomos são da

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (BRASIL, 2012c). Na década de 1970, apresentávamos altas taxas de desnutridos. Hoje a obesidade é mais incidente como problema nutricional. A desnutrição permanece como denunciador das nossas graves diferenças sociais, sendo um problema importante para as crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), residentes na região norte do país (15%) e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda (15%), afetando principalmente crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza (BRASIL, 2012c; SOUZA *et al.*, 2017).

Pessoalmente, fazia anos que não via um desnutrido grave, fato comum quando fiz a residência em Pediatria, ou mesmo nos idos de 1990 quando atuei no PSF, tanto nos municípios de Campina Grande, PB, quanto em Icapuí, CE. Atualmente, por mais déficit e deficiências que existam, não se compara à situação daquele período. Na área de Saúde da equipe responsável pela família de Aíra, sua criança era a única desnutrida, no período do cuidado, segundo enfermeira da equipe.

O estado da criança despertou na equipe explicações centradas a partir do diagnóstico da desnutrição: resultante da negligência da mãe ou a mãe tem uma deficiência cognitiva, não tem capacidade de cuidar da criança. As explicações não se focavam na percepção da questão da fome. Embora ela seja a interface não dita, todas se relacionavam com a mãe: “Não sei se por falta de orientação ou formação.” (Estudante).

A fome, entretanto, é um fenômeno complexo, existindo várias formas de explicá-la. Uma delas, tendo como foco a relação face a face de cuidado, a possibilidade de maus-tratos e negligência de cuidadores, questão que não vou aprofundar pela dimensão do problema que foge a esta tese, embora não esteja negando sua interface, mas não se configurou dentro da situação em questão.

O desenvolvimento da Atenção Básica tem priorizado, segundo o princípio da equidade, os territórios de maior pobreza e de outras dificuldades de acesso à produção de saúde (BRASIL, 1997), o que determina a responsabilização e a aproximação dos profissionais de saúde a uma população que sobrevive com manifestações de exclusão de acesso a condições básicas de existência e outras vulnerabilidades. Dessa forma, a relação entre o cuidado e a pobreza atravessa as ações de cuidado vivenciadas no campo, produzindo diferentes concepções sobre o sujeito que demanda cuidado e as próprias necessidades de cuidado.

Do ponto de vista econômico, a fome representa a manifestação mais crítica da falta de renda. Ela não se explica mais pela escassez de alimentos, mas pela falta de dinheiro para comprá-lo (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001). Segundo Sen (2010b), há registro de vários

episódios de fome coletiva, mesmo havendo abundância de alimentos disponíveis socialmente, quando o indivíduo ou a população perde seu potencial para comprar alimentos no mercado em consequência da perda de renda.

Para a criança de Aíra, faltou a renda para comprar um tipo específico de alimento. Alimento estranho à forma como cuidou de seus outros filhos. Não que ela tenha renda, como vimos; no momento do estudo, sua renda era proveniente do Bolsa Família e do seguro-desemprego do marido. Quando passamos a apoiá-la para que alimentasse sua criança da mesma forma que nutriu as outras, foi com o provimento desse programa – além da ajuda humanitária dos profissionais que cuidavam fornecendo o leite – que ela conseguiu nutrir sua criança. Sen (2010b) descreve vários exemplos de como programas de provimento evitam fomes coletivas.

Outro aspecto para compreender a fome, além da questão da renda, é sua correlação com hábitos e valores. Castro (1884) descreve como a noção do valor do alimento, em termos de status e nutrição, é produzida nas relações sociais e de produção econômica. Explica que um conjunto de hábitos alimentares provenientes de negros e índios, que incluíam frutas, folhagens e tubérculos, vai ser sistematicamente desvalorizado, seja por sua origem, seja por ordem dos senhores de engenho preocupados em manter suas terras exclusivas para o plantio do açúcar (CASTRO, 1984).

Inicialmente, alimentos que serviam para alimentação da população deixam de ser plantados por imposição dos senhores de engenho e da monocultura mercantil, fato que também vai ocorrer no Norte com o ciclo da borracha e em Minas com o ciclo do ouro.

Além da proibição explícita para o cultivo de culturas de subsistência e árvores frutíferas, os senhores de terra construíram uma espécie de “policiamento moral” sobre o consumo desses bens, que se tornaram crenças culturais. O autor cita, como exemplo, a crença de que comer fruta com leite ou comer melancia no mato, está associada a doenças. Crença que se articula com as interdições dos senhores a seus escravos e moradores, que, posteriormente, foram internalizados na cultura, inclusive da “Casa Grande” dos senhores de engenho, que ainda atravessa nossos hábitos até hoje.

Conforme Castro (1984), valorizar alguns alimentos em detrimento de outros é um valor cultural, social e historicamente produzido. Dessa forma, é importante refletir sobre o uso do leite artificial, maternizado ou não, e a amamentação na avaliação da nutrição infantil.

Como comentado, o leite que a família de Aíra poderia comprar com seus recursos é insuficiente em riqueza de nutrientes para as necessidades do lactente, por isso evitado pelos profissionais nas suas prescrições, mas foi com ele que ela criou as outras crianças. Até a

década de 1980, poucos tinham acesso ao leite maternizado, que, conforme me informei, continua ainda muito caro. Percebe-se, assim, uma questão de valores que vão configurando-se como ideais, que, se não reconhecidos como tais, dificultam estratégias de cuidado fora dos fluxos e protocolos.

Como já comentado acima, a amamentação nem sempre teve o valor que se tenta construir atualmente; Bosi e Machado (2005) verificam diversas estratégias utilizadas na alimentação infantil, em diferentes épocas e contextos sociais, sendo o aleitamento artificial registrado desde civilizações antigas. Em alguns momentos, o cuidado infantil e sua nutrição foram deixados para mulheres escravas ou plebeias – as chamadas amas de leite. Amamentar, portanto, não era um valor associado à maternidade, mesmo tido como importante.

Como referido neste texto, mesmo no campo biomédico, o valor atualmente atribuído ao leite materno e às suas vantagens nutricionais é recente. Até a década de 1980, facilmente o leite materno era substituído pela alimentação artificial por médicos e profissionais de saúde, que se aliam à indústria alimentícia e às pesquisas que produzem o chamado leite maternizado (BOSI, MACHADO, 2005). Revistas especializadas traziam abertamente propagandas de leite artificial além da ampla divulgação na mídia comum. Em 1990, quando eu fazia residência em Pediatria, era comum a visita ao hospital universitário de representantes de uma famosa marca de leite para divulgar o produto e fornecer amostras grátis. No Brasil e no mundo, o hábito de amamentar caiu drasticamente nesse período (BOSI, MACHADO, 2005).

Após as grandes guerras, paralelo ao movimento de crítica aos modelos de assistência à saúde, já discutidos neste trabalho, surge um movimento contra-hegemônico, buscando retomar a importância do aleitamento materno para a produção da saúde. Especialmente na década de 1970, formalizou-se um movimento global de reabilitação da “cultura da amamentação”, aumentando as denúncias contra o uso disseminado de leites artificiais e ao surgimento de inúmeros trabalhos científicos mostrando a superioridade do leite materno como fonte de alimento, de proteção contra doenças e benefícios para o desenvolvimento físico e emocional da criança (BOSI; MACHADO, 2005; GOMES *et al.*, 2016; HERNANDEZ; VICTORA, 2018).

É importante informar ao leitor que, como pediatra, médica de família e profissional da Saúde Pública, fui e sou fervorosa militante para a promoção do aleitamento materno. Pessoalmente, amamentei minhas duas filhas. Entretanto, como comentei, o movimento no campo da saúde assume a amamentação pela visão biologicista médica, ou seja, ela passa a ser vista como um ato natural da mulher, como qualquer mamífero, separando-a de seu

contexto histórico e cultural (GOMES *et al.*, 2016). Noção que parece ser hegemônica nas práticas de saúde, pelo menos na forma como o aleitamento foi prescrito para Aíra. Atua-se no modo disciplinar, homogeneizando as mulheres e elegendo-se o ato de amamentar como sinalização de uma boa mãe.

Analisando a vivência e o contexto de Aíra, pode-se avaliar quanto é difícil para ela amamentar: ela não foi amamentada – “Fui criada com leite de burra” (Entrevista Aíra). Portanto, a avó da criança, seu principal apoio no cuidado, não amamentou; ela não amamentou nenhum de seus seis filhos anteriores; e o contexto de sua vida apresenta vários aspectos negativos para a amamentação como rede de apoio social frágil; é responsável sozinha para cuidar de seis filhos, dois filhos menores de dois anos, e uma precária renda familiar. Essas questões estavam acessíveis à equipe, mas a prescrição baseou-se no que era considerado tecnicamente melhor.

Prescrição que se adapta à racionalidade que limita todo o problema da criança à desnutrição. Do ponto de vista do setor da saúde, a abordagem da fome, assim como a amamentação, também tem, de forma hegemônica, uma concepção naturalista. Esta tem em Malthus seu maior defensor (CASTRO, 1984). Seus estudos afirmam que a população cresce em proporções geométricas, e a produção de alimentos não acompanharia tal crescimento, resultando daí a fome. Baseado em sua teoria, propunha o controle da natalidade, em especial daqueles que não tinham renda para subsistência.

Já em 1946, Josué de Castro (1984) denuncia que a racionalidade moderna constrói preconceitos morais a tudo que diz respeito ao corpo, é o exemplo da fome e do sexo. Discurso que se alia a interesses econômicos das minorias dominantes, que possibilitou “escamotear o fenômeno da fome do panorama espiritual moderno” (CASTRO, 1984, p. 32). Dessa forma, a fome foi naturalizada. No campo biomédico, passa a ser enquadrada e limitada à patologia desnutrição; no campo econômico, é entendida como consequência da incapacidade dos povos em produzir alimentos em quantidade suficiente, aliada à irresponsável multiplicação dos pobres. Castro (1984) evidencia e correlaciona a fome como produção social:

Querer justificar a fome do mundo como um fenômeno natural e inevitável não passa de uma técnica de mistificação para ocultar as suas verdadeiras causas que foram, no passado, o tipo de exploração colonial imposto à maioria dos povos do mundo, e, no presente, o neocolonialismo econômico a que estão submetidos os países de economia primária, dependentes, subdesenvolvidos, que são também países de fome. (CASTRO, 1984, p. 51).

Essa avaliação da interface amamentação-fome-desnutrição é produto de minha análise após o campo. Com os profissionais, problematizei o que fazer, buscando fugir ao diagnóstico da desnutrição. Pensar como nutrir a criança no contexto de vida da criança, da família e, principalmente, de Aíra, a cuidadora, passou a ser o eixo da reflexão depois que nos afastamos da centralidade do diagnóstico.

3.3.2 O cuidado possível

No início da reunião, para refletir sobre o cuidado do bebê, o médico introduz o problema falando da família de Aíra para todos os presentes. O professor e quatro dos cinco internos presentes não conheciam o problema de perto, mas tiveram contatos esporádicos, seja com a discussão, seja com a família. Ele descreve os cuidados desenvolvidos até o momento que descrevi no início desta seção. O interno, responsável pela família, explica que o foco das visitas domiciliares realizadas para o seguimento do caso foram orientações de como amamentar, como escaldar e preparar a mamadeira, a quantidade de refeições necessárias e outros cuidados de higiene.

Preocuparam-se em perguntar como Aíra conseguia comprar o leite “Caro”. O interno teve esmero em orientar a quantidade e não só explicou como demonstrou o preparo com ela no domicílio. Ele relata que percebeu a dificuldade de Aíra em entender o que era mililitros, sugerindo que ela poderia ter um déficit cognitivo que deveria ser levado em consideração na construção do cuidado.

Nesse momento informei como havia sido meu encontro com Aíra, acrescentando mais dois detalhes ao caso: ao exame, a criança não pegava mais a mama e a quantidade de leite prescrita era apenas para complementação; a mamadeira que a mãe trazia na bolsa, no momento da consulta, continha apenas açúcar, massa e água.

Posiciono-me na reunião sugerindo que o problema pode estar na forma como foi avaliada a possibilidade dessa mãe amamentar e pelo fato de a família não poder adquirir o leite como havia sido combinado, fazia-se necessário, então, pensar em outras estratégias de cuidado. Naquele momento, os estudantes e profissionais discordaram e apresentaram questões importantes:

Eu imagino que um dos problemas de ganho de peso da criança é o leite que a mãe não conseguia comprar, mas acho que não é só isso. (Profissional 3).

A mãe parece que tem um déficit de cognição. Na amamentação, ela só conseguia dar um único peito. Parece que não queria dar o peito mesmo. Pelo menos, a

informação da Profissional 2 é que a mãe queria deixar de amamentar para voltar a beber. Relatou que a mãe sempre faz uso da cachaça. (Estudante).

De fato, a sujeira da casa é muito comprometedora, a falta de higiene da própria mãe. Da última vez que eu fui, a criança estava muito suja. (Estudante).

O fato de a mãe não estar dando alimento durante a noite e ela não acordar cedo. Há a informação de que não adianta fazer a visita cedo porque ela está dormindo; e a criança obedece a esse ritmo. No fim de semana, ela sai e a criança não come. (Estudante).

Acrescentam que o estado clínico da criança é grave, ela é avaliada como muito “branquinha” e “abdômen distendido”. O abdômen distendido é sinal de gravidade em lactentes, indicando urgência em averiguar o diagnóstico e intervir (MURAHOVSKI, 2006). Esse sinal de gravidade foi afastado por mim e pelo médico da equipe. O abdômen globoso é esperado em desnutridos graves (BRASIL, 2005, p. 29). No dia anterior, havia examinado a criança e fora o formato do abdômen, não havia nada que sugerisse distensão – verdadeiro sinal de doença grave. Foi um acontecimento comum no campo, o olhar clínico exacerbar a gravidade biológica diante de problemas complexos, mesmo não havendo imperícia.

O julgamento de que a mãe não se importa com os filhos, foi utilizado em vários momentos vivenciados no campo e ao longo de meu cotidiano na ABS, e mesmo como médica na urgência pediátrica. Ao conviver nos processos de cuidado com realidades muito diversas das dos profissionais, o que inclui o seu modelo de família, de cuidado e de comportamento diante da vida, produzem-se julgamentos morais. Contudo, estes não são vistos de tal forma, são realizadas e mostradas como fatos ou indícios. Ao se suspeitar de um sintoma clínico, realiza-se sua observação ou averiguação, seja pelo exame físico, seja por exames laboratoriais, mas ao realizar uma suspeita moral, não se tem o mesmo esmero.

Quando problematizamos no campo que essas interpretações podem ser resultado de um julgamento, uma forma de olhar o problema por meio de um referencial externo ao contexto da pessoa e sua família, obtivemos muitas vezes uma reação de enfrentamento conflituoso. Em outros momentos, foi evitado por alguns profissionais, outros apenas se defendiam informando que eram fatos, não estavam julgando.

Nas palavras de Boltanski e Thévenot:

[...] as grandezas tornam-se particularmente proeminentes nas situações de disputa, tais como se pode observá-las nas inúmeras ocasiões da vida cotidiana. Caracterizados por uma inquietude sobre a avaliação das pessoas, esses momentos são propícios à localização dos modos de qualificação. (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1991, p. 26, tradução minha).

A sociedade e suas desigualdades produzem um olhar que qualifica aquele que vive em situação de pobreza. É importante para o estudo da relação de cuidado compreender como são demarcadas semelhanças e diferenças entre contextos e tipos de grupos e nos níveis psicológico, cultural e da estrutura social.

Para Jessé de Souza (2004) o arcabouço da estrutura psicossocial, que permitem a cada um de nós, na vida cotidiana, hierarquizar e classificar as pessoas como mais ou menos dignas, é constituído pelos sistemas racionais formais do mercado e do Estado, tornando-se produto principal da eficácia combinada dessas instituições. Importamos esses valores – racionalidade, disciplina, crença da eficácia do trabalho e do mercado – sem a efetiva materialização universal das condições básicas de acesso aos bens sociais para toda a população.

A igualdade torna-se, dessa forma, algo subjetivo e normativo, que não se concretiza no imaginário da população. Não pela “deficiência” do indivíduo em ser racional, competitivo, trabalhador, mas porque são valores que nunca foram vivenciados por meio do acesso aos bens correspondentes, embora o sejam intelectualmente. Esses valores se constituem em “princípios que regulam a nossa atribuição de respeito, deferência, ou em uma palavra, a atribuição de “reconhecimento social” (SOUZA, 2006, p. 26).

Jessé de Souza (2003b) explica que esses valores constituem a neutralidade e a meritocracia, um suporte simbólico e cultural que produz e reproduz socialmente a desigualdade e a subcidadania. A culpa da pobreza está no indivíduo, acreditando-se ser por falta de competência e capacidade natas.

Em uma sociedade tão desigual, a exemplo da nossa, faz-se necessário um princípio consensual, mesmo produzido subliminarmente, acerca do valor diferencial dos seres humanos, para que a desigualdade possa ser legitimada. “Sem isso, o caráter violento e injusto da desigualdade social se manifestaria de forma clara e a olho nu.” (SOUZA, 2004, p. 88).

A meritocracia envolve qualificação, posição e salário, e funda a ideologia do desempenho. Produz a crença de que as regras são universais, transparentes e abertas a todos que se garantirem. O princípio do desempenho atravessa todas as classes. É a aceitação e internalização generalizada desse princípio que faz com que a inadaptação e a marginalização desses setores possa ser percebida tanto pela sociedade incluída como pelas próprias “vítimas como um fracasso pessoal” (SOUZA, 2004, p. 89).

Da mesma forma, estruturam-se comportamentos reconhecidos socialmente como dignos, por exemplo, o comportamento de uma mãe, a relação conjugal, e expressam padrões

identificáveis de exclusão social ou de classe e segregação racial, podendo assumir um caráter restrito ou constrangedor.

A ideia de uma cultura melhor escamoteia as relações de poder implícitas. Por exemplo, a ideia da mãe cuidadora que visualizamos de forma hegemônica remonta à ascensão da burguesia e à construção dos Estados Nacionais. O modelo burguês de mãe, dedicada à sua prole e ao lar, conscienciosa de que guardava a herança da família que deveria ser repassada entre os seus, convivia com modelos de comportamento diferente entre as plebeias e as aristocratas, cujas funções sociais eram outras (MARQUES, 2001).

O modelo burguês torna-se hegemônico com a ascensão da burguesia, por meio de mecanismos de distinção que vão ser assimilados pelas classes subalternas, reforçados por um esforço teórico da medicina em divulgar formas de cuidado infantil, consideradas eficazes para a saúde e aumento da população. Interesse dos estados mercantis em ter uma população grande e saudável para expandir suas fronteiras (MARQUES, 2001; ROSEN, 1979).

O modelo de mãe burguesa, observado como o que mais protege a criança de agravos, vai sendo incentivado por medidas coletivas de higiene, por meio das disciplinas como a Ginecologia e a Pediatria que começam a se estruturar. A promoção de um novo modelo de feminilidade, a preocupação com a infância, criando-se inclusive esse ciclo da vida como uma categoria social importante, vão fazer parte de um modelo ideal de família e cuidado, que será parte de cruzadas filantrópicas e poder disciplinar da medicina. Mediante a assistência materno-infantil, vão revelar um modelo de organização familiar a seguir.

Outros modelos de cuidado e família não são mais considerados saudáveis para o cuidado de uma criança. Entretanto, essas diretrizes não atuam da mesma forma em toda a sociedade, e sua penetração nos hábitos e costumes se associa a outras questões como acesso a bens materiais e de direito, e as vivências ao longo da vida que os configuram (BAUMAN, 1998a;). Facilmente, essas mães que estão nesse patamar podem ser julgadas como negligentes.

Um dado importante ao avaliar a forma de Aíra cuidar, que desconhecemos, é que, até a adolescência, ela morou e foi cuidada em quatro lares diferentes. Outro é que as pessoas presentes na reunião não fazem ideia de como cuidar de uma criança nas condições de Aíra. Todos os julgamentos e as avaliações foram fruto do lugar onde vivemos ou do saber técnico.

Como discuti, a relação de cuidado vai ser atravessada por esse encontro entre a fome, a pobreza e a necessidade social do profissional de dar uma resposta, mas o foco dele é na desnutrição. Além desse incômodo oculto – a fome não pronunciada –, o fato de se tratar de uma criança traz uma repercussão para a responsabilização dos profissionais de saúde. Não é

um problema que pode ser negligenciado, pois representa um indicador monitorado na avaliação da saúde:

Eu me lembrei de algumas coisas, principalmente como as pessoas a viam, como uma mãe descuidada, que não liga para higiene, uma mãe que não quer cuidar, não tem horário, então isso vai gerando nas pessoas e no interno que pensa que vai resolver o mundo, que tem que resolver, e a solução é empurrar para alguém. [Devem pensar:] porque eu não vou ser responsável por isso também, porque se esta bomba... que bomba é esta? A criança morrer, porque, no PSF, se uma criança morrer, é um problema sério, e é sério mesmo, nacional e internacionalmente, pois isso condiz, inclusive, com as estatísticas de desenvolvimento do país. (Profissional 3).

Diante da insuficiência do referencial teórico para entender a complexidade do problema e ao mesmo tempo sendo e se sentindo responsável por resolvê-la, a equipe se foca na desnutrição, e a primeira proposição de cuidado é a internação hospitalar da criança, pois ela corria risco de vida: “Temos de agir rápido, pois a criança corre risco de vir a óbito.” (Diário de campo). Argumento que não conseguiu sustentar-se, pois a gravidade se assentava no risco que a criança corria, mas não havia uma condição mórbida que dependia de cuidados hospitalares para justificar a internação.

A proposta de internação passa então a ser justificada pela dificuldade da mãe em cuidar, repetindo-se os argumentos já listados acima – o déficit de cognição materna, as condições de higiene, a baixa renda da família. O argumento de que a mãe não estava importando-se com a criança passa a ser o mais utilizado. Acrescentam também o fato de já terem feito tudo que era possível para ensiná-la a cuidar da criança. Um dos estudantes relata: “Ela não sabe cuidar e tem o fator preguiça. Como é que você tem uma criança e não se levanta para alimentá-la durante a noite, não dá um banho de sol!?” (Registro da reunião no Diário de campo).

Uma estudante do MHA1 colocara em seu portfólio questão semelhante: “Ela não abre mão de seus desejos para cuidar da criança.” Isso se percebe em Aíra, é amorosa, mas não abre mão de suas intensidades, mas imputar a Aíra a desnutrição de sua criança é vê-la como um sujeito sem relações, sem contexto; baseada em uma ideia de autonomia que nega a dependência inerente a nossa constituição cultural, emocional e subjetiva. Raciocínio que está no mesmo campo de diagnosticá-la com déficit cognitivo por não saber ler mililitros. Principalmente, significa deslocar-se da relação que nós profissionais de saúde desenvolvemos com ela: uma relação objetual, na qual seu papel era seguir as prescrições orientadas por esse olhar naturalista e biológico.

O interno, mais renitente em não internar, diz que todos concordam que o mais importante na determinação do problema é o social. Mais que o biológico, é um vetor urgente. Enquanto se avaliam soluções em outros campos, demanda-se tempo e a criança pode morrer, frisando que são soluções que estão fora do campo médico, cabendo a esses profissionais cuidar do problema biológico.

Diante da hipótese de que a mãe não é capaz de cuidar da criança ou de que se recusa a isso, o olhar utilitarista busca dissecar o problema, facilitando ações de forma separada: primeiro se “cura” a criança da desnutrição com a hospitalização, afastando o risco, depois se encaminha para que os especialistas resolvam o problema: seja fome, seja negligência, seja incapacidade, seja o não desejo da mãe de cuidar. As consequências da ação não são pensadas, a possibilidade de aprender como cuidar com a mãe está fora do campo da medicalização.

Sabemos que as causas de problemas complexos estão indissociáveis, imbricadas: ambiente e higiene precários, baixa imunidade, dieta da família, nível de renda, hábitos e costumes, etc. A complexidade gerou imobilização, nada foi visualizado além do mundo asséptico do hospital; lá conseguiríamos “curar” a criança da desnutrição. Isso é um fato se pensarmos que a desnutrição se “cura” com alimento e vitaminas, mas não a fome.

Quando a avaliamos como portadora de déficit cognitivo pela sua dificuldade de compreender as orientações dadas, também não saímos do campo biológico. A necessidade de enquadrar o usuário em algum diagnóstico permeou as relações de cuidado mesmo entre os não médicos, substituir as dificuldades de relação por um problema orgânico ou moral foram capturas frequentes. Achar que Aíra tem uma deficiência cognitiva é um debate que ocupa toda a equipe. Um dos profissionais, mais tarde em entrevista comenta:

O problema é que qualquer pessoa que começa a interagir com ela acha que ela tem um déficit cognitivo. Eu também cometi esse equívoco. Pode até ser que ela tenha, mas não é só isso. Tem mais coisa que sobressai a isso, não adianta a gente dizer que ela tem um problema e tratar dela só em cima disso, que ela não entende o que a gente fala. (Profissional 3).

Buscamos uma base biológica para justificar a dificuldade de relacionamento, mesmo que não se possa justificar em argumentos clínicos/científicos. Nesse caso há uma distinção entre déficit cognitivo, um diagnóstico psíquico-neurológico, e universos culturais. Nessa situação, o acesso à cultura matemática de medir a quantidade de água em mililitros pode não estar acessível a quem não vivenciou ou não teve acesso a essa linguagem. De qualquer

forma, achar que a paciente tem um déficit, aumenta nossa responsabilidade em construir uma linguagem que ela possa acessar.

Saindo do campo biológico, as avaliações para explicar o contexto do problema e construir o sujeito Aíra basearam-se nos referenciais morais hegemônicos da sociedade, o que passou a ser o recurso mais preponderante. Ela deixa de ser uma mãe com déficit cognitivo para ser negligente: “Como é que uma mãe que tem criança pequena dorme até quase 11 horas do dia?” (Diário de campo).

Em outro momento, sua crença religiosa é reduzida ao conceito de seita. Como argumento de sua não confiabilidade, é dito que ela foi capaz de “dar a filha em sacrifício para o santo, para que ela casasse” (Diário e campo, reunião). O médico da equipe interrompe e informa que a avó é do candomblé, não se trata de uma seita, é uma religião como qualquer outra, e não temos de fazer julgamentos apressados.

Mas dizer que ela é uma boa mãe também é um julgamento moral, o que importa ao cuidado é a possibilidade de ficar no entre. Uma atitude de estar aberto a pensar que os sujeitos se constroem em relação, portanto outras Aíras são possíveis de serem pensadas. Importa-nos pensar sobre que ferramentas nós dispomos para realizar esses “julgamentos” ou interpretações da realidade, sempre atravessados por afetos e nossas configurações explicativas. Franch e Lago-Falcão (2004) sugerem, escrevendo sobre a pesquisa etnográfica, que uma possibilidade de enfrentamento dessa questão é aceitar que no momento da relação entre pesquisador e pesquisado as interpretações são intersubjetivas, dependentes dos olhares e da vivência dos dois. O mesmo se verifica com a relação de cuidado.

A fala de que a mãe não deseja cuidar representou um dos momentos tensos na reunião, mobilizando várias afecções, pois representam outro aspecto da responsabilização do profissional. Diante da possibilidade de negligência, conforme a lei e o bom senso, não poderíamos ficar passivos, precisávamos intervir. A legislação do Estatuto da Criança, em seus artigos 13 e 245, obriga a denúncia de maus-tratos contra a criança e o adolescente, e prevê punição administrativa diante de omissão (BRASIL, 2014b); mas o interno que a acompanha e o médico de referência ponderaram que pensar que ela não podia ou não tinha condições de cuidar era uma hipótese viável, mas ela se importava, sim, com o bebê.

Merhy (2002) defende o cuidado como encontro, discute a noção de intercessão – encontro intercessor – como uso de tecnologias leves ou relacionais que possibilitem a negociação de pontos de vista entre usuários e profissionais. Nesse encontro precisamos da atitude, entendida nessa direção de tecnologias leves, de se posicionar perante a forma que interpretamos a realidade pela noção de que não estamos sós na interpretação das situações

que vivenciamos. Tampouco é possível não emitir um julgamento que diz respeito à nossa história de vida, às experiências sociais, à forma como aprendemos a lidar com nossas experiências, nossa tradição, à religião, à classe socioeconômica, à geração a que pertencemos, etc.

Conforme a noção trazida por Mol (2018, p. 5), “o que é real é inteiramente produzido de formas não arbitrárias, em conjuntos densos e extensos de relações”. Diferentemente de admitir que a realidade tem várias interpretações relativas ao ponto de vista de cada um, significa que a realidade é construída em relação. Dessa forma é inerente ao cuidado definir em diálogo qual dessas realidades e quais ações são as mais adequadas ao usuário, sua família e seu contexto.

Como exemplo da dificuldade de operar dessa forma, trago à cena outro momento do campo; durante um dos Acolhimentos que vivenciei na USF, uma paciente que aguardava o momento da escuta passa mal. Ao ser avaliada pela médica, é identificada uma anemia profunda, já com sinais de descompensação cardíaca e ela decide pela internação hospitalar, pois se fazia necessário providenciar transfusão sanguínea, e naquele momento ela precisava de hidratação e oxigênio, que não estão disponíveis na USF.

Ao dizer à paciente que necessitava ser transferida para um hospital, ela caiu em um choro intenso e diz que não queria e não deixaria ser internada. A médica diz de forma enérgica que o tempo dela de adiar o cuidado passou, não dava mais para tomar um remédio e ir para casa.

Estou afirmando que nesse caso e no caso de Aíra não há inverdade no diagnóstico nem na necessidade de agir; mas mesmo em um caso como esse, em que há risco de vida, abrem-se várias possibilidades ao cuidado. Por exemplo, vamos imaginar que a paciente é Testemunha de Jeová e sua crença a impede de ser transfundida ou considerar, como aconteceu no caso específico, que a paciente se nega peremptoriamente a ser internada.

No fechamento do caso, conseguimos entender que aquela negação estava associada – como sempre estará – à forma como estava ela vivendo a vida. Ela não admitia ter tempo para si, assoberbada com tarefas masculinas e femininas de cuidar sozinha da casa, dos filhos, da renda e dos pais idosos. A fala da médica advertindo-a de que ela não tinha mais como adiar o cuidado de si foi sentida como uma grande dor.

Ao narrar isso, estou recolhendo fatos, recolhendo narrativas sobre a ação, narrativas que por si sugerem, agem sobre o real. É simples compreender uma paciente que adia o cuidado de si para cuidar dos outros, mas como compreender uma mãe que nos parece ter

preguiça de cuidar de seu filho? É a narrativa que descreve uma e outra que faz a diferença; nesse momento não somos cuidadores, somos juízes.

Chamar de anemia produz uma realidade para a paciente, tanto quanto a desnutrição, da mesma forma mostrar uma pessoa batalhadora e uma preguiçosa, embora esses últimos não sejam realidades que dependem de uma estrutura objetivada em um discurso científico. Essas verdades não são questões que devem ser relativizadas, não estamos falando de retórica. Afinal, se a mãe não sabe, ou não tem condições, ou não quer cuidar de uma criança são problemas que fazem diferença na ação; o risco e o sofrimento da criança também são realidades, inclusive com consequências legais e jurídicas.

Nesse momento iniciou-se uma tentativa de descrever outra Aíra além desta descrita até agora – com déficit cognitivo, negligente, mãe egoísta, sem noção de higiene. O Profissional 3 informa que é mais fácil Aíra levar a criança para o bar do que ela a deixar sozinha em casa. Descreve que ela costuma ser amorosa com as crianças e sua falta de apoio para delas cuidar. Informa que suas atitudes vêm mudando em relação às orientações da equipe; ele não acredita que ela tenha um déficit cognitivo, e sim que em toda sua vida nunca teve a oportunidade de aprender muita coisa que estávamos exigindo dela.

O interno que a acompanha frisa que ela não traz as crianças para o posto, mas vive a programar passeios com eles. Sozinha os leva para Bica,¹⁸ para a Lagoa,¹⁹ para a praia. Lembra que muitos dizem que ela não trabalha, mas esquecem de que ela cuida de sete filhos.

Uma fala foi importante ao mostrar que, quando o interno responsável demonstrou como usar o leite e Aíra havia conseguido comprá-lo, por uma semana, a criança ganhou peso satisfatoriamente. Esse detalhe, até o momento, não estava sendo levado em consideração.

Aíra e seu contexto passaram a tomar lugar nas falas, ora como a causa do problema, ora como o foco da atuação a ser desenvolvida. Quando passamos a focar em Aíra, percebemos que temos poucos recursos explicativos para descrevê-la, ela em si continuava ausente. Nesse momento se discute quem é Aíra, suas potencialidades e fragilidades. Também se questiona qual e até onde vai a responsabilidade da equipe.

Afastada a ideia da internação, sugeriu-se acionar o Conselho Tutelar da Criança e da Juventude. A hospitalização está no campo de atuação dos profissionais presentes à reunião, todos médicos ou estudantes de medicina. A proposta de encaminhar para o conselho se mantém dentro da racionalidade biomédica; o conselho é o especialista do problema, já que o

¹⁸ O Parque Zoobotânico Arruda Câmara, popularmente conhecido por Bica, é um jardim zoobotânico localizado em João Pessoa, Paraíba.

¹⁹ O Parque Sólon de Lucena, também conhecido como Lagoa, é um espaço público da cidade de João Pessoa, Paraíba.

núcleo disciplinar de sua resolução não era do campo biomédico. Quem realizou a proposta explica que não estava julgando a mãe, mas acredita que no conselho havia especialistas da área social e poderiam acionar redes de apoio para a família:

Nós não estamos julgando a mãe, é uma questão social, ela não tem instrução para estar cuidando dessa criança. Ela já errou várias vezes e persiste. O Conselho tem mais experiência e condições de lidar com um caso como esse. (Diário de campo, reunião).

As relações são vistas como possíveis de serem terceirizadas a ponto de alguém externo, o conselho tutelar, poder mediar e construir um vínculo. Um professor, presente à reunião, e o médico refletem que acionar o conselho tutelar pode prejudicar a relação de vínculo com a USF, afinal, mesmo que resolvêssemos o problema de forma aguda com a internação ou a intervenção do conselho, a equipe precisaria seguir cuidando da família, e construir essa relação é responsabilidade da equipe.

Não se trata de uma equipe que estava desresponsabilizando-se pela usuária, muito ao contrário. A proposta de chamar o conselho não objetivava o simples encaminhamento, desvinculando-se do problema, como é comum ser visualizado em meu cotidiano, embora essa fosse também a postura de alguns profissionais. Sua intenção é buscar apoio para o que se admite não estar conseguindo construir.

O problema social, segundo a razão biomédica, como dissemos, está localizado fora do campo da saúde; mas mesmo sendo social, quando deparamos diante do problema, buscamos intervir, prescrevendo a forma correta de viver. A única solução que o profissional visualizava era resolver a situação no lugar da família. Só aos poucos, começou-se a admitir que Aíra tinha um saber que ignoramos; ela havia criado sete crianças, a criança que veio a óbito tinha uma patologia de base, complexificando seu cuidado, enquanto nós ali presentes não tínhamos a menor ideia de como viver e criar uma criança em seu contexto.

Essa forma de atuar sobre a situação do outro foi comum em várias ocasiões e aprofundarei no capítulo 4. Uma das estudantes que acompanhavam a família discute em sala de aula que sua vontade era juntar toda a turma, entrar na casa, limpar tudo e depois entregar a casa limpinha para eles. Coisa semelhante foi falada pela Profissional 1:

Filhos criados feito batata, como Deus plantou batata. Mulher! [Aíra] não cuida daqueles meninos não, você tira pela casa, as moscas em cima de tudo, tudo mijado... eu não aguento aquilo não. Já tive vontade de me juntar com a ACS e limpar aquela casa, mas não ia dar certo não, porque eu ia jogar tudo no lixo.

A questão da higiene apareceu em diversos momentos como uma forma de comprovar a incapacidade da família em produzir cuidado, aprofundando as fronteiras entre técnicos e a família. A higiene é um conhecimento disponível a todos; já é senso comum, a diferença está nas formas de incorporá-la, baseada em vivências concretas do cotidiano. Conhecer não significa que está corporificado, que faz sentido (CSORDAS, 2008). Aíra tem de tomar banho no quintal, são sete pessoas vivendo em um cubículo, o que faz parecer que tem outras prioridades na vida.

A noção de realidade, baseada em ideias utilitaristas, contraindicam formas de viver e de existir contrárias às hegemônicas ou ao que é prescrito como produção de saúde. Noções como a de risco, ou mesmo como a da vulnerabilidade, são compreendidas nos meios técnicos da saúde, dificultam a visualização da potência de outros, em especial, os que solicitam apoio social ou vivem em situação social econômica e cultural diferente dos técnicos. Os saberes disciplinares objetivam o outro, e a relação possível é de sujeição, dessa forma se possibilita controle e docilidade (FOUCAULT, 1979a).

A complexidade da vida da pessoa não é incluída nesse tipo de avaliação. É feito um recorte que a culpabiliza: “É pobre, mas não precisa ser suja, eu conheço gente na mesma situação e bem limpinha.” (Profissional 1). Logo em seguida, a profissional sugere-me entrevistar outra pessoa, mostrando como confirmar os fatos que me apresenta. Interajo, problematizando a importância de ser limpa na vida de Aíra. A profissional recua:

Quem já passou na vida o que ela passou. Aqueles filhos dela, a gente diz que ela não cuida, mas eu nunca vi Aíra maltratar um filho daqueles. Outras mães, com uma vida até melhor, por nada estão xingando o filho. Se a gente deixar, até bate. Nunca vi ela dizer um palavrão com os filhos, esse tempo todinho. A gente tem que aceitar as pessoas como são, é o jeito. Vai fazer o que tem que seguir, cuidando. (Profissional 1).

Zorzanelli e Cruz (2018) comentam que o objetivo da higiene pública, relacionado com a eliminação das doenças epidêmicas, gerou, como subproduto, a classificação daqueles que se enquadravam nessas práticas e os que não. Baseados em Foucault, afirmam que nesse contexto, a higiene e o funcionamento da medicina são, ao mesmo tempo, instâncias de controle social e moral. Compreender o significado de higiene para o usuário reposiciona o olhar do profissional. Na mesma entrevista, a profissional admite: “Ela veio fazer o citológico e veio bem limpinha, eu me admirei.” (Profissional 1).

Diante das várias ponderações, todos vão chegando ao consenso de que não há a urgência clínica que indique a internação, nem tampouco a necessidade de especialistas que

tragam uma solução para o caso. Internar ou pedir a intervenção do conselho poderia ser um paliativo que, no fundo, estaria adiando a necessidade de aprendermos a cuidar juntos dessa criança, nós e a família. O conselho poderia sim ser chamado para matriciar nossa capacidade de agir. Confiar na mãe, identificar e apoiar suas potencialidades; assumir suas fragilidades como necessidades, que devemos ou podemos tentar interferir, passou a ser comum nas falas.

Várias proposições surgiram para uma nova abordagem de cuidado. Abandonou-se a ideia de manter o aleitamento materno, sugerindo-se o leite que a mãe poderia comprar acrescido de óleo e prescrição das vitaminas necessárias. Da mesma forma que se faria no hospital, determinou-se a necessidade de pesar a criança mais vezes, de preferência diariamente, no mínimo duas vezes por semana. Manter o fluxo do acompanhamento que já se estava fazendo. Ampliar a discussão com o restante da equipe, para definir novas possibilidades de apoio e dividir as tarefas. Pensar em articular uma reunião com pessoas do Conselho Tutelar e do Cras, solicitando matriciamento. Demos o prazo de uma semana para que a criança começasse a ganhar peso e, se não surtisse efeito, pensaríamos na internação.

Sugeriu-se mudar o enfoque das visitas domiciliares, buscar ver o que ela faz de bom e apoiar as dificuldades dela em seguir o que foi orientado. Um cuidado novo vai sendo tecido. Um seguimento no cotidiano sem grandes metas, acolhendo Aíra como se apresenta e reagindo a ela. A criança nutriu. Em muitos momentos, a equipe conseguiu a doação do leite “Caro”, em outras, a mãe foi fazendo o que sabia.

A intenção desse cuidado implicou buscar alternativas às ações do profissional, não houve necessariamente mudança da forma como avaliavam Aíra e a família, mudou a compreensão dos profissionais sobre seu papel e a postura de se construir uma relação com ela sem categorizá-la previamente.

Eu não sabia de muitas coisas, uma delas era como lidar com Aíra. Para mim, ela era uma coisa à parte. Porque ela tinha as regras dela, ela vivia em um mundo diferente. Qual é a regra dela: quase nunca vinha para o acolhimento; só chegava perto do almoço, em qualquer horário, sempre aquele monte de crianças para ser atendidas, já brigando com todo mundo. [...] Eu comecei a aprender, uma das coisas era atender fora do horário, todos começaram a reclamar, a enfermeira, a ACS, a recepção, outros usuários. Eu me lembro que em um estudo de caso se disse assim: Aíra é uma pessoa à parte, é um cuidado à parte, é diferente. Na época, eu não entendia bem o que isso queria dizer, porque eu achava que ela podia ser igual a todo mundo. (Profissional 3).

As ações foram construídas cotidianamente. O interno avaliava a criança semanalmente até que ela ganhou peso satisfatoriamente. A ACS da equipe informa que quando ele não podia ir à casa dela, passava uma mensagem para saber se estava tudo bem. Pelo menos dois profissionais da equipe afirmam que com Aíra aprenderam essa postura de

tecer o cuidado no cotidiano, lugar que entende que não pode resolver e prescrever a vida para o outro, mas ao mesmo tempo não deixa de se responsabilizar por ela:

Só que quando eu fui visitando, quando eu fui conhecendo o ciclo dela, ou a rede familiar ou a falta da rede familiar, quando eu fui vendo a casa dela, não a casa estrutura física em si, mas como se comportava dentro da casa, como criava os filhos, eu fui dando certo espaço a ela para eu poder ter ela junto de mim. Daí eu aceitava ela chegar tarde, trazer todos os meninos de uma vez para eu ver, porque me preocupava com aquelas crianças, principalmente a menor. (Profissional 3).

Não se tinha uma teoria ou uma técnica prévia de apoio. Isso foi desenvolvendo-se enquanto atuavam. Julgar passou a ser visto como uma atitude ruim para o cuidado, passando-se a evitar estabelecer generalizações. Procurou-se contextualizar as impressões, ou simplesmente admitir “que é um mundo à parte”, o papel do profissional é apoiar.

Precisamos ficar atentos ao nosso poder de dizer a “verdade”, principalmente quando estamos julgando nossos pacientes e famílias. Um mesmo contexto pode apresentar diversas interpretações. Após refletir sobre que escolhas realizamos, precisamos evidenciar de que forma e em que circunstâncias as realizamos. Pois não é possível agir sem incluir nossos julgamentos morais, mesmo, ou talvez principalmente, quando se trata de cuidar de pessoas. Um dos estudantes que cuidou de Aíra, fala na entrevista, quase um ano após, sobre seu aprendizado:

Acho que todas as questões da família de Aíra, tudo que falam dela, se a gente pega pontualmente isso, vai achar estranho, mas se você pega a história da vida dela, a gente entende. Não foi ensinada, acostumada. Uma professora minha sempre dizia: Você não pode julgar um paciente. Mas como a gente tem um pré, não é um preconceito de recriminar, a gente tem um preconceito de como as coisas devem ser: se a pessoa tem um filho tem que acordar cedo, tem que trabalhar. Mas não é bem assim. Tem pessoas que fogem à regra, e ela era uma pessoa que foge totalmente à regra. É tanto que o médico de referência tinha a flexibilidade para atendê-la na hora que ela chegava, para não perder o vínculo e poder cuidar da criança. (Estudante, entrevista).

Dessa forma, incluir nossas emoções e nossa referência cultural na análise que produzimos dos usuários, sua família e seu contexto deve ser visualizada como parte da competência do profissional. Não como mais um protocolo a ser seguido, mas algo corporificado. O estranhamento do profissional diante de situações muito diversas produz julgamentos baseados em parâmetros de valores escamoteados sob o critério de normalidade – o outro é sujo, está errado, é violento, é negligente –, terá sempre uma imagem estabelecida a partir de um saber prévio, a pessoa em si e seu contexto não participa dessa construção. São situações que produzem afetos quase sempre negativos, mesmo que se busque a compaixão.

Neste momento é importante lembrar que o profissional é parte desse cuidado, também ele precisa ser cuidado e poder ser acolhido em suas afecções, questão que aprofundo no capítulo 4.

Na época do cuidado de seu bebê que desnutriu, a relação de Aíra com a USF mudou, ela parecia importar-se mais com o que os profissionais esperavam dela. Ela vai construindo-se para nós de uma forma diferente, mas podemos dizer que faz isso escondendo suas dificuldades. Os conflitos são reduzidos, e ela começa a construir um discurso que nos agrada, por exemplo, dizer que estava conseguindo comprar o leite “Caro” enquanto ocultava que fornecia apenas açúcar e farinha para a criança.

A equipe aprendeu a olhar o ponto de vista da família ao longo do cuidado; não significa aceitá-lo nem mesmo compreendê-lo, mas se tornaram capazes de atuar em seu contexto, com ela, interferindo no seu “habitar a vida” (INGOLD, 2012), ou seja, reagindo a ela e às próprias afecções:

Ela cuidava da maneira dela, era aquela forma. Bem ou mal todas [as crianças] desenvolveram. Inclusive a menorzinha que a senhora viu. Eu dizia: ela não vai dar conta dessa criança, e deu. Quando eu fui ver de novo, pois ela saiu da minha área, ela já estava grande, cabeluda, andando. (Profissional 3).

Em duas entrevistas realizadas posteriormente ao processo de cuidado de sua criança desnutrida, verifiquei que pouca coisa mudou na forma como as pessoas julgavam a situação e Aíra, mas a interferência desse julgamento mudou, ele passou a ser um vetor de pouca importância. Não apenas o discurso de Aíra foi interpretado de forma diferente, surgiram várias propostas de atuação e nas mudanças de foco no cuidado, que foram possibilitadas a partir daí e das maneiras de interagir com a família, que significaram diferenças enormes em como a criança foi cuidada.

4 O CUIDADO INTEGRAL E O RECONHECIMENTO DOS SUJEITOS?

A ESF proporciona a aproximação do profissional com os territórios existenciais das pessoas pelas quais tem a responsabilidade de cuidar. Essa aproximação e a diretriz da integralidade requerem mudanças profundas na forma como os profissionais historicamente se vinculam aos usuários e às suas demandas.

Como vetores importantes na construção do cuidado, verifiquei a forma como o profissional identifica as demandas e necessidades do usuário de forma integral, como ele vê seu papel nessa atuação e como reconhece o usuário nessa relação de cuidado.

No momento em que entendemos o cuidado de forma relacional, polissêmico e dinâmico, diversas implicações vão construindo-se para além de uma solução voltada à medicalização. Observamos vários níveis e formas de implicação, não só em diferentes profissionais, mas em um mesmo profissional. No habitar o mundo, as relações vão construindo-se; nelas as pessoas, os saberes e os fazeres.

Os vários fatores e forças que contribuem para o cuidado não se apresentam de forma linear e sistemática no cotidiano. Questões normalmente visualizadas como fatores que contribuem ou dificultam a produção do cuidado aparecem de diferentes maneiras em situações semelhantes. Por exemplo, a estrutura dos serviços e o apoio da gestão, o empoderamento de técnicas, o engajamento político em relação ao direito de cidadania, a história de vida de cada um: cada feixe de força uma hora favorece; em outro momento, dificulta a ação.

Uma questão comum à maioria dos profissionais é verem a si como rede de apoio para a produção de saúde e entende ser sua responsabilidade comprometer-se com a complexidade das demandas. É importante frisar que as pessoas, cujo cuidado segui no campo ou que foram entrevistadas, de antemão, já se haviam mostrado dispostas a refletir e transformar seu cuidado, o que demarca um tipo de implicação com seu trabalho. Conforme alguns relatam na entrevista, há também aqueles que “estão lá para cumprir horário” (Profissional 6), no sentido que veem seu papel em cumprir os procedimentos que estão estipulados e o que é cobrado para o cargo que ocupa.

No entanto, mesmo que esse grupo de pessoas tenha tal característica, o que já apresenta uma diferenciação em relação à forma de implicação com o cuidado, não é bem assim que ocorre no cotidiano, a amplitude e integralidade da ação resultante variam muito, não obstante o discurso, às vezes, em um mesmo profissional e em situações semelhantes.

Uso o conceito de implicação aqui relativa a envolvimento e comprometimento (IMPLICAÇÃO..., 2019) no sentido de trazer para si a responsabilidade de cuidar. Como já relatei, o envolvimento ou a implicação variou em um fazer limitado ao procedimento técnico hegemônico e fluxos e protocolos instituídos; mantendo-se no campo da patologia e na queixa demandada pelo paciente, até a busca de novos saberes e a construção de outras práticas e fluxos, ampliando o cuidado para outros campos que não o biológico.

Um padrão comum para realizar ou não uma ação de cuidado mais integral esteve relacionado com a forma como o profissional identificava o usuário e sua relação com o contexto em que demanda cuidado. Para alguns profissionais, o problema em si não era a complexidade da situação, mas a dificuldade de construir apoio, seja do restante da equipe, seja da gestão e da rede de serviços públicos, para acolher e atuar nesses casos complexos. O paciente e suas necessidades não constituíam a dificuldade.

Para outros profissionais, o paciente e sua família se relacionavam com a dificuldade, seja por não aderirem às estratégias construídas pela equipe, seja por serem avaliados como causa dos problemas trazidos – a família não adere ao medicamento; ela é negligente; é acomodada. Dessa forma, o modo de avaliar a relação do paciente com sua necessidade e seu contexto variou para explicá-la como resultante das características individuais ou como resultante da estrutura social da desigualdade, e interferiam na amplitude do cuidado dispensado.

A principal variação, então, no modo de o profissional avaliar a situação para se comprometer com ela ou não, resultou, em última instância, na forma de ele construir o reconhecimento do sujeito paciente. A forma de olhar transitou entre uma dimensão de perceber o usuário a partir de um lugar pautado por uma categorização prévia, vinculado a uma noção de um dever ser ou de um bem comum; ou, ao contrário, compreender a situação contextual em que vive mediante um bem viver, estando o indivíduo singularizado não por suas características individuais, mas por suas condições de acesso a esse bem viver.

Nesse caso, a avaliação do usuário não era baseada em uma uniformização de um jeito de ser ou de viver, mas na universalização de acesso a possibilidades de um bem viver. Esse bem viver entendido como uma magnitude, conforme Boltanski (2000), não como um valor.

Esse reconhecimento do usuário estava relacionado também com afetos produzidos no profissional. Foram descritos, na maioria, como sentimentos relacionados com a impotência e raiva, ou sofrimento físico, como insônia; mas também foram percebidos muitos afetos de alegria (SPINOZA, 2009).

As variações da forma como os usuários foram reconhecidos podem ser sistematizadas em dois extremos de um contínuo. Em um polo, a possibilidade de acolher o usuário a partir de uma categorização prévia, associada às racionalidades técnicas ou valores morais, centrando a ação em práticas de cuidado voltadas à realização de procedimentos e objetivos definidos a partir do profissional, de fluxos e de protocolos; categorizado como olhar técnico.

Em outro polo, a lógica preponderante é o dever de prestar assistência como papel de cidadão do profissional, o que resultava em uma ampliação do agir para um cuidado integral. Seu regime de ação atrela-se mais a um reconhecimento ontológico do outro como merecedor do cuidado sem se ater a julgamentos axiológicos sobre ele; mas sua ação em si atrelou-se a um normativo que chamou papel de cidadão; categorizado como olhar integral.

Enquadrei essa forma de atuar como olhar técnico e o olhar integral respectivamente, implicada com meu referencial teórico e por se assemelhar às descrições recolhidas do campo.

Classificar o profissional como técnico, às vezes chamados de clínicos, *versus* o profissional humanizado são categorias largamente usadas por estudantes e profissionais quando querem referir-se a competências voltadas para tecnologias duras, restritas ao campo biomédico, e tecnologias leves, referentes ao campo relacional. Remeto-me aqui às classificações de Merhy (2002) já apresentadas neste trabalho.

Essas categorizações se referem a ações, e não a pessoas. Permanece, entretanto, necessário compreender como o profissional se movimenta de uma lógica a outra, modificando seu afetamento e a forma como reconhece o usuário. Compreender esse movimento a partir dos regimes de ação relacionados com o amor possibilita evidenciar afetos e lógicas, escapando de classificações normativas e possibilitando reflexão sobre a ação.

As categorias de agir cidadão ou integral, do técnico e do humanizado, pressupõem uma ideia normativa e uma imagem objetificada. Referem-se a lógicas que remetem as compreensões sobre as relações do usuário com o seu contexto e delimita a responsabilidade do profissional. Já a compreensão em estados de amor, deixa em aberto a possibilidade da imanência do encontro, mas também evidencia a necessidade de reconhecimento do outro que demanda cuidado; ao mesmo tempo, explora as competências de criticar e perceber os afetos produzidos no encontro, como possibilidade de mudança.

Esses estados de amor e lógicas não são lugares fixos e estanques, mas possibilidades inerentes ao ato de cuidar, por isso devem ser pensados como feixes de forças interagindo em forma de diagramas. Um olhar não exclui o outro, nem é específico de uma característica do profissional. Um mesmo profissional assume posturas diferentes em situações semelhantes. Mesmo porque a assistência à saúde não irá dispensar o olhar técnico, e mesmo uma

assistência restrita a isso, já pressupõe um tipo de acesso e garantia de direito. As diferenças principais, que levaram à sistematização, estão no resultado da ação, no sentido da amplitude do acolhimento das necessidades de quem demanda e da implicação de quem cuida.

O olhar técnico, caracterizado por uma postura de se comprometer com o procedimento e os fluxos padronizados dentro do campo protocolar, não importando a pessoa e sua situação. Para que o cuidado se amplie nessa direção o outro necessita ser reconhecido em igualdade, como esta não se concretiza, ela é estabelecida por meio de um ideal, um fazer técnico. Este apresenta uma variação que seria uma postura com ações mais humanizadas no sentido de ouvir o paciente, acolhê-lo de forma gentil; reconhece que suas necessidades são complexas, mas não avançam para além dos limites protocolares. O outro continua sendo objeto construído, desta vez, mediante um olhar de cidadão como direitos e deveres.

Neste grupo a dificuldade, embora correlacionada com o contexto, conecta-se com as características do usuário e sua família, seja pela dificuldade de encontrar nela o apoio para o seguimento das prescrições, seja porque o usuário e sua família não se adaptam aos fluxos da USF; seja ainda porque o paciente em si apresenta características individuais que resultam nos problemas que precisam ser cuidados:

Tenho uma família em que todos têm problema de transtorno mental. Até a avó, que era a melhorzinha, agora está idosa, não tem condições. Uma delas quando chega aqui dribla tudo, já entra na sala do médico, brigando com todo mundo. Eu até entendo pelo problema que ela tem, o filho usa drogas, é violento, a filha é paraplégica, tem problema mental, ela tem HIV. Mas é muito complicado. (Profissional 9).

Para mim, são as famílias que não se responsabilizam pelos seus. Você tem o idoso, eles têm muitos problemas, a filha não se responsabiliza. O caso da Madalena a gente já tentou de todas as formas, eu não vejo saída, a saída é a família acolher, dar o remédio, ajudá-la a cuidar da casa. Claro que a gente fica do lado, dar apoio de remédio, orientações. Mas eu não consigo trabalhar só, preciso do apoio da família. Enfim são esses casos, querem que o ACS cuide, mas não querem dar a contrapartida. [...] São as famílias desestruturadas, eu entendo esse lado de ser desestruturada, por isso não consigo dar o apoio. (Profissional 6).

Ela mente o tempo todo. [...] O outro filho morreu porque ela deu antibiótico vencido para a criança, com preguiça de levar para o médico. (Profissional 2).

Estão satisfeitos em cumprir esse papel, a pessoa do cuidado não importa, embora simbolize a satisfação do dever cumprido pelo bem comum.

O olhar a que chamo de integral, a postura é de se envolver com as demandas, buscando resolvê-las, seja pelos canais instituídos, seja criando outros. A pessoa e sua situação importam em sua singularidade, a igualdade não é uma precondição, pois é a demanda, é a necessidade e seu contexto que se considera necessário ser transformada. O

juízo do outro não interferia na amplitude do cuidado, embora fosse substância necessária para ser acolhida no processo.

A principal característica do grupo categorizado como olhar integral foi buscar reconhecer o sujeito sem uma demarcação prévia e apoiar sua necessidade por meio de seu contexto. Estado que não está dado espontaneamente, exige sair do olhar padronizado, uma mudança de postura, a invenção de novas formas de agir. Nesse sentido, um profissional explica:

Era uma visita que você fazia e não se sentia legal, era o menino amarrado à mãe aterrorizada. É assim, os olhos da gente só veem o que está na frente, quando você faz uma análise, é que você olha para dentro. Então, diante daquela situação, no início, eu ficava me esquivando um pouco, igual a todo mundo. Então, é uma visita por mês, eu fazia, quando ela vinha e brigava. Até que eu disse, só me resta eu chegar, ganhar mais confiança. (Profissional 6).

Esses atores justificam sua ação ampliada a partir da cidadania como uma obrigação do profissional em garantir o direito do usuário, cuja situação em que se encontra é compreendida como exclusão do acesso a bens sociais. Por isso mesmo, faz parte da atuação do profissional responsabilizar-se também por ela. Está em pauta a capacidade de se implicar e de reconhecer o outro tendo suas demandas como legítimas, a ponto de se comprometer com elas de forma mais ampliada:

Além de querer que ela fosse bem acolhida, tinha a questão da gravidade da criança e ela vir a falecer. Daí, eu tentava ajudar do jeito que eu podia. Dava leite, levava pessoas, eu sabia de minha responsabilidade como cidadão mais do que outra coisa, pois ali não era só medicina. (Profissional 3).

Para esse grupo, o paciente em si não é causa ou parte do problema, mas a dificuldade se relaciona com o contexto em que se encontra.

Eu tenho um paciente difícil na minha área, não porque ele é difícil, mas a situação em que ele se encontra. Sofreu um acidente e ficou paraplégico. Ele era mecânico de moto. Chegava a ganhar 2 mil por semana, um serviço melhor ganhava 10 mil. Agora encontra-se em cima de uma cama com a pensão de um salário mínimo. Tem um contexto familiar com oito filhos, toda a família desconjugada; tiveram um grande abalo financeiro e emocional. Quando a gente chega lá, é só papavão. Tem uma criança de 13 anos que está fora da escola, pois o diretor não deixou matricular porque reprovou dois anos. Fui ao Conselho Tutelar [acionar a escola], mas também fui ao Cras falar da situação da família. A adolescente expulsa teve que cuidar dos outros irmãos, todos menores que ela, a mãe tem que trabalhar, além de cuidar do pai. [...] A gente vira assistente social, a gente vira psicólogo, a gente vira judeu, porque quando saem para dar pancada, é na gente que está perto. Tudo isso a gente tem de articular com as redes. Vamos ao distrito, vamos ao Cras, à cozinha comunitária. A pomada contra as escaras que ele usa custa 90 reais. Ele vai tirar da

boca dos filhos para comprar uma pomada? Ele tem que se cuidar, e não pode mais prover a família. (Profissional 8).

Nessas situações, o apoio da equipe, da gestão e dos serviços intersetoriais para atuarem nas demandas é o principal problema, sentem-se sós, mas justificam sua ação com a solidariedade e de ser o direito do paciente.

No olhar integral, o regime de ágape é facilitado, haja vista que prescinde da igualdade ou da justiça, pois ela já está posta a partir da construção da alteridade do outro como aquele que demanda o cuidado. Onde predominou o olhar técnico, esse estado foi possível, quando houve o que os profissionais chamaram de vínculo.

O estado de ágape não é fixo, tal qual se pôde evidenciar ao longo do cuidado da criança de Aíra, mesmo aqueles com uma compreensão integral estavam presos à objetificação dela inicialmente. Neste texto reúno principalmente os aprendizados recolhidos das entrevistas, são, portanto, imagens biográficas de situações de cuidado narradas pelos autores. A ideia de movimento está reduzida, o que possibilitou criar as imagens em polos, mas as mudanças desses estados podem ser percebidas no que os profissionais categorizaram como vínculo. A transição desses olhares atrelou-se a uma aceitação do outro de forma tácita, em que se vai adquirindo a capacidade de ampliar o cuidado independentemente de julgamentos.

Pelo tempo que eu estou aqui, eles já têm muito vínculo. Ontem mesmo, era grupo de hiperdia, mas eu atendi bem uns dez pacientes por fora; eles driblam a recepção e vão direto à minha sala: ‘Posso ter uma conversa com você?’ É o dia todinho, é impressionante. Pesa, mas eu já vi que é o vínculo, eles confiam, eles confiam. (Profissional 9).

Para fazer vínculo, tem que se misturar, eu tenho liberdade de chegar perto dos meninos inclusive usando droga. A pessoa tem a cultura dela. (Profissional 8).

Qualifico o vínculo como a relação construída entre os usuários e os profissionais mediante a responsabilização por ser papel desses profissionais, necessariamente, não se implicar de forma integral às suas demandas. Essa relação de acolhimento e inclusão, assim como a de exclusão e indiferença – em que não se constrói vínculo –, constitui-se na construção do reconhecimento da pessoa. Quando há o vínculo, não necessariamente há uma aceitação da pessoa em si, mas uma aceitação tácita da necessidade de cuidar. As demandas se tornam legítimas a ponto de ser aceitas pelos profissionais como justas na sua reivindicação de cuidado no sentido de interferirem de forma a superar os protocolos instituídos e se comprometerem com aspectos para além do biológico.

É importante evidenciar que o modelo de adscrição territorial da ESF – em que a equipe de saúde se responsabiliza por um conjunto de pessoas, as famílias e seu território existencial – facilita esse vínculo, impulsiona para o estado de amor ágape. Os encontros face a face se repetem ao longo do tempo pela vinculação do território, e a continuidade do cuidado torna as pessoas mais próximas e mais fácil a compreensão de suas necessidades de cuidado amplo como justo.

O vínculo é referido por quase todos como aceitar ou se comprometer com a pessoa, relacionado quase sempre como secundário ao conhecê-la de forma mais íntima ou detalhada. Seria um estar mais perto, reconhecer seu contexto, inteirar-se de suas necessidades e processos de vida.

Para alguns, ele é função do profissional, inerente à possibilidade de cuidar da pessoa. Cabe ao profissional construir uma relação em que o usuário se sinta acolhido e confie nele para que possa cuidar, justificção exposta especialmente para o grupo de cuidado integral. Para os outros, ocorre no contínuo do tempo da relação profissional-usuário, ou ainda, por ser morador do território e conviver com as pessoas há muito tempo.

Estamos falando de situações que ocorrem no contato face a face. Cotidianamente, os profissionais entram em contato com situações que desafiam seu saber e seu comprometimento produzindo afetos diversos, interpretados como afecções que são rejeitadas ou não, que facilitam o envolvimento ou não.

As justificções para as situações que demandam cuidado são atravessadas pela lógica biomédica e pelos valores sociais universalizados como justos. Segundo Boltanski (2000), esses valores estão articulados com ciclos de universalização e determinação, com a capacidade de atores em produzir um discurso identificado como tal, produzindo uma ação.

A disputa na relação de cuidado, buscando justificativas que possibilitem uma implicação com aspectos mais amplos ou não das necessidades do usuário está posta pela diretriz do direito de acesso do usuário e da noção de integralidade, os quais ampliam a função social do profissional em ter de dar uma resposta a essas necessidades, antes sequer vistas como parte do campo de atuação do profissional. Sendo uma questão recente, ainda não está incorporada como um dever da função. No campo, ela também não foi posta como reivindicação do usuário de forma explícita.

Ao longo deste texto, busco descrever as variações e mudanças de responsabilização e afetos. Elas estavam relacionadas com a capacidade dos usuários ou dos profissionais em construir uma reflexão crítica sobre a situação vivenciada, saindo do individual para o

coletivo, e nesse processo singularizando o usuário em suas necessidades, mudando a percepção dos sujeitos envolvidos na situação.

4.1 O olhar técnico e a justificação da (não) implicação: o cuidado a partir de um ideal e a pessoa como objeto

A maioria dos profissionais entrevistados reconhece as várias necessidades que vazam ao campo biológico. Questões inerentes à situação de pobreza e aos outros fatores de complexidade dos problemas são compreendidas como responsabilidade do setor saúde. Não obstante, como vimos, há diferentes formas de explicar e se implicar com isso.

Nem sempre a equipe de saúde se sente desafiada a se implicar e buscar soluções diante de problemas complexos embora seja uma diretriz teórica e legal. Convivemos no campo com atitudes de desresponsabilização pelo conjunto dos problemas correlacionados com a demanda do paciente. Para alguns, não são demandas que estão sob sua responsabilidade como denuncia um profissional em entrevista: “Está na lei, na Constituição, para as pessoas se envolverem, mas as pessoas não querem. Tem de ter um algo mais, acho que vem do berço, da formação.” (Profissional 6).

Essa assertiva da responsabilização do profissional ser uma questão relacionada com o indivíduo, seu caráter ou sua formação foi recorrente no campo e é no meu cotidiano de sala de aula. A necessidade de implicar-se e responsabilizar-se nessas questões não é respaldada pelo referencial teórico da biomedicina, cuja responsabilização se restringe ao campo biológico. Ampliar a ação para outros campos foi imputado a decisões morais e éticas ligadas ao caráter do profissional. Essas percepções, ao serem problematizadas durante a pesquisa, não são compreendidas como competências que podem ser adquiridas, não obstante, já demonstrarmos no caso de Aíra que a responsabilização e ampliação do cuidado se constroem em processo de aprendizado coletivo.

A complexa relação entre as questões que extrapolam o campo biológico e a saúde começa a ser admitida na literatura científica ocidental, principalmente, a partir da metade do século passado (ALMEIDA FILHO, 2011; BREILH, 2013), não representando ainda um conceito incorporado às práticas da maioria dos profissionais.

Em contrapartida, não obstante o referencial biomédico racionalmente se ater ao biológico, ele nomeia o que seja pessoa e o que é vida, compondo os fundamentos da forma de agir e sobre o que se responsabilizar de forma não explícita, camuflada pela noção da neutralidade e pelo utilitarismo – a doutrina da não doutrina (CAMARGO JR, 2005a). Não se

trata, apenas, de uma opção do profissional que cuida de se centrar no ser humano, e não na patologia. Não podemos esquecer que a arte está integrada à técnica. Como explica Ayres (2004a, p. 83): “A tecnociência médica incorpora a arte médica, molda essa arte, expressa essa arte. A arte médica, por sua vez, reclama a tecnociência, alimenta-se dela, transfigura-se nela.”

A literatura científica brasileira, desde a implantação do SUS, ressalta a necessidade de transformação das práticas de saúde em busca de um cuidado integral (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010; BARROS; HECKERT, 2010; PIRES; BOTAZZO, 2015; RODRIGUES, 2007). Nesses estudos, os problemas da atenção à saúde encontrados não são resultado de falha ética individual dos profissionais de saúde ou gestores, mas expressão do modo de se conceber e organizar o processo de trabalho, sendo necessário ampliar a técnica biomédica, ampliar os saberes que constituem a prática e, especialmente transformar a relação entre o cuidador, sua técnica e o paciente.

Como relatado no capítulo 1 sobre integralidade e biomedicina, a afirmação de que há necessidade de ampliar a técnica biomédica não se refere apenas à necessidade de buscar outras tecnologias baseadas em outras racionalidades, ou reinventar as relações entre técnicos e usuários – em que pese a importância disso para renovar as práticas de cuidado; mas também recolocar esse saber como um instrumento na relação de cuidado subjugado à evidenciação de seu poder disciplinar e de controle. De forma hegemônica, a técnica biomédica reduz o cuidado dissimulando seu poder em criar subjetividades tanto em quem cuida como na forma que compreendemos o que é saúde e doença, formas de ser e cuidar de si.

Verificamos, nessa direção, que a postura de não se deixar afetar pela complexidade do problema do usuário é facilmente protegida pelo cumprimento de metas numéricas ou por se envolver com a solução medicamentosa.

Ao longo do tempo, essa postura, focando nos procedimentos, mesmo de uma forma gentil, vai consolidando-se, alguns profissionais “ficam atuando no automático” (Profissional 8), desenvolvem uma forma de limitar sua ação: envolvem-se no sentido de acolher com um procedimento estipulado, escutam com paciência, mas não ultrapassam o fluxo burocrático instituído, sendo ele mesmo uma desculpa para não prosseguir com a demanda do paciente: “Ele faz tudo, mas não se envolve. Tem muito ACS que tem a área na cabeça em número, mas o conviver, as situações da comunidade ele não liga.” (Profissional 8).

No olhar técnico, os profissionais buscam firmar-se tratando do biológico. Os fluxos e protocolos construídos têm como objeto da ação o corpo, o biológico, a patologia e a

terapêutica. São protocolos muito bons e úteis ao que se aplicam – a patologia. Não estamos questionando sua validade, mas o que fazer com “a vida que vaza”, com as questões que são deixadas à margem, como diz Bonet (2014b, p. 336).

Não obstante a prática de se centrar em procedimentos, foi unânime entre os atores correlacionar a demanda do paciente com fatores complexos. Esse paradoxo também se relacionou com o reconhecimento do direito universal à assistência à saúde. Entretanto, os modos de apropriação do princípio de universalidade ganham sentidos distintos por meio de diferentes parâmetros com que se organiza o acesso e o cuidado em saúde. De modo que se ater à questão da patologia é um tipo de acolhimento e de acesso ao cuidado, respaldado teórica e hegemonicamente, mesmo indo na contramão do cuidado integral e da produção da saúde. Da mesma forma, essa relação é atravessada por várias possibilidades de reconhecer o cidadão e a concepção de cidadania.

O direito de cidadania, em sua concepção hegemônica, associa-se a deveres ou, ainda, à relação de reconhecimento entre iguais (LAVALLE, 2003). Vemos, portanto, dois atravessamentos possíveis na implicação do profissional com as demandas do usuário. Seu olhar técnico sobre o cuidado – se ampliado ou focando no campo biológico – e seu entendimento sobre quem é cidadão e tem o direito de cidadania.

O sentido mais tradicional de cidadania é a garantia de acesso aos recursos básicos à qualidade de vida, definida historicamente em uma comunidade, a todos aqueles considerados como membros do Estado-Nação (CARVALHO, 2002; MARSHAL, 1967). Contudo, como se estabelece alguém como membro pleno de direito, ou seja, pertencente a uma comunidade, e quais acessos devem ser garantidos, são questões históricas e processuais nas diferentes nações e no imaginário que permeiam nossas ações.

O conceito de cidadania é objeto de disputa entre várias formas de reconhecer o sujeito cidadão. Nesse contexto, a relação de cuidado, como qualquer outra relação de assistência, é perpassada por essa noção de direitos e de reconhecimento, o que invoca as noções de igualdade e alteridade. Diferenciar as várias percepções é mais premente em sociedades cujas relações de assistência são perpassadas pelo contexto de profundas desigualdades sociais, a exemplo da realidade brasileira.

Os conceitos de igualdade e cidadania se articulam (LAVALLE, 2003), ambos se prestam a diferentes operacionalizações e se conectam com outra noção, também extremamente pantanosa, que é de universalidade, uma das diretrizes da política de saúde brasileira.

A concepção de que todos são iguais perante a lei, e deve ser garantido o acesso aos bens sociais, construiu-se por meio de lutas e foi corporificada pela vivência concreta de condições materiais e de convivência social. A garantia de acesso universal, em sociedades onde essas condições não foram vivenciadas, deixa evidenciada a necessidade de estruturar preceitos normativos de humanismo para apoiar as relações daqueles que executam as políticas sociais (SOUZA, 2013).

Nossa realidade política e econômica produz sérias restrições à plena efetivação dos direitos sociais considerados universais pela Constituição brasileira. Santos (2009) demonstra como os ditames das contingências neoliberais em relação aos direitos sociais orientaram a organização do SUS ao longo destes anos, de modo que sua implementação foi orientada mais pelo financiamento do que pelo que orientam as leis que o regulamentam ou os resultados da qualidade e abrangência dos serviços.

Para além das questões economicistas e das condições materiais para garantia de implementação do direito à saúde, Souza (2013) alerta que a noção de universalidade do direito se relaciona com outras subjetividades universalizantes como o conhecimento científico (em nosso caso, o biomédico) ou a religião por exemplo. Subjetividades que estão inseridas no Estado por meio de seus agentes, de modo que a universalidade de acesso disputa com esses outros sentidos de universalidade.

Esses sentidos operam com preconceitos, discriminação e criminalização daqueles que não se enquadram, criando verdadeiras barreiras ao acesso de cuidado, constituindo-se um dos desafios ao acesso universal. Essa operacionalização do conceito diz respeito às tecnologias de governo estruturadas pelos seus agentes nas instituições, representam um campo político em que as relações de poder definem os sentidos de universalidade (SANTOS, 2013).

Segundo Souza (2013), esse conceito carrega a ambiguidade de se relacionar com um direito e uma obrigação, ser justiça e ao mesmo tempo um imperativo. Nessa diretriz o universal pode ser traduzido na imposição de formas consideradas saudáveis ou corretas de conduzir a vida de forma homogênea: “Criam-se sistemas indenitários que operam por homogeneização da vida.” (SOUZA, 2013, p. 164). Foi o que observamos no cuidado de Aíra.

Para ele, é na relação com o outro, com o singular e com o que se difere, que devemos testar a noção de universalidade, articulando-a com os conceitos de singularidade, diferença e alteridade, mais que de igualdade. A noção de singularidade pede outras referências que se pretendem universais e definir o acesso do cidadão (SOUZA, 2013). É na dificuldade de conciliar o conceito do universal e do singular que emerge o conceito de equidade, criando-se a possibilidade de distinguir a diferença na igualdade de direitos.

Com o conceito de equidade, chegamos novamente à noção de igualdade, na direção apresentada por Souza (2013), não mais associada ao sentido de “universal” a partir da noção de uniformização ou normatização. Pelo contrário, ele foge à atribuição de valores morais como válidos, o que está associado a uma defesa radical da vida “em sua dimensão não representativa, vida enquanto potência criadora e não universalizável” (SOUZA, 2013, p. 158).

Para que os serviços de saúde possibilitem o direito universal à assistência, faz-se necessário repensar a relação entre o singular e o universal; um universal que comporta a multiplicidade, em que é possível trabalhar com a especificidade e a singularidade de cada caso. O comum nesse caso implica o compartilhamento de multiplicidades de experiências em que as diferentes singularidades possam expressar-se (KASTRUP; PASSOS, 2013). A igualdade não pressupõe a individualização como um critério universal, mas no sentido da alteridade que suporta uma singularidade, com direito de reconhecimento e do merecimento.

Ajusta-se à teoria do ágape, em que não há uma equivalência geral, não recorre a um padrão de valor; no ágape, ama-se a pessoa que se encontra. Essa noção de cidadania se adapta à noção do grupo que atuava com olhar integral, que aprofundarei na seção 4.2.

No grupo técnico, o direito do usuário a ser assistido condicionava-se à sua capacidade em cumprir os fluxos e protocolos estipulados. O termo pertencimento a um estado de cidadão suscita a questão do reconhecimento do indivíduo como “digno” do direito, portanto está no plano da intersubjetividade, o que é bem mais complexo do que pertencer legalmente a uma nação; implica compreender como isso ocorre nas relações entre indivíduos, grupos e classes sociais, em especial quando o indivíduo é visto como o outro, ou diferente (ANDERSON; HONNET, 2011; LAMONT; MOLNAR, 2002).

O conceito de cidadania relaciona-se com a ideia de direito a ter direitos. Interpretação relacionada com a proposição de Marshall (1967) em um estudo clássico no qual historia os direitos de cidadania na Inglaterra, a partir do século XVIII, os quais, segundo ele, teriam evoluído na sequência de direitos civis, políticos e, por último, os sociais, associados à ascensão econômica e política da burguesia e ao crescimento das cidades.

Segundo Marshall (1967), os direitos civis (ligados à liberdade, como ir e vir, propriedade, associação, contatos, etc.) e políticos (ligados ao poder estatal: voto, ser eleito, participar de mecanismos de preposição de leis, etc.) são considerados de primeira geração, têm como foco o indivíduo. Já os direitos sociais, de segunda geração, dizem respeito às condições de acesso a bens produzidos socialmente, relativos ao que seja bem-estar e

qualidade de vida nesta sociedade ou garantias de sobrevivência mínima ou básica, como moradia, educação, saúde, saneamento, etc.

Leite (1991) ressalta que os direitos de cidadania resultam do estabelecimento de um pacto interno, entre sociedade civil e o estado expressos em um perfil de deveres e direitos. A noção de cidadania nas sociedades capitalísticas modernas construiu-se associada à: “generalização de condições de vida consideradas básicas, através da adoção de políticas sociais pelo Estado de Bem-Estar, inspirado pela política econômica keynesiana e hegemonizado pelo liberalismo democrático ou a social democracia.” (LEITE, 1991, p. 118).

Para a autora, as possibilidades de ampliação e consolidação de direitos de cidadania é um processo histórico, que depende do confronto de forças políticas e das condições estruturais, e não uma evolução dada ao capitalismo ou à democracia (LEITE, 1991). Nas nações europeias e nos Estados Unidos, o processo de construção da cidadania desenvolve-se por meio da disputa da burguesia por direitos, antes exclusivos da aristocracia. Esse processo se articula com a evolução do mercado capitalista, momento em que os pobres eram inclusos na produção da riqueza.

O fato de os trabalhadores estarem inclusos no processo de desenvolvimento possibilitou a essas sociedades vivenciarem, até a década de 1970, o acesso dessa classe a níveis de bem-estar compatíveis com o grau de desenvolvimento econômico da sociedade. Fato que recrudescer após esse período com a flexibilização e precarização da força de trabalho e a globalização dos recursos e riscos, um dos fatores associados à desestabilização política do Estado de bem-estar (LEITE, 1991).

Segundo Souza (2004), no processo de hegemonização da burguesia como elite no Brasil, ela construiu uma homogeneização de valores com generalização da própria economia emocional – domínio da razão sobre as emoções, cálculo prospectivo, autorresponsabilidade. Na Europa e nos Estados Unidos, isso foi um projeto homogeneizador, absorvido pelas lutas sociais e políticas de iniciativa dos próprios trabalhadores, que generalizou dimensões fundamentais de igualdade nas dimensões civis, sociais e política; ou seja, mediante a vivência de acesso a bens definidos socialmente, portanto garantidos pela sociedade por meio do Estado, foram forjados valores de igualdade e solidariedade que passaram a constituir parte do imaginário social (SOUZA, 2003a).

O Brasil e a América Latina adotam um modelo de desenvolvimento importado, voltado ao imediatismo da mercantilização e de interesses econômicos externos, associado ao enriquecimento fácil das elites. Dessa forma, não há como incluir os trabalhadores na

participação dos ganhos de produção e dos frutos do crescimento econômico (LAVINAS, 2002).

No Brasil, essa concepção permanece como visão predominante da elite, e se acelera após 1964, mas se sucede desde antes de sua estruturação como nação (CASTRO, 1984; LAVINAS, 2002; SOUZA, 2004; TELLES, 1993). De modo que, em nosso país, a diferença de renda entre os pobres e ricos é abismal. Já o rendimento médio mensal dos mais ricos em 2017 foi de R\$ 6.629,00; para os mais pobres, foi de R\$ 376,00. O grupo dos 10% mais ricos concentram 43,1% da renda do país (PNAD..., 2018). Isso vem sendo reproduzido de forma crônica pelas elites que se sucedem, facilitando a produção de ricos, e não de riqueza (COUTO, 2005).

As diferenças econômicas geradas criam um conflito com a ideia de igualdade civil, o que historicamente em outros países foi negociado com as políticas sociais. Segundo Lavallo (2003), existe, atualmente, desde a segunda metade do século XX, revisão dos pressupostos que viabilizaram politicamente a consolidação da noção de cidadania como política de acesso aos bens sociais.

A convivência com tamanha desigualdade social como a nossa nos fala da inexistência da concepção de cidadania e igualdade de direitos de forma corporificada, o que nos permite uma extrema tolerância com a miséria e a desigualdade. A estrutura social não é percebida como reprodutora dessa situação, o que impede de “mobilizar vontades políticas na defesa de padrões mínimos de vida para que esse país mereça ser chamado de civilizado” (TELLES, 1993, n. p.).

Apesar de termos herdado uma hierarquia de valores da modernidade, estes se associam ao desenvolvimento de uma ordem capitalística excludente. Esses valores articulam-se com a crença de que todos dispõem de igualdade de acesso, e aqueles que têm competência, disciplina e agem com esforço e racionalidade vencem. Esse vencer está associado a um padrão de consumo e com a disposição para agir segundo os valores da modernidade ocidental.

Há todo um arcabouço psíquico social de explicações que naturalizam a pobreza, não tendo sido construído historicamente de forma vivencial um sentido de igualdade básica política, cultural e social. Facilmente se justifica a desigualdade, o que dificulta o processo de desenvolvimento de políticas de direito e o reconhecimento mútuo de direitos de civilidade. Dessa forma, facilmente o indivíduo é relacionado com sua falta de acesso aos bens sociais. Pensamento que se reforça quando ele não segue as prescrições, os fluxos e protocolos estipulados na organização da assistência.

No capítulo 3, onde descrevo o cuidado da criança de Aíra, foi possível aprofundar como o pobre é visto de forma hegemônica ao longo da história. Nesse ponto, trago imagens de como a condição de pobreza é um fator de complexidade das demandas dos usuários e um atravessamento nas relações de cuidado vivenciadas. Essa condição tornou mais evidente as lógicas que reconhecem o sujeito e compreendem a sua relação com a situação em que se encontra. Diferentemente de outros níveis de atenção, essa não é uma informação dada no plano intelectual; ela é visualizada e sentida com o corpo. Em duas ocasiões, ela foi percebida como sofrimento por ter de conviver com a situação:

Eu achava que vulnerável era eu: sem profissão, vivendo na casa de minha irmã. Mas quando eu vi aquela situação da comunidade, de uma mãe vivendo dentro da lama... a gente ficava agoniada, querendo sair dali. Fedendo. Não sei, parece que se acostuma. Eu me sentia muito triste, saía agoniada. Na presença, a gente tinha que acalantar a criança, mas não tinha o que fazer ou dizer. Eu chorava. Diante da família, eu só ouvia, o marido sumiu, está bebendo, o filho está assim, o outro está com diarreia. (Profissional 5).

Tinha um menino da equipe [desistiu de ser ACS]. Ele chegou à casa, o menino chorando, a mãe disse que não era nada não, ele só estava com fome, só tinha comido cuscuz no dia anterior. Ele foi a casa dele, pegou uma banana e deu para a criança, ela comeu com casca e tudo. Ele não aguentou não, ele pediu para sair. Muita pobreza, muita carência. O pessoal não tem dinheiro nem para ir para um hospital. Ele se viu dentro de um buraco que para ele não tinha solução, era uma coisa muito distante. Ele desistiu. (Profissional 6).

Como já discutido, a percepção de sofrimento é uma produção social, são interpretações conscientes ou corporais que se articulam com as relações de saber-poder em que estamos inseridos (PUSSETI; BRAZZABENI, 2011; SARTI, 2001). Faz-se necessário observar as dinâmicas sociais e das forças que o constroem, reconhecem e nomeiam; nesse caso, com a forma como vemos o pobre e a pobreza, já analisada neste trabalho no capítulo 3.

A questão da pobreza não é abordada no campo de formação dos profissionais da saúde. Nas situações vivenciadas, categorizadas como olhar técnico, se não era possível desenvolver um procedimento, se não cabia dissecar o problema encaminhando para especialistas, a forma como os profissionais agiam correlacionava-se com julgamentos que operavam no campo da meritocracia, percebendo a pessoa como culpada pela situação em que se encontra.

O sujeito e sua situação vão ser abordados por meio de valores e signos da sociedade em relação ao pobre e à pobreza, produzindo afetos relacionados com a impotência, raiva e compaixão. Enfatizo que essa divisão entre ação técnica e sentimento é analítica, as próprias

práticas e técnicas estão condicionadas e se relacionam com esses valores gerais, conforme regimes de verdade hegemônicos (FOUCAULT, 1979c).

Como discutimos, a condição de ser pobre é definida a partir da situação de receber assistência. A pessoa recebe a assistência não por direito ao bem, mas por ser incapaz de obtê-lo sozinho. Para a justificativa de uma sociedade desigual, essa categoria tem de ser sustentada (SIMMEL, 2014). Sua condição é percebida de forma anistórica, cujo únicos culpados são os que demandam a assistência (TELLES, 1993).

A prioridade dessas pessoas enquadradas como pobres, do ponto de vista hegemônico, deveria ser o trabalho e o empenho em mudar de vida (SOUZA, 2009). No campo, não foram poucos os exemplos que me relataram para comprovar essa versão. Por exemplo, no período da desnutrição grave do filho caçula de Aíra, a ACS direcionou uma cesta básica para ela. Essa ação é comum para um time de futebol da vizinhança organizado pelo marido da ACS. O médico de referência relata em entrevista que a ACS comentou furiosa: “ [...] passou a maior vergonha, pois pessoas do time viram Aíra em um bar e se negavam a continuar doando: está passando fome porque não pode comprar comida, mas pode comprar um litrão de cerveja.” (Profissional 3).

Para alguns profissionais, facilmente ficam tentados a julgar que a pessoa “se deixa ficar nessa situação” (Profissional 2) ou “não é digna de nosso interesse” (Estudante sobre o comportamento de Aíra, Diário de campo), mas outros interpretam a mesma informação de outra forma: “Fazer o quê? A gente sabe da situação dela; não é por causa de um litro de cerveja, é?” (Profissional 3).

Mesmo para aqueles que têm uma visão social de direitos de cidadania, vincular-se a alguém que ele avalia “como preguiçosa e com déficit cognitivo” ou “que não quer cuidar do filho” ou “cria os filhos como Deus cria batata” não é algo que acontece por meio da empatia de iguais, mas na construção da alteridade, na reflexão e observação da relação que se constrói, como veremos na seção 4.2.

Questões relativas às necessidades materiais surgem continuamente no cotidiano do cuidado e normalmente geram ações compassivas. Em várias entrevistas – e observei no cotidiano –, relata-se que, sem muita dificuldade, os profissionais se organizam e buscam soluções locais quando o encaminhamento para os serviços de assistência social não resolve. São vários os relatos de cotas para comprar cestas básicas, enxoval de bebê ou conseguir uma passagem para que um usuário possa ir realizar algum exame em outro serviço.

Esse tipo de ação é relatado nas entrevistas como um exemplo de implicação da equipe e simboliza o grau de comprometimento gerado nas relações de cuidado. Foi comum

aos dois grupos categorizados, mais uma vez, a diferença de estar no que motiva tais ações e a forma como o paciente participa ou é reconhecido nelas. No grupo técnico, geralmente o sentimento estava relacionado com a compaixão; no grupo da ação integral, era mais comum a solidariedade.

Caracterizei o sentimento de compaixão como perceber a situação do outro, suas carências, mas não visualizar potência nele de reagir à situação. Nas línguas derivadas do latim, o prefixo “com” e o radical “passio”, originalmente significa “sofrimento”, alguns interpretam como paixão (KUNDERA, 2008). No primeiro caso, tem quase o mesmo significado de piedade, que seria sofrer junto, mas corresponde a buscar sentir a dor ou sofrimento do outro, o que corresponde a uma desigualdade, apenas um sofre. Já na ideia de paixão, remete-se à ideia de mesmo sentimento, que pode ser bom ou ruim, mas essa conotação não é hegemônica em nosso meio.

Sigo uma ideia do senso comum de que a compaixão se assemelha a ter pena de quem sofre, mas ninguém deseja ser alvo de pena, não por estar em sofrimento, mas pela conotação de fraqueza ou fracasso.

Segundo Spinoza (2009, parte 3, Definição dos afetos 18): “A comiseração é uma tristeza acompanhada da ideia de um mal que atingiu outro que imaginamos ser nosso semelhante.” É um afeto relacionado com tristeza, reduz potência. Ele trabalha com os termos comiseração, piedade e benevolência. No caso, a piedade para ele, ao contrário da língua latina e a tradição cristã que se articula com a noção de sofrer junto, está associada ao desejo de fazer o bem, de quem vive guiado pela razão (Parte IV Proposição 37 Escólio 2) inerente aos homens sábios.

Para não me afastar da empiria do campo e me manter próximo ao uso coloquial em nossa língua, contraponho compaixão à solidariedade, em que aquela conota a diferença entre os sujeitos, no qual um se condói da dor ou situação do outro. Condiz com o amor *philia* e eros. No *philia*, a igualdade está dada, o sofrimento do outro facilmente produz empatia. No eros, a empatia está associada a um ideal sublimado e coletivo.

Outra diferença que se produz entre os dois sentimentos está em como se percebe a pessoa e sua situação. Na compaixão, a situação do outro tem algo de aviltante, mas a pessoa é parte dela. A situação é uma agravante, mas o principal empecilho é a pessoa, sua fragilidade, sua cultura, seu modo de ver a vida. São comuns julgamentos do comportamento do usuário ou da família sem explicitar sua ligação com a pobreza: “A criança desnutriu por falta de alimentação e de higiene, pois havia leite e orientação.” (Profissional 2).

Apesar de o profissional procurar sentir a dor do outro, seu julgamento baseia-se no lugar externo que ocupa. Aquele que sofre é visto como carente, não dispõe de recursos próprios, nem potência de produção de vida. Tudo o que o profissional enxerga é a ajuda no sentido de realizar pelo outro ou de prescrever soluções.

Como vimos, em vários exemplos colhidos até o momento, é necessário que o usuário se adapte aos fluxos e prescrições para ser acolhido. Assumir uma identidade que lhe atribuem é uma estratégia de poder, construída na necessidade de sobrevivência, de obter a ajuda de que necessita. Fassin (2003) produz a noção de razão humanitária para designar a lógica da ajuda para aqueles que são considerados como merecedores de assistência do Estado, justificada por estarem excluídos de acesso a determinados bens ou por terem sofrido injúrias (seus estudos na França envolvem refugiados e migrantes). Produz-se uma ideia humanitária de assistência, restrita a grupos específicos que devem mostrar seu sofrimento e sequelas, assumindo um lugar hierarquicamente desigual diante de relações morais específicas.

As políticas, quando focalizadas – como o SUS vem sendo implementado – podem objetivar integração e inclusão social, mas acabam por estigmatizar pessoas dado que elas precisam assumir uma descrição prefixada para ter acesso ao direito (KERSTENETZKY, 2006). A assistência paliativa acaba por mascarar a exclusão dos direitos sociais, impede seu reconhecimento como direito civil, possibilitando subjetivações que reforçam a forma como a sociedade rotula essas pessoas.

A assistência só se justifica a partir do acionamento de uma razão humanitária, fatores que despertam nos outros e nos executores da política a justeza da reivindicação do direito (FASSIN, 2003), visão diferente de agir na assistência por meio de uma vida não qualificada. Nessa tentativa de administrar a desigualdade, os argumentos morais em que se baseiam as políticas focalizadas se centram no corpo como fonte de direitos, mas faz-se necessária a incorporação do poder pelos dominados (FASSIN, 2003).

Para Fassin (2003), afecções como compaixão, dor, sofrimento são recursos de subjetivação, produzem formas de uso do corpo que se enquadra à biopolítica, possibilitando um tipo de cuidado que homogeneíza.

A fronteira em reconhecer que qualquer vida vale a pena, o humano como valor universal abstrato, e a operacionalização disso na política de assistência representa um ponto de interface com os estágios de justiça e de ágape, como também das várias questões levantadas no reconhecimento social. A assistência envolve princípios morais e sentimentos, que se imbricam, o reconhecimento do direito a ser cuidado não pode articular-se com critérios que definem o usuário como pobre e desafortunado.

Cuidar nessa direção se relaciona com a lógica de modificar o outro em direção a uma normatividade externa, disciplinado, adaptando-se às formas hegemônicas de ser e cuidar de si. A ação parte do olhar de que o usuário não é capaz, dessa forma, ele não é considerado na construção do cuidado. O outro é o diferente, não há possibilidade de reciprocidade, resta apenas o reconhecimento como justiça, a garantia do acesso aos protocolos instituídos.

O que delimitei como sentimento de solidariedade consiste no profissional se deixar afetar pela situação de vida das pessoas do território por compreender a contingência social e econômica a que estão submetidas e se implicar com elas. Onde houve solidariedade, mesmo não se tendo previamente valores compartilhados, produziu-se um sentimento de pertença mediante a ação de buscar compartilhar compressões sobre os problemas enfrentados.

A empatia faz-se necessária no sentido de olhar para o outro, ver o outro, o que é comum também a compaixão, mas para a solidariedade, como o estado de ágape, interessa pouco o julgamento que se faz da pessoa; a situação e a necessidade são percebidas como responsabilidade do profissional. Não parece sofrer com a situação, apenas age: “Eu ajo com alegria, a pessoa também fica alegre.” (Profissional 6). Esse profissional, em uma ocasião, quando não tinha nada a fazer, ficou junto, disponibilizando sua alegria e escuta, o que alguns julgavam não ser sua função.

Voltarei à questão da solidariedade na seção 4.2, associando ao ágape e ao olhar integral. Neste momento, retomo a percepção da pobreza, como se relaciona com os afetos desencadeados e as ações de cuidado no grupo técnico. Nesse emaranhado de sentimentos, a lógica predominante é que o direito à saúde, de forma ampla, deve existir se a pessoa se comportar no sentido de aceitar os fluxos e seguir as prescrições. Isso resulta em conflito, pois para o profissional, a pessoa não faz a parte dela, ou “não reconhece o esforço da gente” (Profissional 2). Uma das profissionais relaciona seu sentimento com a raiva, diante da impotência de não poder transformar a situação do outro:

De que eu tenho raiva na Aíra é a falta de compromisso dela com as coisas dela e com ela mesmo, a falta de compromisso de cuidar da saúde, de chegar no horário certo, porque ela não chega porque não quer. (Profissional 1).

Um dos afetos mais expressos, nas ocasiões em que a situação do paciente, correlacionada com as condições de pobreza, difere em muito da situação do profissional, foi o sentimento de impotência: “A gente está enxugando gelo.” (Profissional 13). Nesse sentido, aproxima-se dos sentimentos quando não é possível agir por meio de um procedimento técnico.

Como demonstrou Boltanski (2000), o reconhecimento de que as demandas do indivíduo são legítimas depende de sua capacidade de elaborar um discurso que esteja próximo da aceitação do que é considerado justo e valorizado no coletivo. O autor sugere que, para que uma denúncia ou reivindicação pública possa ser considerada válida, faz-se necessário que seu autor – em nosso caso o sujeito que reivindica cuidado, o paciente – necessita aproximar-se ou obedecer a um sistema de regras para que sua necessidade não seja ignorada ou desqualificada. Acolher ou seguir as prescrições ou adotar formas de cuidar de si consideradas saudáveis pelos profissionais foi um dos fatores mais importantes para a amplitude do cuidado.

Um caso para mim emblemático, que demonstra a possibilidade do reconhecimento pela identificação que iguala os atores na relação, foi a sugestão de uma das profissionais para que eu entrevistasse uma paciente: “Tão pobre como Aíra, mesmo assim responsável, limpinha, faz tudo que a gente orienta. Cuida mesmo do filho.” (Profissional 1).

A entrevista realizou-se. Tratava-se de uma adolescente, primeiro filho, vivendo nas mesmas condições econômicas de Aíra. Entretanto, tinha uma rede social forte apesar da dificuldade financeira. Para ela, a profissional era uma segunda mãe, via todos no posto como pessoas em que se pode confiar. O fato de o paciente se fazer reconhecer, geralmente aceitando as prescrições e orientações do profissional, representou uma forma de ser acolhido de forma mais integral, independentemente de outras diferenças existentes.

Uma das questões citadas no que diz respeito à responsabilização e implicação com o cuidado onde há diferenças marcantes, diz respeito à dificuldade em produzir autonomia:

Se os filhos adoecem, elas põem a responsabilidade no ACS, que não faz nada. Eu digo, a responsabilidade do cuidado de seu filho é sua. Elas acham que é tudo do ACS. Eu cheguei a dizer, se você não fizer pelo seu filho, eu não lhe ajudo mais, eu faço a minha parte, mas a mãe tem que fazer a dela. Eu te ajudo, e você me ajuda. Ela não faz a parte dela. (Profissional 2).

A autonomia neste trabalho é entendida como processo relacional de interdependência e construção de reconhecimento social conforme discutem Anderson e Honnet (2011):

É um feito impressionante que no caminho da infância desamparada para a autonomia madura nós nos tornemos capazes de confiar em nossos próprios sentimentos e intuições, de defendermos aquilo em que acreditamos e de considerarmos nossos projetos e realizações como dignos de valor. Não podemos trilhar esse caminho sozinhos, e somos, em cada passo dessa trajetória, vulneráveis a injustiças que reduzem nossa autonomia – não somente à intervenção ou à privação material, mas também ao rompimento dos nexos sociais que são necessários à autonomia. (ANDERSON; HONNET, 2011, p. 86).

Diferentemente da ideia hegemônica no Ocidente, onde temos a ilusão de que somos capazes de construir a nós mesmos e realizar nossas escolhas, em um mundo de igualdade perante as leis e as oportunidades, os indivíduos devem ser empreendedores de si mesmos e construir autonomia (BAUMAN; DONSKIS, 2014; MOL, 2008b; PERRUSSI, 2015). Pessoas que não se enquadram nessa perspectiva, como Aíra e sua família, são consideradas como exemplo de acomodação e responsabilizadas pela situação que vivem.

Dessa forma, a autonomia se articula com o debate sobre que cidadania estamos compreendendo e como percebemos o sujeito na relação de assistência e a garantia do direito de acesso à saúde.

Apesar do referencial teórico, que fragmenta o olhar e justifica ações especificadas no campo patológico, e a visão de cidadania condicionada ao reconhecimento do outro como igual, a complexidade das demandas é um fator difícil de ser ignorado, diante da vinculação da equipe a um território e a forma longitudinal que o serviço é prestado, mesmo “atuando no automático”. Sendo isso mais uma evidência do êxito de estruturar a ABS baseada na vinculação da equipe a um território. Conviver ao longo do tempo, em uma proximidade face a face representa um fator importante para que as demandas dos pacientes se mostrem em toda a sua dimensão.

A percepção da complexidade da demanda do usuário choca-se com a forma de atuar dissecando-a de suas complexas relações. Essa forma de atuar se articula com seu poder estipulado socialmente de resolver pelo outro, aliado à promessa biomédica de poder atuar e controlar as questões referentes à vida e a seus processos patológicos. Constrói-se uma ideia de onipotência que não está no profissional em si, embora ele também a reproduza, mas no poder atribuído à sua tecnociência de modo que formata sua forma e capacidade de avaliar essas situações, mesmo onde seu saber não detém a solução.

Quase sempre essa noção se associa a aspectos de responsabilização, seja porque o profissional compreende que seu papel é resolver, seja porque se sente pressionado a resolver. No campo, foi associado ao sentimento de impotência diante das demandas de cuidado:

Eu sinto que tenho que fazer mais por estas pessoas e eu sinto que se eu não fizer alguma coisa, eu não estou fazendo nada. Não consigo ir para casa sem fazer nada. Eu não consigo dormir. Eu conto carneirinho, tomo chá de camomila, da casca do maracujá, que é mais eficiente. Esta semana tomei um Rivotril. (Profissional 2).

Como discuti, as demandas da APS caracterizam-se pela complexidade que se apresentam. São demandas que se mantêm ao longo do tempo, seja por serem problemas

patológicos crônicos, seja por serem relacionados com a produção da vida, complexos demais para serem curados, mas não para serem cuidados (VASCONCELOS, 2010). A expectativa de intervir e resolver pelo outro, a fim de conseguir uma solução definitiva, leva à noção de que a ação só se faz necessária se for para dirimir o problema, o que talvez explique o sentimento de impotência.

O profissional sente a necessidade de ser reconhecido em seu trabalho, relatando sofrimento quando não sente que seu esforço é reconhecido pelo usuário ou pela gestão. Na relação de cuidado, há pelo menos duas pessoas – o cuidador e o cuidado – e ambas reivindicam reconhecimento. Por exemplo, foi comum o sentimento de se sentir injustiçado por ser culpabilizado, em situações de grande demanda de trabalho, pela dificuldade de acesso dos usuários.

Nas situações de grande demanda, é comum a reivindicação de atendimento do usuário dirigir-se ao profissional, não rara as vezes sob a forma de conflito. Cheguei a vivenciar ameaças de agressão quando o usuário não se sente acolhido. Em várias situações, o profissional buscava acolher, longe do descaso, que ouvimos apregoar pelo senso comum, de que funcionário público não se importa com o usuário. “A gente dizia que não tem condição, eram mais de cinquenta pessoas para serem atendidas, eles não entendiam, para eles era revoltante, eles não aceitavam. Passamos por muitas aflições, agressões física e psicológica. Pessoas ameaçando mesmo.” (Profissional 9).

Nessas situações, o profissional não vê seu esforço ser reconhecido, sua tendência é aumentar a distância do usuário: “Tem hora que não vale a pena, há muita ingratidão. Por mais que se faça, as pessoas não reconhecem. Não conseguimos estabelecer um diálogo, parecem não querer compreender.” (Profissional 9).

Quando se sentiram injustiçados, recorreram aos fluxos, protocolos e procedimentos burocráticos, mesmo que isso significasse aumento do conflito ou a desistência do paciente. Nesse caso, possibilita-se um tipo de cuidado baseado em realizar o procedimento. O exemplo relaciona-se com uma realidade comum nos serviços de assistência à saúde do SUS, uma demanda muito maior do que é possível atender com qualidade. Questão que atravessa as situações de cuidado vivenciadas. O profissional contrapõe sua luta por reconhecimento com a do usuário, espera um contradom, o outro reivindica a mesma coisa: respeito e justiça. Relação sem diálogo, que se qualifica como o estado de violência (BOLTANSKI, 2000).

Seria possível ao invés de se contrapor um ao outro se unirem na reivindicação? Mas isso remete à transformação das relações de saber-poder que reproduzem esta estrutura: o usuário traz sua demanda de forma passiva e cabe ao outro resolvê-la. O que torna esse

diálogo mais difícil não é só o espaço-tempo disponível diante da fila que pressiona atendimento, mas todas as racionalidades que venho tentando descrever ao longo do texto, especialmente esta última.

Essa situação é agravada quando questões culturais e econômicas se interpõem na relação do usuário e dos profissionais de forma mais acentuada: “Fico pensando nas palavras delas até chegar à conclusão de que eu tenho que relevar. Aquilo é ignorância delas, que eu tenho que ouvir as palavras agressivas delas, ouvir e perdoar. São pessoas pobres e sem educação.” (Profissional 2).

A aproximação face a face com os usuários, construída com a longitudinalidade do cuidado e a construção de fluxos dialogados, embora só dentro da equipe, e comunicados à população, possibilitou superar parte das dificuldades relatadas: “Fomos mudando muitas vezes o acolhimento, fomos conversando, fizemos muitas reuniões, até que conseguimos organizar e deixar organizada a agenda. [...] Hoje eles confiam.” (Profissional 9).

Os afetos gerados, nessas situações de pressão por atendimento ou a cobrança que o profissional faz de si em resolver a demanda, leva muitas vezes a sofrimento físico. Uma profissional, que desistiu de continuar na USF, informa que desenvolveu infecção urinária porque não conseguia ir ao sanitário, pressionada pela enorme demanda.

Em situação semelhante, um profissional trocou de equipe de saúde. Estava em uma área de quase 5 mil pessoas 100% dependentes do SUS, para uma com um número de pessoas um pouco menor, mas com uma população mais envelhecida e mais bem estabilizada economicamente. Relata que após a mudança, sente-se bem, consegue estabelecer uma relação prazerosa com seus pacientes. Antes se sentia adoecendo. Não atribui a dificuldade da relação à alta demanda, gerando a grande quantidade de trabalho, nem às diferenças sociais e econômicas das duas populações, mas sim às características das pessoas do lugar: “Agora eu consigo estabelecer uma conversa amigável, mesmo quando as pessoas não concordam com o que eu falo, elas dialogam. Lá, elas ameaçavam, desqualificavam.” (Profissional 7).

Ele atribui ao fato da existência do tráfico e da pouca educação das pessoas. Sentia que a relação estava transformando-o no sentido de que não conseguia estabelecer vínculo com os usuários, questão que considerava fundamental na sua profissão. É fácil associar que ficou mais fácil o ato de construir vínculo ao fato de ser aceito nas suas orientações, facilitando a reciprocidade das relações. Mudando de contexto, manteve-se no mesmo estado, agora harmonizado.

Contudo, classificar o regime de ação do profissional não resume a situação. É importante associar a essa interpretação o contexto de seu trabalho, não como forma de

justificativa, mas como outro atravessamento no diagrama da situação de cuidado. Mais uma vez, a estrutura é um vetor importante dos regimes de ação, ele tinha uma demanda superior aos parâmetros de qualidade de consultas ambulatoriais, tendo não apenas de atendê-la, mas fazê-lo dentro da noção de que é a ele que cabe dar uma resposta. Essa resposta estava limitada às práticas e aos procedimentos técnicos; além disso, sentia-se só na equipe no que se refere ao discurso da necessidade de mudar o processo de trabalho para uma ampliação do cuidado.

Outro aspecto a ser levado em consideração para compreender esse sofrimento é a ameaça à noção da onipotência do papel social do profissional de saúde, a qual não está só na prática médica, mas no poder que é sustentado nas relações; portanto é produzida ao mesmo tempo que produz o olhar e a ação do profissional. Os indivíduos assumem comportamentos resultantes de níveis de sociabilidade e códigos de obrigações recíprocas entre as pessoas e grupos do lugar onde vivem e da sociedade em geral. O reconhecimento social do indivíduo se situa no comportamento baseado nesses códigos e signos. Esses códigos são aprendidos e mobilizados em competências de se fazer reconhecido (BOLTANSKI, 2000). Portanto, ser aquele que resolve é um lugar que o profissional espera ocupar para ser reconhecido, mesmo que não seja uma motivação explícita.

É difícil ao profissional sair desse lugar de quem resolve, sem perder sua implicação. Entretanto, nas práticas cotidianas da UBS, até mesmo no espaço do Acolhimento, buscar uma intermediação dos diferentes universos e signos não aparece como prática e competência. O mais comum foi tentar convencer o usuário a se adaptar ao que estava instituído. O que resta a ele é tentar corresponder ao ideal posto pelo profissional seguindo o regime de rotina. Na seção 4.2, aprofundarei que o contrário também foi possível. Quando se busca um olhar de cidadão e um cuidado integral, o estado de ágape, como ação, não necessita de reciprocidade, mas não desiste de estabelecer uma relação de cuidado.

Outra situação comum a esse olhar técnico é assimilar diretrizes de cuidado ampliado como mais um procedimento ou uma normativa. No cotidiano do trabalho da USF estudada, verificou-se um conjunto de ações que ampliam as ações para além do campo biológico. Algumas dessas ações já se tornaram parte de protocolos de cuidados usados em âmbito nacional. Os protocolos definem diretrizes para reconhecimento das necessidades e os sujeitos passíveis de cuidado. A ação desse grupo tende a ficar no limite protocolar estabelecido como pode espelhar o exemplo a seguir.

A gente diagnosticou tuberculose, ela era resistente em aderir ao tratamento. Não queria tomar a medicação. Eu tinha que fazer a dose supervisionada, revezávamos para todo dia ir à casa dela, inclusive sábado e domingo para ela tomar a medicação. Foi sofrido. Ficamos seis meses atrás de uma paciente com a medicação. Ela dizia que não tomava, não dizia por que, mas quando a gente dava, ela aceitava. Nunca entendemos por quê. Parece que ela queria chamar a atenção da equipe. Ela conseguiu se curar. (Profissional 9).

Essa família tem um contexto socioeconômico semelhante ao de Aíra: cinco filhos vivendo em um casebre, o pai adicto, auxiliar de pedreiro, sem emprego fixo. A mãe olha carros na rua em troca de trocados; esmolou grande parte de sua vida. A renda mais constante é proveniente do Bolsa Família. Para quem pede esmola, chamar a atenção é um comportamento importante, também construído socialmente. Já discuti sobre a importância do papel atribuído ao pobre como merecedor da caridade, alguém que deve comportar-se como carente e aceitar a compaixão daqueles que se importam com ele (SIMMEL, 2014).

A forma como a equipe cuidou dela mostra responsabilização e empenho, mas ainda limitados ao procedimento normatizado. Terminado o tratamento da tuberculose, a família deixou de ser objeto de cuidado continuado, exceto por livre demanda. A ação de ir até a casa da paciente para dar a medicação prescrita já é uma ação padronizada pelo protocolo nacional de assistência e controle da tuberculose (BRASIL, 2011b).

A ação consiste na chamada dose supervisionada – dar o medicamento para que o paciente tome diante da equipe –, um procedimento da ABS, consta como código para programação de procedimentos e financeira (BRASIL, 2011b). Atualmente, a vigilância epidemiológica sugere uma série de procedimentos para fomentar o tratamento de patologias de importância epidêmica e endêmica como a tuberculose: cesta básica, café da manhã na UBS e dose supervisionada.

As equipes acionam o benefício quando há dificuldade de o paciente aderir ao tratamento. Os usuários são objetivados como de risco para abandono do tratamento, de acordo com um perfil previamente estabelecido: ter abandonado um primeiro tratamento; usuário de álcool ou drogas; morador de rua; portador de doença mental; portador ou paciente de HIV; presidiário; desempregado.

O termo adesão tenta guardar a ideia de livre iniciativa ou escolha, uma ação ativa da pessoa em decidir cuidar-se. A dose supervisionada se justifica pela ameaça coletiva da tuberculose e o aumento de cepas resistentes. O protocolo sugere que a equipe de saúde deve considerar o indivíduo como um todo, buscando compreender suas dificuldades, assim como outros aspectos relevantes, a exemplo da interferência e opinião da família, da rede social da pessoa e seu contexto de vida (BRASIL, 2011b).

Teoricamente, não se trata de uma imposição. Busca-se apoiar o usuário para que consiga aderir ao tratamento. Não obstante, o usuário é objetivado apenas em seu perfil de risco, o que acaba por capturar a dose supervisionada em apenas mais um procedimento técnico, apesar de ser avaliado como uma ação para além do aspecto biológico.

Em outra situação, a equipe conseguiu que uma paciente portadora de tuberculose, também adicta ao álcool, conseguisse ser admitida na Cozinha Comunitária do bairro. Nas diretrizes da gestão da Cozinha, ela não admitia pessoas com doenças infectocontagiosas. Acordou-se que, excepcionalmente, essa paciente receberia uma marmita e faria a refeição fora do estabelecimento da Cozinha. Com poucas semanas, a paciente foi suspensa do benefício porque foi flagrada por funcionários bebendo na rua com a marmita. Apesar da intervenção da equipe, não conseguiram readmiti-la. Nessa visão, só é possível garantir o auxílio de uma política focalizada que não reconhece o outro como digno, pelo contrário, ele é reconhecido a partir de seu lugar de carência; se ele aderir às diretrizes e aos valores hegemônicos, externos ao beneficiado e seu contexto (FASSIN, 2012).

Em outra direção dessa forma de agir pelo outro, embora o papel do paciente como objeto seja o mesmo, está o exemplo da laqueadura de Aíra. O profissional fez muito além do que era esperado, não apenas a levou em seu carro, mas ajeitou os documentos, foi atrás do marido para assinar, agendou no hospital a laqueadura e no dia pressionou o médico para que realizasse o procedimento. Sua ação inclui levar Aíra “pela mão” (Profissional 1) para realizar a laqueadura: “Quando a gente chegou, ela tentou fugir de novo: ‘Eu vou ali resolver uma coisa’. Eu disse: vai não, vou perder minha viagem não. Você vai esperar.” (Profissional 2).

Resolve pelo outro. Não que houve uma imposição explícita. Essa paciente, em três anos de acompanhamento, dizia que desejava a laqueadura, mas durante esse período, teve mais dois filhos – totalizando oito gravidezes – e não tomou nenhuma atitude em direção ao desejo manifesto apesar dos vários encaminhamentos da equipe de saúde.

Sobre o procedimento, o profissional afirma que não queria ver tanta criança sofrendo no mundo e “ela queria ligar, mas tinha medo que doesse” (Profissional 2). Explica que a paciente não tem estrutura para decidir e fazer sozinha. Justifica que até mesmo para conseguir que o pai e a avó ficassem com os filhos enquanto fazia o procedimento, ela teve de intervir. Em um momento, ela afirma que “ela é maria vai com as outras”. Em outro, reconhece que “ela não teve sorte, é uma vida muito difícil” (Profissional 2).

São muitas questões que atravessam esse fazer para julgarmos essa atitude do profissional, assim como a aparente acomodação da paciente.

Moralmente, “levar pelas mãos” para que Aíra faça a laqueadura é algo polêmico. A rede de saúde possibilita a laqueadura e a vasectomia para a família conforme certos parâmetros (idade, número de filhos, renda, permissão mútua do casal, etc.). Processo que normalmente é desencadeado pelo encaminhamento da equipe da USF.

Em entrevista, Aíra falou de sua dificuldade com métodos para não engravidar, explicou que não os conhecia bem, “no início, ninguém me orientou”, e pareceu-me não acreditar no método ao me falar sorrindo, como se zombasse: “Minha tia engravidou tomando injeção.” A laqueadura e o encaminhamento para realizá-la foi ofertada várias vezes a Aíra. Ela afirmava que era bom, que iria fazer, mas nunca tomou a iniciativa. Em seu discurso, afirma que vai laquear para começar a trabalhar. Como discuti, ela se constrói em vários momentos da entrevista como a mãe responsável que achava que eu esperava dela.

Problematizei com a profissional como Aíra se sentiu após a laqueadura:

Hi! Ela é água me leva, água me traz. Para ela, tanto faz como tanto fez, ela não está nem aí. Ela teve foi medo. As mulheres como Aíra não ligam [realizam a laqueadura] porque têm medo que doa. Ela não ficou com raiva, mas ela não me agradeceu. Ela não ficou com raiva porque eu conheço cada paciente como a palma da minha mão. (Profissional 2).

Aíra a cita como um ponto de apoio e de confiança para várias necessidades em seu mapa de apoio social. A profissional é madrinha de um de seus filhos. Ela agiu de forma semelhante com outras pacientes em situação social parecida. Outra profissional da equipe pensa da mesma forma:

Foi a melhor coisa que [a profissional] fez. Ela dizia: eu não aguento mais ver tanto menino sofrendo. Correu e fez. Na verdade, ela é comadre de Aíra, ela tem responsabilidade com ela. Ela tem raiva, ela briga com o marido quando ele gasta dinheiro com bebida. Com toda dificuldade que aquele povo tem, não falta dinheiro para tomar cachaça. (Profissional 1).

Desde a metade do século XX, temos a perspectiva malthusiana da necessidade de controle populacional, de forma que ter um número grande de filhos é considerado de forma negativa para a economia mundial (CASTRO, 1984). Um maior número de filhos, principalmente em famílias de baixa renda, implica a redução da capacidade de inserção no mercado de trabalho por parte da mulher e um problema para a economia.

As teorias malthusianas subsidiam propostas políticas de controle da natalidade, em especial nas décadas de 1960 e 1970, apoiados na noção de que o elevado número de filhos e as altas taxas de natalidade de países em desenvolvimento são uma das causas fundamentais

da miséria, sendo sugerido como uma forma de combate à pobreza. O controle de natalidade se configuraria, portanto, como uma política de combate à pobreza (CASTRO, 1984).

No Brasil, a política de controle da natalidade, tencionada especialmente pelo movimento feminista e pelas diretrizes políticas da Reforma Sanitária, vai além das perspectivas demográficas. Teoricamente, ela visa à garantia de direitos sexuais e reprodutivos, pela Constituição de 1988 e, em 1996, é consolidada na Lei n.º 9.263 (BRASIL, 1996). Apesar da lei se referir a direitos sexuais e reprodutivos, a tensão para a noção de controle de natalidade permanece até hoje.

O agir técnico e o humanizado é atuar sobre o outro, objetivação que considera a ação como convencer a paciente aceitar a laqueadura. Aíra, apesar de zombar dos métodos contraceptivos, deixa-se levar e realizar o procedimento. Quando sua filha engravidou aos 15 anos, para a indignação da estudante que a acompanhava, seu sentimento foi de alegria, para ela já estava na sua hora de seguir com a vida.

Para todos os profissionais envolvidos na situação, realizou-se uma ação consentida, que ajudou todos. Não só as pessoas da equipe da USF agiram dessa forma, a profissional explica como convenceu o médico de referência a realizar a laqueadura:

Quando deu dez horas, o médico disse que já tinha operado duas e não ia fazer mais nenhuma. Meu coração disparou. Eu disse, doutor, não vou sair daqui não, o senhor vai ter que ouvir minha história. Eu sentei na frente dele e contei tudo a ele. Ele operou. A enfermeira disse que foi a primeira vez que ele fez isso. E eu nem contei tudo, só falei que ela tinha sete filhos, que um morreu, que o pai bebe, a avó bebe, que ela não tinha nem com quem deixar o filho para se operar, vivia do Bolsa Família. Por isso, eu digo, Deus existe. Eu sei que foi Jesus. Só fui embora quando ela entrou na sala, com medo que ela fugisse. Quando eu entrei no carro e voltei para casa, doutora, não era eu que dirigia o carro não, ele vinha sozinho de tão alegre que eu estava. Vibrando, cantando rindo, foi uma sensação maravilhosa. (Profissional 2).

Nisso tudo há uma similitude com a concepção eugênica de que essas mulheres não devem reproduzir-se, o que é diferente da garantia social de acesso material a viver a vida que se deseja, aquela que se pode escolher (SEN, 2010a), mesmo baseado em outros valores culturais sobre a quantidade de filhos que se deseja ter. Aíra não recusou a laqueadura, mas em nenhum momento a equipe buscou entender o que era para ela engravidar e ter filhos.

O planejamento familiar na USF é ofertado, enquanto conhecer os métodos contraceptivos e a oferta de procedimentos, é feito basicamente conforme a demanda espontânea da mulher; pouco se investe no acesso do casal, a partir da implicação do homem. Embora as políticas tenham sido criadas para o casal, como uma unidade, permanece, de

forma geral no Brasil, a responsabilização da mulher em relação ao cuidado com a reprodução.

O acesso do casal não é estruturado no cotidiano da USF, a parentalidade dos pais é uma construção social difícil. Até o papel de provedor, em muitos casos, ocorre na judicialização (SOUZA, 2009). Cabe a Aíra, igualmente a muitas outras mulheres, o cuidado solitário dos filhos e, muitas vezes, batalhar sozinha pelo provimento.

A profissional se implicou para além do protocolo, seu sentimento foi de dever cumprido, de “felicidade”, mas, nesse caso, a USF reproduziu e reforçou essa realidade, apesar de saber que a paciente “não ficou com raiva”, mas “não agradeceu”.

Sua satisfação se equipara ao dever cumprido, à satisfação de realizar um ideal coletivo para o outro. Durante a entrevista, ao falar de si e de onde vem sua disposição para cuidar daquela forma, a profissional comenta que ela é o “esteio da família, não só lá em casa, mas meus irmãos, meus pais, tudo sou eu que resolvo”. É a única, de seis irmãos, que estudou até a universidade, seus pais são analfabetos. Ela afirma que seu empenho em estudar vem de dois desejos: “Não apanhar de marido” e não depender de ninguém. Diz que não queria ser igual à mãe, mas sabe que “tem mulheres que amam demais e, mesmo com estudo, apanham do marido” (Profissional 2). Não explicou se falava de uma mulher específica.

Nessa situação, sua forma de cuidar remete às configurações de sua vida (TAYLOR, 1997). Ela também vê Aíra como alguém que precisa de autoestima, de valorizar-se, ela precisa de “tempo para ela mesma”.

Izquierdo (2003) disserta sobre sexismo e cuidado, alertando para duas questões. Primeiramente, alerta que as relações de cuidado são representadas como uma situação de dependência entre o cuidador e o outro como objeto que recebe o cuidado, “não se concebe que em todas as relações somos ao mesmo tempo cuidadores e objetos de cuidado, curadores e objetos de cura” (IZQUIERDO, 2003, p. 3, tradução minha). Nessa direção, sem entrar em teorias psicológicas ou configuracionais, poderíamos compreender que, cuidando dessas mulheres, mesmo dessa forma que pode parecer autoritária, ela está cuidando dessa mulher que “ama demais”.

A segunda questão, levantada por Izquierdo (2003), mas também já discutido nesta sessão, refere-se ao conceito de cidadão que margeia a concepção de cuidado, pois esse conceito se atrela à noção de um indivíduo que assume tarefas de provisão, proteção e cura, aquele capaz, pessoal e/ou materialmente, de prover cuidado para si e seus dependentes. A descrição que a profissional faz de Aíra não corresponde a essa ideia, nem tampouco se pensa na possibilidade de ela ter a capacidade de ser sujeito de seu cuidado.

Não importam os enquadramentos teóricos. Na situação analisada, o único eixo que não pode ser refutado é a disponibilidade da profissional em atuar diante das necessidades de Aíra, mesmo julgadas a partir de seu mundo. As possibilidades explicativas por meio da racionalidade técnica, dos referenciais teóricos de reconhecimento social, das motivações configuracionais, instruem muito bem a situação; mas se centrarmos na relação saber-poder, não podemos afirmar que Aíra tenha sido apenas vítima de uma objetivação disciplinar e moral.

Deixar os outros agir por ela, solicitar ajuda, é uma estratégia citada por ela quando define sua forma de cuidar: “Eu batalho, eu busco ajuda.” (Entrevista Aíra). De tal forma que não foi necessário agradecer, nem pareceu haver um sentimento negativo, o que faz pensar que a profissional estava cumprindo o papel esperado por Aíra; mesmo tendo claro que não era prioridade para ela limitar seu número de filhos, e talvez apenas respondesse positivamente pela imposição da equipe de saúde e da sociedade no geral, que recrimina uma família grande, especialmente se o indivíduo for pobre.

Dentro do referencial de cuidado adotado neste trabalho, faltou o espaço do diálogo que evidenciasse e refletisse todas essas questões. Como discutimos anteriormente, a partir da proposição de Pires (2004), um espaço para refletir que o ato de cuidar abriga a ambivalência de ser ajuda e poder, ato ambíguo que necessita da tutela para proporcionar autonomia. Portanto, integra uma ação política, ela propõe o conceito de politicidade de modo a produzir ações que primem por desconstruir assimetrias de poder.

Como discuti fundamentado em Boltanski (2000), a igualdade é a base para os estados de justiça ou de amor *philia* e eros, pessoas desiguais devem compensar essa diferença com manifestações de amizade para manter a reciprocidade dos intercâmbios da relação ou, ainda, passar a se alinhar às regras de reciprocidade mais gerais, no caso aderir ao desejo e saberes do outro. Se não for possível visualizar o outro como igual, também não se acredita na sua potencialidade, de tal modo que não é possível escutá-lo ou permitir que ele confronte suas percepções sobre o problema que demanda cuidado. Reconhecer a politicidade do cuidado possibilita a reflexão crítica desses estados de amor.

Na lógica técnica, o paciente é objetivado como sujeito, seja pelo referencial teórico da biomedicina, seja pelos valores morais hegemônicos. O cuidado é desenvolvido para ele e a sua potência não é reconhecida. O sujeito é individualizado na relação de forma que já está previamente marcado, não havendo espaço para outras subjetividades.

4.2 O olhar integral e o reconhecimento do usuário

Como discutido na seção 4.1, a percepção dos complexos fatores envolvidos com o problema do paciente não necessariamente leva à implicação no sentido de buscar atuar sobre eles. Nessa direção, as noções de universalidade e igualdade, da mesma forma que a de cuidado, incorporam diferentes possibilidades, principalmente quando nos encontros cuidadores se destacam, o singular e a diferença. No grupo categorizado como olhar integral, havia a escolha política, carregada de intenção de se responsabilizar pela relação para produzir cuidado.

Para determinadas necessidades de saúde, a partir de sua singularização, vai ser sempre necessária a criatividade para além de protocolos, fluxos e saberes para a garantia do acesso ao cuidado. Enquanto o campo da assistência à saúde, estando no conjunto de bens e serviços da Seguridade, esse deve ser garantido independentemente de relações particulares, familiares ou mercadológicas.

Nas situações vivenciadas, as atitudes de singularização dos fluxos não estão nesse patamar, estiveram associadas a um reconhecimento da “necessidade da pessoa” e se baseiam em uma avaliação que o outro está em uma situação de materialidade social e econômica que o impossibilita de ser enquadrado em um fluxo burocrático geral.

Para a garantia do acesso ou da produção de saúde, criam-se fluxos diferentes, mas obedecem a outra lógica que não o clientelismo e o privado. “Ela é muito diferente, iguais a ela tenho muitos, então tenho que estabelecer um fluxo, um canal, para que eu possa cuidar dela. Não dá para tratar todo o mundo igual.” (Profissional 12).

Foram atitudes que estão longe de relações caracterizadas pela proposta de neutralidade profissional e ao mesmo tempo fere uma racionalidade burocrática formal. A lógica burocrática vincula-se às questões de justiça social ou bem-estar, fruto de uma racionalidade que busca teoricamente evitar a fragmentação. Um estado guiado por interesses particulares impediria uma organicidade para garantir acesso e bens de direito (WEBER, 1996); mas a racionalidade instrumental inverte a lógica que a criou. Desejava-se que a técnica pudesse responder à necessidade de acesso ao direito a partir da neutralidade, mas o princípio acaba por virar um fim em si mesmo, a finalidade última da ação.

Naquela direção é um aparente paradoxo propor que o acesso não pode ser garantido a partir de um fluxo ou protocolo, mas de uma singularização que tenha o acesso como fim. A noção de equidade, como completude da igualdade, o paradoxo não se constitui. Porém, o critério de equidade nem sempre pode ser abarcado em protocolos de acesso, depende sempre

de uma ação ética e da horizontalidade da relação produzida. Por isso, compreender a ação em que a escolha ética prima pela equidade pode ser mais bem compreendida como um estado de ágape.

A equidade não se faz necessária no ágape, porque ele não necessita da justiça, ele é ação (BOLTANSKI, 2000). Como explicou o profissional 12, a pessoa “é muito diferente, iguais a ela tenho muitos”, não há como medir a equidade sem criar normas que acabam por estigmatizar, por isso o ágape se centra na pessoa, mesmo sendo “muitos”.

No grupo que categorizei como da ação integral, a percepção da dificuldade do usuário em seguir os fluxos ou acessar seus direitos é compreendida como inerente ao contexto. Por exemplo, uma das usuárias não acessava o Bolsa Família porque havia perdido o registro de nascimento da criança; por mais que a equipe indicasse onde conseguir uma segunda via, ela não tomava atitude. Tal ação não é visualizada como acomodação ou outro julgamento moral: “Falam de autonomia, mas não veem a situação da pessoa.” (Profissional 12).

A atitude exemplificada vai contra o senso comum em uma sociedade desigual como a nossa, que imputa às próprias pessoas sua condição social. Também é diferente de uma lógica clientelista, em que a igualdade é baseada na relação privada, na lealdade ou na subserviência (TELLES, 1993). A ação vai na direção de compreender o sistema de proteção social e a assistência social como direito independentemente de achar que o outro é digno ou não.

Visualizei a construção de fluxos especiais, os quais posso representar como clientelista por se motivarem na consideração da amizade ou parentesco ou ainda por ter um cargo considerado superior. Nesse sentido, a motivação de criar ou não respeitar fluxos burocráticos da USF favorecendo indivíduos aproxima-se da cultura clientelista e patrimonialista de privatização do Estado (SEIBEL; OLIVEIRA, 2009).

Também foi comum perceber que o usuário não acredita nos fluxos públicos de acesso ao seu direito, da mesma forma que alguns profissionais, acham justo priorizar os iguais, em um acordo tácito e mudo. Alguns ACS relatam, em entrevista, que muitos usuários só vão à USF quando sabem que ele está no acolhimento, relatam que acham melhor, pois sabem que seus problemas serão mais bem reconhecidos.

No grupo categorizado como olhar integral, produzem-se justificativas para a postura de tomar para si a responsabilidade de atuar, na qual singularizam e improvisam fluxos. Uma delas baseou-se na compreensão de que essas pessoas não acessam os fluxos burocráticos universalizados e formais por não disporem de universos psicossociais que possibilitem confiar neles. Essa ação está apoiada no reconhecimento da necessidade do outro sem julgá-lo por meio de um valor externo.

As famílias que mais precisam eu priorizo. [...] Eu vejo que a dificuldade é que estas pessoas vêm a vinte, trinta anos sem cuidado. Você mudar a mentalidade delas não é fácil não. Ela viveu a vida toda sem ninguém estar orientando, sem estar em cima, fora os seis anos atrás que ela não tinha cuidado nenhum, devagarinho, a gente vai conseguindo. Aos poucos. (Profissional 12).

Esse olhar representa uma intenção de cuidar e uma racionalidade sobre o que seja um bom cuidado em uma perspectiva integral. O estado de ágape é a ação, mas quando articulado com esse olhar, mostra-se na intenção de realizar o bem. Não um bem como valor universal, mas um bem viver que se estrutura a partir de quem se destina a ação. A lógica integral é a intenção do cuidador e se articula o regime de ação em que a pessoa é reconhecida em sua singularidade, portanto em seus desejos e saberes. Importa como ver sua necessidade e como pensa em enfrentá-las. Uma profissional discorre sobre a dificuldade de apoiar problemas complexos:

O mais difícil de cuidar são os hipertensos e diabéticos, por sua dificuldade de mudar o estilo de vida. A paciente entra ainda cheirando ao cigarro que costuma fumar desde jovem. Eu vou brigar para parar de fumar? Como? De repente, ela sair do cigarro é pior do que fumar. Eu vejo os exames todos desequilibrados, a pressão sempre alta. A medicação é esquecida sempre. Tem que seguir cuidando, conversar, mas entender também. (Residente).

O estado de ágape, enquanto ação, não necessita de reciprocidade, mas não desiste de estabelecer uma relação de cuidado. Uma residente, diante da própria irritação com o comportamento de uma paciente, que lhe pediu vários exames e um encaminhamento sem sequer informar qual era seu problema, apenas entregou o carimbo para a paciente dizendo que ela poderia solicitar o que achava que precisava. Seria mais rápido e menos trabalhoso a residente atender ao desejo apresentado pela paciente.

Sua irritação, segundo ela, provinha de sua intenção de cuidar, o que significava, a partir de um olhar integral, bem mais do que fornecer exames e medicalizar. Entretanto, seu estado de ação não se diferenciava do grupo técnico, o desejo da paciente e seu saber não importavam, a profissional esperava reconhecimento de seu poder/saber, pois em seu papel social, cabe a ela definir o que é o melhor para a paciente, ao mesmo tempo que o lugar da paciente seria seguir suas orientações e prescrições, demonstrando reciprocidade.

Nesse caso específico, um comportamento não esperado pela paciente e atrelado ao desejo de cuidar gerou outra possibilidade de relação. A residente volta atrás em sua fala teatral e pede à paciente que se deixe ser ajudada, informando qual o problema que a leva a querer os exames. O desfecho foi uma relação de vínculo e um processo de cuidado estabelecido no lugar de apenas exames solicitados.

Esse estado de ação, o ágape, como referido, não se articula especificamente com uma determinada racionalidade. Lembro ao leitor que, ao narrar, necessito evidenciar o aprendizado e construir uma narrativa em polos, mas associo a imagem de feixes articulados em um diagrama de ação, em que eles se intercambiam e estão em constante mudança.

Ponho o ágape e o olhar integral em um polo por ter sido o mais comum no campo, o que se pode justificar teoricamente. Já que é uma racionalidade voltada à compreensão do contexto do usuário e de suas necessidades, não se centra em procedimentos técnicos. Dessa forma, possibilita mais facilmente a intenção de reconhecer o outro em sua singularidade sem necessitar reciprocidade. Ampliar competências de cuidado que incluam problematizar diferentes formas de reconhecer o usuário e o papel do profissional em relação às práticas de cuidado possibilitou impactar de forma positiva na produção do cuidado.

Os profissionais, cuja ação categorizei como olhar integral, veem a si de forma diferente daqueles para quem “estão apenas cumprindo horário” (Profissional 6). Percebem-se como agentes que interferem e se responsabilizam pelo outro e o coletivo: “Eu sabia de minha responsabilidade como cidadão mais do que outra coisa.” (Profissional 3). O que facilita uma ampliação do agir para um cuidado integral. Sua ação está atrelada ao conceito de cidadania para além de um conceito de pertença a um território, ou uma nação, ou de uma relação de deveres e direitos. O outro deve ter acesso ao cuidado e às condições materiais de produção de saúde como um bem social.

O julgamento da pessoa em si não tem importância, mas a situação que está envolvida. O sentimento qualifica-se como solidariedade. Nesse grupo os relatos sobre afetos foram a solidão, em se ver só em sua intenção, e a alegria, “ajo com alegria.” A empatia foi produzida mesmo não se tendo previamente valores compartilhados.

O profissional se implica de forma solidária achando que seu papel é esse, essa é sua função: constrói formas de atuar adaptando à necessidade, cria fluxos específicos. O fato de o usuário não se enquadrar não é motivo para não reconhecimento dele. Ao contrário, matéria trazida para o processo de cuidado, um desafio de aprendizagem; mas o reconhecimento do direito do outro nesse grupo não está vinculado ao julgamento sobre a pessoa ou o modo que deseja viver a vida. Essa atitude relaciona-se com uma aceitação tácita do outro como portador do direito de acesso à saúde e, como consequência, o papel do profissional como executor desse direito.

Nessa direção, a dificuldade de produzir o cuidado não está nas características do usuário, pois o profissional se vê como um mediador do direito.

Sei que a situação é difícil, é muita demanda, principalmente para o médico. Dizem que o usuário daqui é sem educação, mas não veem a necessidade. Um pessoal acostumado a lutar muito, vivia na lona, veio para cá e mesmo [que tenham ficado] com a casa, ficaram sem ter como trabalhar. (Profissional 12).

Segundo Mol (2008b), a lógica do cuidado não está preocupada com nossa vontade ou com o que podemos optar, mas com o que fazemos para viver a vida, com a necessidade de saúde. Isso inclui o reconhecimento dos sujeitos como dignos de valor e implica buscar formas de produzir cuidado para pessoas que, aparentemente, não têm condições, sejam materiais, sejam culturais e sociais de seguir o que está sendo prescrito.

Por exemplo, em um problema de saúde mental, havia plena consciência de que não haveria uma “cura” para o problema, mas era preciso seguir cuidando. O profissional se desafia, aprende com os vários matriciadores convidados a intervir no problema e cria um fazer próprio de cuidar da família. Um fazer que vai além de estar disponível para questões agudas ou seguir fluxos burocráticos.

Tudo depende da mãe, o caso dele é difícil, porque a ciência não explica. Depois que eu tive essa conversa da aceitação com eles, passei a ir mais vezes. Às vezes só para conversar, ia sem falar da doença, só para fazê-la rir, oxigenando mais a cabeça; eles foram se soltando mais, pensaram por outro ângulo, ela entrou para igreja do filho, leva [João], mesmo contido, mas ele passeia, dá uma voltinha. Sei que teve a igreja, mas foi uma sequência de eventos. João está até cantando, está participando. (Profissional 6).

Esse profissional se refere a um adolescente que vivia contido no quarto ou na cama. A única ação realizada foi a forma como dois profissionais da equipe passaram a agir com ele, tratando-o como pessoa, algo inédito para a própria mãe, acostumada a tratá-lo como aprendeu nas diversas internações manicomiais.²⁰ Aos poucos, a família foi construindo outra forma de se relacionar com ele e com a comunidade. Os profissionais fazendo o mesmo, descobrem o diferente, baseados apenas na possibilidade de se relacionar com o paciente como pessoa, antes de seu diagnóstico ou condição de vida, ação potente que constrói outra forma de ver o problema e nele atuar.

A reação inicial é de não chegar junto, pois pelo olhar técnico, não há muito que fazer; mas na lógica integral, o cuidado não pode ser só “técnica e burocracia”, o que desafia o profissional a atuar. Atendendo aos reclames da mãe se aproximou, “visitar mais vezes”.

²⁰ Ela mantinha o adolescente a maior parte do tempo contido na cama por ele ser violento e agredir as pessoas; ele ficava deitado na cama; com tiras de lençol, ela amarrava sua testa, seu tórax, a pelve, os joelhos e a perna à cama. Os braços eram cruzados sobre o peito, e de cada punho, saía uma atadura que era presa à cama do lado contrário ao punho; os tornozelos, da mesma forma, eram amarrados com ataduras à cama.

Nesse movimento descobriu formas de responder às necessidades que se apresentavam no cotidiano. Aproximar-se não era tudo, precisou construir conhecimento, o que conseguiu problematizando o caso, buscando especialistas para cuidar junto, não por um encaminhamento, mas um cuidado compartilhado.

Outra justificativa utilizada por esses profissionais é seu papel em produzir uma igualdade com os usuários que demandam sua assistência. Morar na área, pertencer à vizinhança, ver-se como parte da comunidade, conhecer bem os costumes foram fatores relatados por vários profissionais como algo que facilita e explica sua relação com o paciente; mas o fator preponderante foi a atitude de buscar esse pertencer, ir atrás das semelhanças, da possibilidade de identificação.

Eles sabem tudo da minha vida. Às vezes pesa, mas aí, sem brigar, enrolo ali, mas não vou brigar. Não tem como eu criar vínculo de confiança se eu não abro minha vida também. A gente acaba criando um vínculo de parente. Não é fácil. (Profissional 10).

A justificativa se compreende se articulamos com a noção de amor preponderante no Ocidente relacionado com o eros (BOLTANSKI, 2000). O profissional busca a igualdade, ver-se como parente; sendo essa uma relação em nossa sociedade reservada à intimidade, ao privado. Relação que vem carregada de todas as dificuldades que se apresentam com a intimidade: “Não é fácil.” Qualidade de relação que se distancia da neutralidade profissional proposta pelo pensamento racional. Ao mesmo tempo, carregada de intenção de criar o vínculo, responsabilizar-se pela relação para produzir cuidado: “Não vou criar vínculo de confiança se não abro minha vida também.”

Embora sua necessidade de produzir a igualdade se enquadre em razões hegemônicas – em que as relações se baseiam na simpatia, no dom e contradom ou na dominação –, são posturas que estão no campo do reconhecimento do ágape (BOLTANSKI, 2000). Os usuários são vistos como iguais embora essa igualdade não exista inicialmente; busca-se identificação, reconhecer signos e valores ou estes são construídos ao longo da convivência. Essa igualdade foi informada como produzida: “Eu me considero igual à minha comunidade.” (Profissional 10). No início, pareceu-me representada por estarem convivendo em um mesmo território, pois moravam no bairro ou tinham vindo de lugares semelhantes, mas não é só isso; houve uma disposição de construir essa postura, que possibilita essa aproximação com o universo local, é um lugar em que o profissional se posiciona.

Antes [de atuar no PSF], eu não conhecia meus vizinhos, me apaixonei de tal forma que hoje não me vejo que não seja trabalhando como ACS ou com a comunidade. Eu morava há 16 anos no [sigilo] e só conhecia meus vizinhos. Como ACS, passei a me sentir como se pertencesse à comunidade. Eu não nasci ali, mas me criei ali, eu aprendi a enxergar ali além dos muros, pertencendo à comunidade, eu não estou aqui de passagem. Meu trabalho de ACS me fez enxergar um mundo que eu não via. (Profissional 8).

Essa atitude de buscar pertencer eu visualizei em profissionais que moram em outro território e com profissões de mais prestígio social.

Eu faço muito isso. A pessoa chega e eu digo, esta paciente tem a idade de meu pai, mas meu pai está muito melhor que ele; outra vez, eu digo, parece com fulano e eu vou sempre relacionando com alguém. Aíra, eu não consegui fazer a relação com ninguém, mas ela me pareceu uma pessoa muito valente, uma guerreira diante de todas as dificuldades, de todas as necessidades, porque ela passa necessidade ali. (Profissional 3).

As atitudes de cuidado extrapolam, os procedimentos incluem o corpo, pequenos conselhos, há intimidade.

Em um caso, a enfermeira não conseguiu ver a necessidade da paciente. Eu sabia que ela era protestante e foi obrigada a casar pelo pastor, pois já era considerada moça velha. Fui lá e expliquei sobre a relação sexual, a disúria passou, eu tinha a liberdade de falar essas coisas e sabia da vida dela. (Profissional 8).

Outro dia a paciente chegou agitada querendo bater na médica. Ele simplesmente a abraçou, dando os pêsames pela morte do marido e mudando de assunto (Profissional 9).

Ficam dizendo que eu ajo como um pai, de forma paternalista, mas eu acho que eles que não visitam muito. [...] No caso de Mário, mesmo eu visitei três vezes em um só dia. Não que eu queira mostrar que sou melhor que os outros, mas porque precisava. Nessas três vezes teve o problema de entender a receita, escutar, fazer a terapia da conversa. (Profissional 6).

Outro tipo de aproximação vincula-se ao tempo longitudinal do cuidado, resultado da estrutura organizativa do processo de trabalho. Com a continuidade das relações, produz-se uma aceitação tácita entre usuários e profissionais. Por exemplo, uma das profissionais, refletindo sobre conviver com a violência e com pessoas vistas como traficantes, explica a importância do tempo para a relação de cuidado.

Ele é o mais calmo, até agora só fumou a maconha diante da gente. O problema é o irmão dele. Acho que é o vínculo, eles nos aceitam bem. Devem ter medo de denúncia ou de outras coisas, então não aceitam todo mundo, como fizeram com a equipe da Assistência Domiciliar. Acho que é o tempo de trabalho, a gente vai aprendendo a se vincular. (Profissional 9).

Mesmo que o profissional esteja no estado de ágape e não busque retribuição, o preponderante foi à busca de responder a essa ação construindo confiança e caracterizando um contradom por parte do usuário. Podemos interpretar as mudanças de comportamento de Aíra nessa perspectiva. Em outra situação, um dos profissionais informa que, depois de atender o paciente, cuja arma deixou à vista, guardada na cintura, ele o informa que pode ficar tranquilo, que ninguém vai mexer com ele na cidade (Diário de campo). Reação que não parece ser impulsionada, por parte do usuário, pelo direito de cidadania em ser atendido, mas pelo afeto produzido de reciprocidade e reconhecimento.

Sobre a situação de pobreza e como o pobre é visto, o grupo da ação integral apresentou uma noção diferente da forma como o senso comum julga essas pessoas e sua situação. Um profissional, diferindo da maioria de sua equipe, apresenta um olhar sem julgamento sobre a situação da paciente da tuberculose citada na seção 4.1 avaliada, até então, como alguém que não queria se cuidar, pois não tomava a medicação.

Se a gente pensar que as pessoas não querem ser cuidadas, a gente vai perder o cuidado, então para quem está trabalhando na saúde, o papel da gente é convencer a pessoa a ser cuidada. A gente vai desistir? Tenho vários pacientes que eu insisto, insisto, até que a pessoa muda. Se a gente desistir, a pessoa vai morrer. (Profissional 12).

Esse profissional é novo na equipe e vem mudando a forma como essa família é acompanhada, ele vem priorizando os fluxos de acesso à UBS, aumentou o número de visitas domiciliares, tem monitorado a otite crônica de dois de seus filhos mais de perto, fornecendo medicamentos e insistindo para que os cuidados sejam realizados. Está sugerindo à paciente articular um auxílio-doença pela sequela da tuberculose (ela perdeu quase dois terços de um dos pulmões).

É outra forma de reconhecimento do problema. A condição da pobreza e outros fatores inerentes às necessidades do usuário são substância para o cuidado, percebem como fator que aumenta a necessidade de acolhimento, construção de fluxos diferenciados e explicam que essas demandas implicam a forma do cuidado.

Não vou dizer que é trabalho, porque é a nossa função. As famílias precisam e é a nossa função. O ACS mesmo tem que procurar o trabalho para ele, ele vê a família com necessidade, tem que buscar ajudar. Ele entrou para ser ACS para ajudar a família, não importa se dá mais trabalho ou não, temos que ajudar de uma forma ou de outra. (Profissional 12).

É uma diferença aparentemente sutil de olhar; o julgamento da pessoa e o conhecimento de seu contexto parece ser o mesmo, mas a ação difere. Não há um julgamento

da pessoa como difícil: “Julgar sem estar no dia a dia, eu não acredito.” Sabe que a ação tem de ser sustentada ao longo do tempo, o apoio tem de insistir: “Até que a pessoa mude.” (Profissional 12).

Nessa perspectiva, não só o profissional tenta acolher a demanda do usuário como reconhece sua atitude como estratégia de enfrentamento de adversidades.

Por exemplo, eu tenho uma família que o paciente vai terminar com TB resistente. Ele inicia o tratamento, mas sabe que tem um auxílio-alimentação e suspende o tratamento para não perder o auxílio. Ele vive para o hoje, para o agora. Faz cinco meses de tratamento e para, porque é a necessidade da família de comer hoje. A gente sabe disso, mas também sabemos que a TB vai ficar resistente. A bolsa alimentação é para atender à necessidade do paciente, mas ele tem família. (Profissional 8).

Com essa compreensão, a profissional inventa fluxos, ultrapassa a racionalidade burocrática: ela manteve o cadastro do usuário ativo, quando a norma era desvinculá-lo.

Da mesma forma, uma residente deixa de lado o protocolo de pré-natal, enquanto atendia uma senhora, e permite à paciente falar sobre quanto estava aflita por naquele momento ter uma filha hospitalizada. Nesse referido protocolo, contei pelo menos oito procedimentos, cada um com várias questões que devem ser investigadas, verificadas e anotadas em três lugares diferentes (o cartão da gestante, o prontuário da gestante e o formulário do SUS), o que reduz o tempo que o profissional pode dispensar ao paciente.

A paciente expressa seus sentimentos, as duas dialogam sobre sua relação com a filha. A usuária também tira dúvidas sobre o prognóstico da filha. Pareceu sair aliviada, até sorriu. Junto a isso, um atestado para poder ficar com a filha no hospital.

A consulta deixa de ser o cumprimento do protocolo, passa a ser apoiar a paciente em sua principal necessidade naquele momento. O protocolo do pré-natal como objeto produz uma realidade (MOL, 2018), uma subjetividade. Como vimos, não é apenas na forma de compreender a realidade que a biomedicina opera; por meio dos protocolos e procedimentos, limitamos a ação, mas não com essa residente.

Antes de solicitar que a paciente falasse sobre sua filha, a residente estava apenas acompanhando a preceptora, a qual estava realizando o pré-natal. Ela foi chamada para outro problema, de modo que ela se ausentou deixando a cargo da residente realizar o atendimento. A paciente já havia dito que estava com a filha internada e muito preocupada; a profissional foi gentil, mostrou-se sentida, disse palavras de conforto e continuou os procedimentos do pré-natal. Essa ação foi a mais comum, a priorização do que é considerado mais importante para ser realizado na paciente, geralmente o que é cobrado pelos processos de gestão.

Na contramão, a residente se reinventa, faz do mesmo o diferente; entre a tecnologia dura do pré-natal e a necessidade da paciente, opta pelo encontro, pura relação. A diferença é escutar e se deixar afetar, implicar-se, ainda que, no momento, só seja possível mostrar que a pessoa não está só. Como descrevemos no cuidado de Aíra e tantas outras cenas do cotidiano, o que fazer vai surgindo em processo, profissional e paciente atuando (MOL, 2008b).

Mais tarde, durante a entrevista, perguntei o que a residente faria quando estivesse sozinha, sendo demandada de diversas maneiras, com seis ou oito pré-natais para realizar além das outras demandas, a exemplo da profissional preceptora e como costuma ser o cotidiano dessa USF. Ela primeiro me perguntou se demorou muito, como se estivesse preocupada, depois respondeu que pensa nisso sempre, mas acha que dará um jeito: “Acho que não posso fazer diferente.” Depois se reafirma me perguntando: “Não é assim que tem de ser?” (Profissional 14).

Para ela, naquele momento, o acolhimento era a necessidade da paciente, não os procedimentos, que, inclusive, não deixaram de ser realizados. Era a paciente que deveria ser priorizada, e não o procedimento, a cobrança de metas da gestão, a fila lá fora a esperar; mas não é simples assim. Estar nesse lugar produz subjetividades em ter de responder à demanda e afecções variadas como já comentado.

Ela é residente em Saúde da Família e diz que optou por essa especialidade porque não concebe o ambiente do hospital impessoal, técnico e burocrático. É de uma família classe média. Tem história de abuso em sua casa, citou sem entrar em detalhes. É simpatizante do movimento feminista, embora nunca tenha participado efetivamente de nenhum grupo. Acha que seu olhar vem da formação e da experiência que teve estagiando no PSF. Quando era adolescente, também atuou em um grupo religioso em comunidades carentes.

Sua dúvida aponta para outro fator importante além dos instrumentos e fluxos do atendimento produzirem subjetividades e formas de atuar. A estrutura de apoio para o profissional atuar é fundamental para a sua saúde como descrevi acima. Sem uma estrutura de apoio ao processo de trabalho, é possível produzir um cuidado que necessita implicação não apenas com o biológico, mas com a pessoa e suas necessidades? Essa profissional, como residente em processo de aprendizagem, tem certa flexibilidade de tempo e de número de produção, ela não é cobrada diretamente pela gestão, mas pela preceptora, e não tem de responder a toda a demanda da USF.

Atuar contra fluxos instituídos, sendo cobrado por uma lógica de produção e resultados, necessita de uma energia extra para além de atender as demandas, pois para criar fluxos e novas formas de atuar, está aberto a outras necessidades não necessariamente trazidas

à consulta; exige, além do olhar para percebê-las – “Não é para ser assim?” –, disponibilidade ética para acolhê-las, mas também um processo de trabalho que apoie e possibilite.

Atualmente, com o processo de trabalho centrado no procedimento biomédico e na doença, qualquer ação fora desse fluxo estipulado exige dos profissionais um esforço a mais para além do estresse cotidiano, como já descrevi no exemplo da sutura em outro capítulo, entre eles: convencer a equipe, convencer outros profissionais, ir atrás de recursos. Um dos profissionais entrevistados desabafa:

Uma área de poucas pessoas a gente consegue ver bem todas, não tenho pressa para o atendimento, pois eu sei que não tem um monte de gente lá fora me esperando. Consigo escutar, realizar um exame. Diferente da tarde que, além de muita gente, a relação é muito difícil. Ela vem de manhã para ser atendida à tarde, às 14 horas, então é assim: Boa tarde! Ela responde: ‘Só se for para você, que eu nem almocei ainda.’ Esse é o primeiro contato, a gente consegue desenvolver, e ela vai melhorando. (Profissional 3).

Os fluxos burocráticos são apresentados como uma das dificuldades enfrentadas. Eles são compreendidos como não reconhecimento do restante da equipe e da gestão por não compartilharem da mesma visão sobre o problema. Outros profissionais relatam situações semelhantes:

Acho que não é o paciente em si, são os entraves, mas é muita burocracia, muito impessoal, você quer resolver, mas tem muito empecilho, muita gente coloca muita dificuldade. Cada profissional tem certo limite, mas se a gente trabalhasse junto, vamos dar as mãos, a gente chega aonde se quer. Eu não vejo o paciente como problema, mas a organização do serviço para entender aquilo ali. (Profissional 12).

A questão da alta demanda e a cobrança dos procedimentos priorizados pela gestão são apontadas por muitos como uma dificuldade para realizar seu trabalho, considerando esses processos de gestão como um entrave ao envolvimento com o conjunto das demandas do usuário.

Quando eu comecei, há dez anos, a gente aprendeu a valorizar as pessoas, uma visita demorava, mas agora a gente é cobrado por números. Ora, a gente sabe que com quem mais precisa, uma visita precisa demorar mais; outros não têm essa necessidade. (Profissional 6).

Alguns profissionais conseguem construir uma rotina de trabalho que consegue driblar esse obstáculo; embora seja inadmissível os processos de gestão impedirem e não facilitarem o processo de cuidado integral:

Paciente já com 40 anos, expliquei tudo para ela. É uma questão que falta intimidade para falar. A enfermeira está tão ocupada com a demanda que fica no automático. A prefeitura quer números, nisto a gente perde qualidade. (Profissional 8).

A possibilidade de pensar e trabalhar juntos é considerada por esses profissionais como uma necessidade e uma saída.

É ilusão achar que dá para fazer sozinho. Eu adoeço, tenho que fazer uma terapia para eu saber o limite, até onde eu vou, porque, se eu estou sofrendo, é porque eu extrapolo. Decidimos na reunião que cada um vai cuidar do seu Bolsa Família. Para mim foi bom, mas a gente tem um certo quadradinho, tem o momento de chegar a uma outra etapa, depende do outro. A gente chega junto do outro, mas empaca, tem uma papelada, uma burocracia, falta de reunião para estudar os casos. Quando estuda, é muito disperso.

Do ponto de vista teórico e legal, como já exposto neste trabalho, a realidade da política de assistência avançou muito nas duas últimas décadas com a política de assistência social do Suas. Como relatei, o bairro dispõe de um Cras nível I, uma Cozinha Comunitária, uma creche, duas escolas de nível médio e outra de nível secundário. Mesmo com tantos serviços de assistência no território, eles não se comunicam: “O Cras é aqui do lado, mas não há diálogo.” (Profissional 7).

Há um sentimento ligado à tristeza e redutor de potência para esses profissionais, que tentam acolher a demanda do usuário, mas sente que sua equipe e a gestão municipal não podem, ou não querem compartilhar com ele. Esse acolhimento foi de solidão. Eles se ressentem de não produzir respostas efetivas.

Hoje em dia, eu sei que a equipe vai ao domicílio, tem o Cras, os Conselhos. Já foi pior. A gente leva o problema e quase sempre a equipe se envolve e a gente resolve muito [...]. Mas em muita coisa a gente está só. Vejo a hora de eu chegar na casa e ele estar pendurado no caibo, como ele ameaça. (Profissional 5).

O exemplo apontado acima se correlaciona com a inexistência de um fluxo no processo de trabalho da equipe que acolha a demanda, de modo que a ação do profissional não represente um novo fazer, mas um processo de trabalho partilhado e reconhecido. A visita domiciliar é rotina na USF, mas o envolvimento continua sendo pontual, ligado às questões demandadas pela família ou aos programas cujos protocolos põem a visita como rotina, como é o exemplo do idoso frágil que não pode deslocar-se ao posto.

Enquanto uns seguem solitários, outros criam estratégias de partilhamento:

Eu já tive médicos mais clínicos, mas eles ficavam poucos meses. Eu sou cara de pau, levo para fazer visita, tem de dar uma resposta. Também trabalho muito apoiando, trago os problemas, mas ajudo, agilizo uma receita; ele só carimba, faço o mesmo com um exame. Pergunto como ele quer fazer. Eu cobro, mas ajudo, desse jeito eu o canalizo. Ele ver que é equipe, um ajudando o outro. Tem de haver um consenso de andamento, um projeto. (Profissional 6).

Ele recorre à competência de produzir reciprocidade para conseguir apoio do colega. A fala dele “médicos mais clínicos” remete, como me explicou, a profissionais que focavam apenas no que era considerado procedimento da profissão. Quando o olhar dos profissionais sobre o problema coincide, fica mais fácil de agir. Questão também verificada por Souza (2013), que verificou que quando os apoiadores de redução de danos que atuam na rua encontram respaldo nas equipes do Consultório de Rua²¹ ou das UBS, conseguem ser mais proativos e criativos.

A dificuldade de respaldo e de agir em conjunto na equipe para ampliar as ações de cuidado não se vinculou apenas às relações hierárquicas. Gestores e profissionais com maior prestígio social não têm mais facilidade em mobilizá-lo. Um dos médicos entrevistados faz a seguinte queixa, semelhante a alguns ACS:

Falta compromisso da equipe, tem algumas vertentes, uns mais que outros, a equipe não está presente e a gente não tem uma retroalimentação, uma busca. A gente fala de problemas e elas ficam dizendo, ‘essa família não dá’, ‘essas famílias são complicadas’, ‘com essa aí, eu já tentei’, e ficam arranjando questões. (Sigilo).

Para esses profissionais de maior prestígio, importou na relação de poder o reconhecimento de seu saber quando partem para agir. Os profissionais que são vistos de forma hierarquicamente superior se sentem mais confiantes para atuar, embora se ressentam de estarem sozinhos e não terem apoio da equipe. Profissionais cuja profissão tem menor prestígio social se sentem menos autorizados, no sentido de saber atuar, e para isso o profissional necessita de respaldo da equipe e do reconhecimento do usuário.

Liguei para a enfermeira para ver se a médica passava o encaminhamento, mas ela foi sem encaminhamento, sem nada, a presença do serviço era só eu. Assim, eu estando lá é como se o posto estivesse. Eu fiquei indignada, disseram que não adiantava vir porque não ia resolver. (Profissional 5).

²¹ A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional.

Essa mesma profissional animava com uma residente um grupo de incentivo à alimentação saudável e à mudança de peso. Ela é terapeuta comunitária e, fora do trabalho, anima grupos na igreja de que participa, mas com a saída da residente, por conclusão de seu curso, não se sentia segura em manter o grupo. O grupo exigia tecnologias relacionais, nas quais ela tem larga experiência, não necessitava do conhecimento técnico sobre nutrição ou sobre metabolismo, pois seu objetivo principal era discutir as dificuldades de cuidar de si e formas de ter um corpo saudável. O principal eixo era a autoestima e a construção de rede social entre as participantes (DIAS, 2015).

Em uma análise foucaultiana das relações entre saber, poder e subjetividade, é necessário que as pessoas e a própria profissional aceitem seu saber como válido para reconhecer sua autoridade. A primeira participação de uma profissional nutricionista no grupo foi condenar abertamente, sem nenhuma conversa anterior com a profissional que a convidara, a orientação dietética que era dada. A resposta veio das próprias participantes mostrando quanto haviam perdido de peso e quanto estavam bem, mas a profissional, em si, não se sentiu autorizada para reagir.

Evidenciam-se as multiplicidades relacionadas com o poder hierárquico que, embora estruturado, depende dos diversos contextos da relação. As pacientes se sentiram apoderadas para retrucar a informação da nutricionista, provavelmente por estarem habituadas no grupo à horizontalidade dos saberes. Diferentemente, ocorre com as relações entre as profissões na USF embora não se baseiem em nenhuma relação hierárquica formalizada, pois na UBS, o ACS tem de prestar conta apenas ao enfermeiro, seu supervisor direto, e ao gerente da unidade. O poder de fala da profissional, considerada especialista, em detrimento da ação que a ACS vinha conduzindo no grupo, veio de uma sujeição marcada previamente nos códigos do saber-poder da especialização.

De modo que não se trata apenas de atuar juntos, o trabalho em equipe precisa avançar no sentido de buscar um plano comum de olhar o problema, admitindo a parcialidade do saber de cada profissional e adotando relações horizontais ao valorizar os saberes (ELLRY, 2012).

Em problemas como o focado nesse exemplo, mudança de hábitos alimentares e cuidados para perda de peso, ao utilizarmos uma abordagem que não foque apenas no patológico/biológico, outros saberes são necessários; mas a profissional respaldada pelo poder dado socialmente à disciplina que está profissionalmente autorizada desconhece outras possibilidades explicativas sobre o problema, adota o olhar técnico desconhecendo os outros, ignorando que eles vinham sendo efetivos naquele grupo.

Aprofundar essa questão do trabalho em equipe foge ao objetivo deste trabalho, mas vislumbra-se a importância de ter competência não apenas para visualizar o paciente com seu direito de ser cuidado, centrando-se em suas necessidades, como também saber operar em equipe, mantendo relações de reconhecimento dos outros profissionais e seus saberes.

Busquei colher as justificações dos profissionais sobre sua lógica integral e seu agir, pois estes se encontram na contramão de valores e signos hegemônicos sobre o pobre, a pobreza, a cidadania, etc. Além dessa visão voltada ao acesso à saúde como direito, verificamos profissionais que veem seu papel atrelado a “um algo mais”, que chama de vocação.

Quando você vê a necessidade, quer ajudar todo mundo, não importa se é branco, preto, olho azul. Você tem de ter dentro de si a vocação de ajudar. Se você trabalha com pessoas e não têm essa questão de ajudar, é melhor você fazer um curso burocrático, lidar com papel, outras coisas, menos com pessoas. (Profissional 6).

Um dos aspectos comuns a esse grupo, que posso classificar como configuracional, foi ter tido a experiência de valorização das relações comunitárias, seja na própria família, seja em grupos ligados à ação comunitária de instituições religiosas, seja na militância em associações comunitárias e movimentos populares. Embora não pretenda enveredar pelo caminho de entender identidades ou motivos para a ação, essa é uma janela aberta no campo pelos próprios atores, mas também pela noção de regime de ação como referencial teórico, pois não está claro o papel do que é trazido pelo indivíduo na construção dos regimes.

Como disse, embora os atores transitassem entre os vários estados de ação, o olhar integral e a facilidade de atuar em regime de ágape estavam associados a um aprendizado coletivo anterior. Mesmo quando em estágios de regime em que se condicionava a ação a partir da avaliação do sujeito, facilmente mudava-se de estágio para o ágape por meio da problematização sobre a amplitude do cuidado. Não quer dizer que uns são capazes de amar e outros não, mas que é possível construir essa competência pela reflexão teórica sobre a racionalidade do cuidado. Ao mesmo tempo, existiu uma forma prévia de se relacionar, uma forma de agir e ser que se articula com matrizes coletivas vivenciadas ao longo da vida, janela que não posso ultrapassar neste trabalho por me faltar insumos do campo.

Vários atores, quase todos, falaram da importância do olhar construído pela família: “Na minha casa, somos índios, problema de um é de todo mundo.” (Profissional 8).

Outra ligação comum foi a importância da formação, mesmo admitindo que conseguiu corporificar atitudes e conteúdos externos ao que fora instruído.

Nenhuma universidade pode preparar você para atuar aqui. (Profissional 9).

Meu olhar de geógrafo facilitou que eu visse o território e as pessoas. (Profissional 10).

A pedagogia me ensinou a procurar comunicar-me. (Profissional 8).

Também relataram outras experiências de atuação:

Cuba me ensinou a ser humano, ninguém é melhor que outro. (Profissional 3).

Ando muito com meu colega que atua em associação comunitária. Eu sempre atuei assim. (Profissional 12).

Na situação da residente, ela atribui sua atitude ao estágio de cuidado em uma UBS voltada para a integralidade, entretanto outros residentes não se implicam da mesma forma nas mesmas condições de aprendizagem.

O que havia de comum era a atuação em grupos e a valorização desses vínculos e de uma atuação política como necessária à vida: “Eu não estou aqui de passagem.” (Profissional 8). Produziu-se uma visão de mundo que o incluía como sujeito interdependente.

Morar no mesmo território não se correlacionou com o grupo de ação integral. Convivi com ACS que demarcava distância por meio de um fluxo burocrático, sendo da comunidade. Uma dessas foi entrevistada, relata que seu aprendizado vem de sua família. É a única que estuda e trabalha. Os outros dois “irmãos dão mais trabalho do que ajudam a mãe” (Profissional 13). Tem uma vida independente e focada no trabalho, coloca-se como exemplo de que o que “falta às pessoas é vontade e empenho”, citando o exemplo de sua irmã que teve acesso às mesmas condições que ela, mas “até hoje, só dá trabalho”. Diz que o que mais a ajudou foi a igreja, ela é Testemunha de Jeová desde a adolescência. Essas informações coincidem com sua forma de atuar e reconhecer seus usuários.

A convivência na UBS foi um fator de mudança de olhar e comprometimento. Uma profissional informa: “Eu era uma patricinha.”²² Para você ter uma ideia, toda a minha família vai votar em Bolsonaro.²³ Eu mudei. Hoje a gente não fala em política, senão sai briga.” (Profissional 7). Relata que essa mudança, aparentemente, foi construída sem intenção, foi a vivência tardia com o outro e o diferente na ESF que reposicionou o julgamento e as atitudes dela, para uma postura política mais integrativa e inclusiva.

²² Gíria para descrever uma pessoa voltada aos costumes de consumo e alienação política.

²³ Representante da extrema direita que ganhou a última eleição no país e vem desmontando os direitos de seguridade e os serviços públicos instituídos no país.

Essa vivência na USF é relatada como um fator de mudança de si mesmo e da forma de olhar a vida. O encontro com pessoas consideradas diferentes de si, ou que vivem em contexto muito diferente, produz afecções que transformam quem se permite continuar atuando.

Eu cresci demais. Como profissional, eu acho que sou mais humana hoje. Porque a gente vê a necessidade dos mais pobres, dos mais carentes, e eu faço de tudo para ajudar. Eu vejo que muita gente tem necessidade, não tem nem como pegar um ônibus. A gente vai amadurecendo com essas coisas, vai aprendendo. A gente pensa assim, puxa, eu tenho problemas, mas não chega nem aos pés dos desse povo. (Profissional 9).

Como pessoa, eu mudei bastante, eu tinha um pensamento diferente. Deixe-me encontrar uma forma de falar: eu era muito mesquinha, eu não me importava com a dor dos outros, [...]. Comecei a ver essas pessoas não como desocupadas, mas se estão aqui, alguma coisa está acontecendo. Naquela hora eu me vi com a obrigação de fazer alguma coisa, de ajudar de alguma forma. Sou outra pessoa. (Profissional 7)

Ao perceber o cotidiano do outro, o que antes só trazia perturbação e mal-estar é agora sentido e compreendido. Uma profissional comenta após um atendimento: “Puxa! Veja a fala desta mulher, há um tempo eu escutaria, mas não faria sentido para mim.” (Diário de campo, após uma consulta). Falando de seu aprendizado, de seu olhar que passou a enxergar e ouvir.

A ação, portanto, articula-se com a possibilidade de se construir competência para o cuidado integral se focarmos em processos de trabalho voltados para o encontro em que se possibilitem o reconhecimento social, o partilhamento e a reflexão sobre os afetos gerados na construção do cuidado, e a busca da horizontalização das relações de saber-poder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção do cuidado em saúde segue como um desafio diante da diretriz da integralidade. Desafio que se associa à visão de mundo que estamos construindo e às relações entre as pessoas. Aquela diretriz, como conceito dispositivo, possibilita problematizar as práticas de saúde, hegemonicamente voltadas para a racionalidade biomédica na ESF. Esse contexto representa uma situação nova na assistência à saúde uma vez que os profissionais são postos para cuidar de um conjunto de pessoas ao longo do tempo, o que possibilita vivenciar de perto o contexto da vida de quem recebe o cuidado.

A forma de estruturar o serviço na ESF evidencia a insuficiência da lógica biomédica em explicar as demandas trazidas pelos usuários e produzir ferramentas para seu enfrentamento considerando-se que as equipes de saúde são desafiadas a dar resposta às demandas complexas de forma longitudinal. Demanda que impõe a ampliação das capacidades dos profissionais em produzirem novas possibilidades de cuidado.

Mapeamos várias cenas de cuidado que possibilitam perceber os efeitos do olhar biomédico, tanto no que diz respeito a construir práticas em que se priorizam promessas de cura centrada na medicalização e procedimentos, deixando em segundo plano questões referentes ao cuidado no que se refere ao modo de viver a vida com o problema e formas de cuidar de si.

A rotina do serviço e o apoio da equipe são vetores importantes na produção do cuidado e produzem subjetividades. O usuário espera de forma hegemônica o atendimento voltado para essa perspectiva, e as várias ações que apontam para uma realidade de cuidado ainda são tímidas e assistemáticas. O grande desafio ainda consiste em integrar-se aos saberes e técnicas biomédicas, ampliando suas possibilidades.

A situação de graves desigualdades sociais com a qual convivemos em nosso país atravessa as situações de cuidado na ESF de forma majoritária em razão da focalização em que o SUS vem desenvolvendo-se. Desse modo, evidencia-se a necessidade de problematizar as compreensões sobre a pobreza e o olhar sobre o pobre.

A biomedicina possibilita qualificar as complexas relações entre o processo saúde-doença e a pobreza em classificações nosológicas, passíveis de atuação por meio de procedimentos terapêuticos. Dessa forma, escamoteia relações estruturais que se relacionam com o contexto de vida do usuário. Na mesma direção, a ação disciplinar, baseada na ideia do risco, camufla compreensões sobre o sujeito, que se articulam com valores morais, facilitando explicações associadas à meritocracia e às ações movidas pela compaixão.

Observamos quanto são complexas as demandas de uma USF, como é o exemplo da criança que desnutriu gravemente, em que pesem os esforços da equipe e a aplicação das diretrizes consideradas adequadas do ponto de vista técnico dos protocolos de cuidado.

O olhar focado na avaliação técnica busca explicar e agir no campo biológico, construindo uma lógica que torna difícil duvidar de sua eficiência. As reflexões pautam-se em verificar causa e efeito, e o olhar utilitarista justifica a intervenção. As diversas possibilidades explicativas são excludentes, e não se pensa em integrá-las. Quando esse referencial se torna insuficiente, a tendência é buscar explicações no campo axiológico, que não são entendidos como tais; julgamentos morais são postos como fatos que explicam a realidade problematizada e assumem a função de causa no mesmo raciocínio epidemiológico unicausal. Evidencia-se, dessa forma, a urgência de uma base teórica que possibilite um raciocínio integral, que possibilite integrar a complexidade na avaliação e no agir no processo saúde-doença-cuidado.

Para dar conta dos diversos vetores relacionados com o problema, essa lógica sugere dissecar o problema e encaminhá-lo para os especialistas. O encaminhamento exclui um cuidado compartilhado. Cada um se responsabiliza por um aspecto, nenhum leva em consideração a necessidade do tempo longitudinal, do acompanhamento em processo, da intersubjetividade entre os profissionais do usuário e sua rede. Ao contrário, o olhar está preso à ideia do diagnóstico e do medicamento como eixo do processo de cuidado. Internar, chamar uma autoridade que possa obrigar as prescrições serem cumpridas considera-se a única solução possível.

O contexto do paciente é avaliado de forma superficial ou naturalizado, as condições materiais de existência não são pensadas dentro da estratégia de cuidado. No exemplo da família de Aíra, não sabemos como cuidar de sete crianças nas condições em que ela vive. A lógica de cuidado não considera essa ignorância, nem sequer podemos pensar nisso como um saber que produz estratégias. Esse olhar impede o sentimento de injustiça e indignação que deveria nos provocar em conviver com tais situações. Identificar a família como a causa de seu problema pode ajudar a conviver com tal sentimento.

Ao invés de buscar aprender com esses pacientes, prescrevemos soluções por meio de nosso olhar. Uma pessoa que vive em tais condições não pode ser incluída como protagonista do cuidado de sua criança, exceto para reproduzir as prescrições da equipe. Essa lógica disciplinar (Foucault, 1979) biomédica deixa oculta que essas prescrições são produzidas e reproduzem formas de cuidar de si adequadas a uma classe, depende de condições materiais de existência e de uma rede de apoio social. Recursos não disponíveis a essas famílias.

É necessário ressaltar que essa forma de atuar objetificando o paciente para que cumpra nossas prescrições é decorrente das subjetividades possibilitadas pelo saber-poder referentes à racionalidade positiva ocidental, estejamos em uma relação em que há grandes diferenças sociais e econômicas, como o exemplo discutido, ou não. Essas diferenças agem tornando a qualidade da objetivação mais clara.

Refletir sobre esses saberes e a forma como o usuário é reconhecido possibilitou reavaliar as prescrições realizadas e pensar em relações horizontais em que não só o contexto, mas os saberes do outro ajudaram a construir outras possibilidades de cuidar e outras relações de afeto, valorizando as estratégias do usuário, sua família e sua rede social.

O esforço do profissional em reconhecer o usuário como capaz e autônomo, em que é difícil a construção da relação de cuidado, pode ser facilitado com espaços de reflexão e aprendizado no cotidiano dos serviços. A autonomia, entendida como processo relacional de interdependência, correlaciona-se com reconhecimento social e com a compreensão de qual cidadania estamos produzindo.

O reconhecimento do outro sem uma valoração prévia, por ter direito à vida como um bem social, é uma proposição que precisa ser radicalizada quando necessitamos produzir cuidado para pessoas que vivem em condições materiais, culturais e sociais completamente diversas da nossa; o que se articula com a noção do direito de cidadania e de universalização de acesso à produção da saúde como respeito à vida. A noção de igualdade nessa perspectiva se estrutura na medida em que se admite o singular na alteridade. Nesse caso, não é o usuário que tem de ter a capacidade de se mostrar digno de direito, mas no papel do profissional e do Estado de prestar assistência à vida, qualquer vida.

Essa normativa da universalidade já está colocada na Constituição brasileira, mas a operacionalização dela na micropolítica das relações de cuidado nos serviços de saúde vai ser atravessada pelas diversas possibilidades de interpretá-la e se articula diretamente com o reconhecimento do usuário. Como vimos, uma das dificuldades de acolher o usuário em seu direito a um cuidado integral diz respeito à forma como o profissional explica a relação do usuário com o contexto em que se encontra. Para muitos, ele é parte do problema – a família não adere ao medicamento, o usuário é negligente ou é acomodado, não aproveita as oportunidades que tem. Para aqueles que veem seu papel dentro de olhar integral, o contexto em que o usuário se encontra é material a ser cuidado, inclusive se não consegue ou, aparentemente, não deseja seguir as prescrições da equipe de saúde.

Os valores que consideram justas as reivindicações de cuidado são coletivos, remetem à tradição e são articulados no coletivo em ciclos de universalização e determinação

(BOLTANSKI, 2000). É neles em que se baseiam as justificações para as situações que demandam cuidado, que dependem da capacidade dos atores em produzir esse discurso, mas também em articular sua ação com ele, independentemente de estabelecer igualdade entre os atores que reivindicam a justiça.

O acesso a direitos e o conceito de cuidado integral criam, então, uma possibilidade de justificação da necessidade de cuidado, independentemente da identificação da pessoa, questão que está ameaçada com as atuais mudanças no campo da seguridade, as quais vêm sendo pautadas em nosso país.

Nessa direção, o olhar integral reconhece as complexas relações que envolvem a demanda do paciente, e sua ação procura intervir abarcando essa complexidade. Possibilita ao profissional focar sua função na mudança do contexto que impossibilita a saúde. Dessa forma, a pessoa que demanda cuidado já está reconhecida como vida que precisa ser apoiada. Não há necessidade da reciprocidade ou equivalência, o reconhecimento ocorre na ação. Puro ágape, o regime de ação em que o outro não necessita ser reconhecido a partir de uma igualdade, nem se faz necessário que responda ou assuma um ideal proposto por quem cuida.

O reconhecimento do outro já está posto por ser a pessoa que se apresenta para ser cuidado. Sua situação, seu comportamento, sua não adesão, os julgamentos axiológicos que despertam no profissional não são motivos para seu não reconhecimento ou a desistência do cuidado, mas substância para ele.

As lógicas e os estados de ação dos profissionais estruturam-se em diagramas, possibilidades cambiantes e mutáveis: a ação de cuidar no sentido da biomedicina e da integralidade e os estados de ação centrados especialmente na reciprocidade e equivalência dos sujeitos. No entanto, isso não ocorre de forma espontânea, faz-se necessário buscar processos de trabalho que cuidem também do profissional e uma rotina que possibilite processos de reflexão sobre os saberes, as compreensões sobre a situação contextual do usuário, a construção dos sujeitos de cuidado e dos afetos produzidos nos profissionais.

Ao falar de rotina, é preciso salientar que a compreensão do cuidado como regime de ação não pode ser substituída pela noção mecânica de um lugar e um espaço onde obrigatoriamente se desenvolve a reflexão sobre a ação. O ágape não se processa por meio de uma norma ou um ideal. Olhar para a produção dos afetos, para as compreensões sobre o contexto e como a relação permite o reconhecimento do outro em sua potência e necessidade corresponde ao espaço da imanência e se articula com o tempo longitudinal. Não pode ser como uma rotina que excede o encontro e apazigua as diferenças. Jamais poderia acontecer

em mais uma reunião, enquadrado em uma saída técnica ou burocrática, ou ser medido por um protocolo ou um supervisor.

Esse espaço a que me refiro acompanha a própria ação, o ágape como regime na relação entre os profissionais da equipe em ação, assim como com a gestão. É o espaço do entre, longe de pensar novas formas de subjetivar essas relações. Não se trata de vitimizar o profissional, muito menos culpabilizar, mas construir espaços de fala e enunciação, que podem produzir outras saberes e práticas como vimos ocorrer.

Trata-se de possibilitar navegar nos afetos e entre as lógicas, refletindo sobre eles e, ao mesmo tempo, partilhando-os. Espaços cotidianos, não necessariamente ritualizados ou especificados, mas que representem aprendizagens e transformação dos afetos na construção do cuidado, na direção de potencializar a vitalidade e a alegria.

Dito isso, reapresento algumas pistas deste estudo que caminha na possibilidade de realizar essa competência. A primeira aprendizagem que quero destacar é que o ágape, compreendido por meio da sociologia, propõe explicar estados de ação que têm como referência o usuário e sua necessidade. O efeito da ação do cuidado depende de como ele percebe e deseja, centra-se nele. Um bom cuidado só será possível se construído dessa forma, não mediante um saber prévio. A justificação da ação necessita do diálogo, não da igualdade, mas do singular. A igualdade projeta-se para o resultado do cuidado produzido. Dessa forma, é possível pensar nesse estado como uma intenção, não uma norma.

Esse não é um regime de amor que se põe como algo divino e constante. No campo, estive dependendo da reflexividade dos atores sobre a construção do sujeito e os julgamentos axiológicos sobre a situação, bem como a avaliação dos efeitos da ação técnica. Também estive condicionada à produção de uma igualdade, vista como resultado de uma intenção, em que os processos de empatia poderiam construir-se, o que foi denominado pelos atores como vínculo.

No campo sociológico, ele representa uma forma de compreender as relações que não se pautam na troca de um dom, nem tampouco por um agir utilitarista. O cuidado necessita disso visto que o poder e o saber de quem está cuidando representa uma força maior, que pode, portanto, facilmente migrar para um estado de violência, ignorar, ferir, no mínimo, ser negligente com a necessidade do outro, que está vulnerável.

Dizer para o outro o que é necessário fazer, intervir é uma ação necessária para que se efetive o cuidado. Não é só uma função social, o cuidado é inerente à sobrevivência humana. O paciente está vulnerável e necessita da intervenção; esta não pode ser para um ideal abstrato, mas construído em relação.

Existe um padrão de cuidar e de pensar no mundo que é levado para a ação de cuidado. É ingênuo propor que a formação e uma ação reflexiva possa facilmente se contrapor a isso; muito menos podemos esperar que a sociedade mude seu padrão. O que a pesquisa mostra é que, embora não tenhamos admitido no meio acadêmico, nem no tecnocientífico, ocorrem regimes de ação em que não se faz necessária a reciprocidade, sem que se caracterize como violência ou a proposta neutralidade mecânica. Admiti-los como possibilidades de aprendizagem e de prestar assistência implica buscar formas de operacionalizá-las no cotidiano da assistência.

Um segundo aprendizado vem da transformação da relação de poder do profissional. Ele é ressignificado uma vez que não se centra em dizer a verdade sobre – nem tampouco em realizar o procedimento, mas na possibilidade de criar – produzir um bom cuidado por meio de seus efeitos. O bom e o bem relacionados não com uma norma, mas magnitudes, negociadas na relação e na situação de cuidado. Na construção de outros estados de ação que não o ágape e na lógica técnica, a construção do reconhecimento do profissional, como sujeito, realiza-se mediante procedimento e prescrição. Seu papel é dado por finalizado ao realizá-los. As diretrizes de promoção de saúde, de qualidade de vida, o cuidado de si ao longo do tempo, não entram como parâmetro do fim da ação.

Em uma noção de poder foucaultiana, o poder é produtivo, reconstrói coisas, propõe outras. O cuidado pretendido como integral só se realiza na perspectiva da produção do novo. O que move o cuidador é o bem viver do outro, não na perspectiva de um bem universal, mas na perspectiva de uma construção local e conjunta, o que é possível fazer: “Eu vou com minha alegria, a pessoa fica alegre também”, mas de forma sustentada ao longo do tempo, buscando não a mudança do outro, mas a construção de relações que apoiem a vida.

Um terceiro aprendizado diz respeito ao processo de organização do serviço e à estrutura do cuidado. Duas questões foram confirmadas: a importância do modelo de adscrição territorial da ESF, da vinculação a um território, possibilitando encontros face a face, os quais se realizam nos territórios existenciais dos usuários e ao longo do tempo; e a vinculação à família, possibilitando medir o alcance das avaliações e as estratégias de cuidado. Diferentemente de um mundo asséptico e distante como o hospital, esse modelo aproxima as pessoas, facilita a compreensão de suas necessidades de cuidado amplo como justo.

Muitos profissionais, restringindo-se ao olhar técnico, reproduzem o lugar do hospital dentro do consultório, eximindo-se de participar e ir ao encontro desses territórios. Mesmo

esses profissionais, acabaram produzindo outro olhar, forçados a conviver com as pessoas e suas necessidades, a complexidade vaza as delimitações das rotinas e dos protocolos.

A proximidade face a face ao longo do tempo facilita o vínculo e modifica o reconhecimento usuário. Mesmo aqueles que se acomodam ou se deixam capturar pelos procedimentos técnicos, eximindo-se de se responsabilizar pelas questões complexas que se relacionam com a demanda do usuário, ficam incomodados, conseguem estabelecer e ampliar formas de vincular-se aos pacientes para além da neutralidade utilitarista.

O fim desta pesquisa coincide como o momento em que esse modelo da ESF, que se mostrou eficaz para a transformação das relações de cuidado, está ameaçado pelas diretrizes da nova PNAB (BRASIL, 2017), proposta pelo governo que sucedeu ao golpe de 2015. Na política atual, é possível estruturar UBS que funcionem como plantão, onde profissionais se voltem para o atendimento da demanda sem limites da quantidade de atendimentos e em horário corrido. Regime que impede dedicar tempo para olhar as complexidades da demanda e produzir uma relação de construção do cuidado. A política também desvincula a equipe ao território, o cadastro das pessoas passa a ser individual e espontâneo.

Outra grave ameaça diz respeito ao fim do financiamento baseado em valores *per capita*, associados à busca de indicadores de qualidade e cobertura, e a fatores epidemiológicos que eram somados ao aporte do financiamento. O critério no momento acaba por se traduzir em produtividade e produção (EPSJV-FIOCRUZ, 2019).

Uma demanda maior do que a capacidade do profissional impede a qualidade do atendimento, até mesmo quando centrado em procedimentos técnicos. A experiência dessa USF demonstrou situações de não reconhecimento mútuo entre usuários e profissionais, chegando a ponto de violência, tornando impensável um olhar integral.

O contexto do trabalho, não só os protocolos e as lógicas, contribui para as subjetivações sobre os sujeitos e suas necessidades. Ter de dar conta de uma demanda superior à possibilidade de atuação com qualidade, falta de apoio da gestão e da equipe, ausência de um processo de partilhamento de saberes e de afetos foram apontados e evidenciados no contexto das situações de cuidado como importantes obstáculos ao cuidado integral.

O cuidado envolve pelo menos dois sujeitos. É necessário pensar na possibilidade do profissional em conseguir exercer seu trabalho. Não é possível pensar nessa ação tendo como diretriz a noção de produtividade e uma demanda que não facilita a escuta e o diálogo. Vimos como profissionais de saúde reinventam formas de atuar mesmo sob essas condições adversas,

mas essas situações se relacionaram com um olhar militante, um esforço extra sobre o estresse do cotidiano.

Para que as situações que demandam cuidado se tornem legítimas, serem aceitas pelos profissionais como justas a ponto de interferirem de forma a superar os protocolos instituídos e se comprometerem com aspectos para além do biológico, é necessário que se articulem com valores considerados universais ou coletivos. Às vezes, essas questões, se forem esgarçadas demais em distância, perdem sentido. A proximidade das pessoas e de seu território, assim como a continuidade do cuidado, tornaram as pessoas mais próximas de serem compreendidas e sua necessidade de cuidado mais amplo como justo.

Para justificar a forma atuar, os atores a relacionavam com uma vivência prévia que produziu um olhar coletivo e uma preocupação com o outro, relacionado com uma coerência entre esse olhar e o agir no mundo.

Também encontramos atores para quem, independentemente de experiências realizadas, foi possível mudar o olhar para um agir voltado à necessidade e ao direito, acolhendo o outro sem julgá-lo. Esse processo de aceitação tácita do usuário e da função do profissional de agir esteve relacionado com a produção do vínculo à parte do tempo de aproximação do usuário e o profissional. Abre-se uma janela, que o estudo não se propôs a aprofundar, que diz respeito ao que o profissional de saúde leva para o encontro do cuidado e como interfere em seus afetos.

Sendo o cuidado polissêmico, relacional e dinâmico, é preciso gerar no profissional a plena consciência da relação de poder da qual é o mediador, cabendo ao usuário, portanto, o centro da decisão; mesmo nos momentos de vulnerabilidade nos quais se ausentar sob a desculpa da autonomia, pode ser comparado com negligência.

Produzir competência para um agir político/cuidadoso que não é apenas deixar o usuário falar da sua necessidade, ser polido e amável. É ouvir com intenção, pautado na compreensão de que não se pode ser amoroso, ser cuidadoso sem se deixar afetar. É ter competência para ocupar um lugar de cuidado que implica treinar o olhar para compreender os signos, interesses e necessidades do outro. Entendê-los como legítimos e reais depende de solidariedade e alteridade, portanto depende de uma atitude política.

A partir deste trabalho, posso propor que essas diretrizes não se podem ater mais a questões normativas. Devem-se processar pela reflexão e ação no cotidiano dos serviços de saúde. Pensando em regimes de ação na qual os profissionais transitam, o olhar integral mostra-se como um dispositivo para construir justificações possibilitando o agir do profissional. O ágape na medida que possibilita relacionar-se com as pessoas sem uma

demarcação prévia e sem esperar reciprocidade, compreendido como um estado de ação, representa um caminho para construir competência na direção do cuidado. Apesar de um estudo local, vislumbra-se aqui caminhos possíveis aos processos de formação e ao cotidiano da construção do cuidado em equipe.

Acabo de contar, agora, a cena da estudante com a qual iniciei a escrita desta tese. Seu desafio trouxe para o debate a relação entre o cuidado proposto e noções de amor, tema que até então não fazia parte das reflexões em sala de aula. No segundo semestre, quando foi preparar seu trabalho com a equipe de saúde – atividade de avaliação da disciplina –, propôs uma oficina sobre “O cuidado em saúde de famílias em extrema vulnerabilidade”.

Diante da dificuldade de organizar o tema, ela mesma questionou o que havia acontecido para que ela mudasse de percepção em relação à família que acompanhava. Revimos os passos e decidimos alguns temas e algumas reflexões que seriam importantes realizar com a equipe. Hoje, a partir deste trabalho, diria que ela mudou o afeto em relação à paciente, mudando sua forma de reconhecê-la.

A discussão teórica foi importante para justificar sua postura. A convivência com as necessidades da família e a escuta a partir do olhar dela foi outro fator importante. A própria estudante reconheceu a paciente como uma batalhadora solitária.

Como vimos, o estado de amor ágape produz um olhar para além da pessoa e sua possibilidade de reciprocidade. A situação que necessita o cuidado é o que movimenta a relação, situação que se atrela à realização de um bem não vinculado a um valor, mas a uma magnitude.

Conforme Spinoza (2009), um afeto só pode ser modificado por um afeto maior ou mais forte. Uma das possibilidades é o desejo, entendido como a consciência do apetite ou da potência de cada ser. A potência do ser humano correlaciona-se com existir em relação, necessário à sua sobrevivência, pois não subsistimos sem cuidado. Pensar no ágape como uma competência a se construir na relação do cuidado vai nessa direção filosófica. Conforme descrevi, não apenas como uma utopia, mas uma realidade nas relações de cuidado no cotidiano das práticas de saúde para além da realização de procedimentos e voltado para a pessoa e seu contexto. A potência de existir do profissional, neste caso, relacionou-se com a visão de seu papel social, vincular-se à produção do cuidado, no sentido de construção de um cuidar de si e de um modo de vida não previamente marcado, no contexto dos saberes, desejos e das possibilidades do paciente em seu contexto e em um tempo que se realiza em processo, sem pensar em um futuro que se acabe em um procedimento.

REFERÊNCIAS

AERTS, C. R. G. C.; GIUGLIANI, E. R. J. Desnutrição. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 269-275.

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. Orientador: Francisco Eduardo de Campos. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

ALMEIDA FILHO, N. A. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, dec. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2000000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 maio 2019.

ALMEIDA FILHO, N. A. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALMEIDA FILHO, N. A. Towards a unified theory of health-disease: I. Health as a complex model-object. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 433-450, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300433&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 maio 2019.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 mar. 2017.

ANDERSON, J; HONNET, A. Autonomia, vulnerabilidade, reconhecimento e justiça. **Revista Cadernos de Filosofia Alemã**: crítica e modernidade, São Paulo, n. 17, p. 81-112, jan.-fev. 2011. Disponível em: <http://ficem.fflch.usp.br/sites/ficem.fflch.usp.br/files/Boneco17.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. *In*: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 150-171. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xkvy4/pdf/minayo-9788575413661.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

ARAÚJO, I. M. M.; NASCIMENTO, D. F. Movimentos populares em saúde e a reforma sanitária brasileira: saúde e subversão na Paraíba nos anos 70 e 80. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 11-25, jun. 2014. Disponível em: www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1510/1321. Acesso em: 27 mar. 2019.

ARFUCH, L. **O espaço biográfico**: dilemas da subjetividade contemporânea. Tradução de Paloma Vidal. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010.

ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J.; CIRINEU, C. T. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 743-753, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Maria/AppData/Local/Temp/1407-6546-1-PB.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2017.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004b.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; MACHADO, C. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 maio 2017.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 444-450, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/444a450.pdf. Acesso em: 3 maio 2017.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 maio 2019.

BARBIERI, M. C. *et al.* Rede de suporte da família da criança e adolescente com deficiência visual: potencialidades e fragilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3213-3223, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003213&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 maio 2017.

BARBOSA, R. H. S.; BERGER, S. M. D. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 810-816, fev. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000103001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 maio 2017.

BARROS, M. E.; HECKERT, A. L. C. Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/UERJ; Abrasco, 2010. p. 137-154.

BASTOS, I. T. *et al.* Identidade do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil para usuários de álcool e drogas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 116-122, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103116>. Acesso em: 3 maio 2017.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BAUMAN, Z. **Modernidade e holocausto**. Tradução de Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.

BAUMAN, Z. Sobre o comunitarismo e a liberdade humana, ou como enquadrar o círculo. In: BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Tradução de Mauro Gama e Cláudia M. Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b.

BAUMAN, Z.; DONSKIS, L. **Cegueira moral**: a perda da sensibilidade na modernidade líquida. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

BELIK, W.; SILVA, J. G.; TAKAGI, M. Políticas de combate à fome no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 119-129, dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392001000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2018.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, especial2, p. 1326-1330, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2017.

BOLTANSKI, L. **El amor y la justicia como competencias**: tres ensayos de sociología de la acción. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.

BOLTANSKI, L.; THÉVENOT, L. **De la justification**: les économies de la grandeur. Paris: Gallimard, 1991.

BONET, O. **Os médicos da pessoa**: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014a.

BONET, O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado: a propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 327-350, out. 2014b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752014000200327&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 abr. 2019.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 maio 2017.

BORGES, C.; JAPUR, M. Promover e recuperar a saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 507-519, set./dez. 2005.

BORGES, M. S.; SILVA, H. C. P. Cuidar ou tratar?: busca do campo de competência e identidade por competência e identidade da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 6, n. 5, p. 823-829, set.-out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/21.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2017.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, T. M. **Amamentação**: um resgate histórico. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará**, Fortaleza, v. 1, n. 1, jul./dez. 2005.

BOURDIEU, P. **Classe e classificação**. In: BOURDIEU, P. **A distinção**: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100021&lng=en. Acesso em: 13 maio, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990 (Publicação Original). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 maio 2019.

BRASIL. Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-3, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 27 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 38, 7 nov. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Conass, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, 2013a. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf. Acesso em: 17 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 18 set. 2019.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 12. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014b. (Série Legislação, n. 122). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/gestao-na-camara-dos-deputados/responsabilidade-social-e-ambiental/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>. Acesso em: 31 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, Edição 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. Núcleo **ampliado de saúde da família**. [2019]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRAZÃO, J. C. C. Vínculo e afeto na atualidade: impactos do novo capitalismo. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 90-110, 2014.

BRECAILO, M. K; TAMANINI, M. Amamentar, cuidar, maternar: regulações, necessidades e subjetividades. **Demetra**: Alimentação, Nutrição & Saúde, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/22507>. Acesso em: 31 mar. 2019.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 31, supl. 1, p. 13-27, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 maio 2019.

BRITO, C. M. D. *et al.* O humor e o riso na promoção de saúde: uma experiência de inserção do palhaço na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 553-562, fev. 2016.

BUBOLTZ, F. L.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1027-1034, out./dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-201500002040014.pdf. Acesso em: 5 mar. 2017.

BURGOS, J. I. Navegando el sentido común: salud colectiva en comuna de Quinchao, año 2007. **Cuadernos Médico-Sociales**, Santiago de Chile, v. 48, n. 2, p. 66-76, jun. 2008. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/fr/revista/cuadernos-medico-sociales-santiago/articulo/navegando-el-sentido-comun-salud-colectiva-en-comuna-de-quinchao-ano-2007>. Acesso em: 7 out. 2017.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Bolsa família**. 2019. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 4 jun. 2019.

CALVASINA, P. G. *et al.* “Fraqueza de nascer”: sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 371-380, fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 ago. 2019.

CAMARGO JR, K. R. A biomedicina. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 0, p. 177-201, 2005a. Acesso em: 9 maio 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300009&lng=en. Acesso em: 4 jun. 2019.

CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (In)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: Cepesp/UERJ, IMS/Abrasco, 2005b.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec; 1994.

CAMPOS, G. W. S. **Uma clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. 1997. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1999.

CARDOSO, I; VIEIRA, V. A mídia na culpabilização da vítima de violência sexual: o discurso de notícias sobre estupro em jornais eletrônicos. **EID&A**: Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação, Ilhéus, n. 7, p. 69-85, dez. 2014.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e 8.142/90). 3. ed. Campinas: Ed. da Unicamp, 2002.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, S. R.; TEIXEIRA, R. R. Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose: parte 3. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 221-230, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100221&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2019.

CARVALHO, S. R. *et al.* Medicalização: uma crítica (im)pertinente?: Introdução. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2019..

CARDOSO JÚNIOR, H. R. A origem do conceito de multiplicidade segundo Gilles Deleuze. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 19, p. 151-161, dez. 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31731996000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2019.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601829&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 maio 2017.

CASTELLANOS, M. E. P. **O adoecimento crônico infantil**: processo e narrativa: contribuição para o estudo de pacientes com fibrose cística e asma. Tese. 403 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/309244>. Acesso em: 4 ago. 2018.

CASTRO, J. **Geografia da fome**: o dilema brasileiro: pão ou aço. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

CALVASINA, P. G. *et al.* Fraqueza de nascença: sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 371-380, fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 ago. 2019.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, Epub 20 ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>. Acesso em: 7 maio 2019.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 20, n. 1, p. 31-39, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0031.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2017.

CENTRO de Referência de Assistência social – Cras. **Secretaria Especial do Desenvolvimento Social**, 22 jun. 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/cras>. Acesso em: 4 maio 2019.

CHANIAL, P. Além do domínio do interesse?: dádiva, proteção social e renda da cidadania. **Caderno CRH**, Salvador, v.17, n. 40, p. 17-32, jan./abr. 2004.

CHIAVERINI, D. H. (org.) *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSULTÓRIO na rua: cuidado para todos. **Blog da Saúde**, Brasília, 12 ago. 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/50077-consultorio-na-rua-cuidado-para-todos>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CORDEIRO, M. P.; SPINK, M. J. P. Por uma Psicologia Social não perspectivista: contribuições de Annemarie Mol. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 338-356, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jul. 2018.

CORREA, D. S.; DIAS, R. C. A crítica e os momentos críticos: *de la justification* e a guinada pragmática na sociologia francesa. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 67-99, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132016000100067&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2019.

COSTA, J. H. Subjetivação e dobras de fora: transitando por Foucault, de Gilles Deleuze. **Trilhas Filosóficas**, ano 3, n. 1, jan.-jun. 2010. Disponível em: <http://periodicos.uern.br/index.php/trilhasfilosoficas/article/viewFile/81/81>. Acesso em 22, jun. 2017.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, out. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/48129>. Acesso em: 5 out. 2017.

COUTINHO, D; ALMEIDA FILHO, N; CASTIELL, D. Epistemologia da epidemiologia: categorias de determinação: causalidade, predição, contingência e sobredeterminação. In: ALMEIDA FILHO, N; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 4, p. 29-41.

COUTO, M. **Pensatempos**: textos de opinião. Lisboa: Caminhos, 2005. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/sao-demasiado-pobres-os-nossos-ricos-por-mia-couto/#>. Acesso em: 8 jun. 2019.

CRONEMBERGER, I. H. G. M.; TEIXEIRA, S. M. O sistema de proteção social brasileiro, política de assistência social e a atenção à família. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 132-147, dez. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2019.

CSORDAS, T. **Corpo, significado, cura**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

CURVO, D. R.; SILVA, M. O. O sofrimento ético-político e a reforma sanitária brasileira: algumas considerações sobre os trabalhadores de uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 295-308, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/10733/6817>. Acesso em: 5 mar. 2017.

DANIEL, J. M. P.; CRAVO, V. O valor social e cultural da alimentação. **Revista Brasileira de Antropologia**, n. 2, p. 70-83, 1989.

DARÓS, D. Z. *et al.* Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiana, v. 12, n. 2, p. 308-314, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a12.htm>. Acesso em: 5 mar. 2017.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Tradução e prefácio de Edmundo Cordeiro. Lisboa: Ed. Veja-Passagens, 1996. p. 155-161.

DELEUZE, G. **Espinoza**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G. As dobras ou o lado de dentro do pensamento (subjetivação). *In*: DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: rizoma. *In*: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1, p. 11-37.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed. 34, 1997. v. 4.

DIAS, T. M. **Grupo mudança de peso: mudando vidas em atenção primária**. 2015. Monografia (Curso de Residência em Medicina de Saúde da Família) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

DI FRANCESCO, R. C.; MORICZ, R. D.; MARONE, S. Otite média aguda em pediatria. **Pediatra Atualize-se**: Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo, ano 1, n. 3, p. 4-6, jul. 2016. Disponível em: <http://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT3.pdf>. Acesso em: 4 set. 2018.

DUMONT, É. A “caixa preta” do cuidado: relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de enfermagem. 2012. 144 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Conhecimento e Inclusão Social) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DUTRA, V. F. D.; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichan**, Bogotá, ano 15, v. 15, n. 4, p. 529-540, dez. 2015. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3756/4026>. Acesso em: 7 maio 2017.

ELIAS, N. As estátuas pensantes. *In*: ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994a.

ELIAS, N. A civilização como transformação do comportamento humano. *In*: ELIAS, N. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994b. v. 1.

ELIAS, N. Sobre los seres humanos y sus emociones: un ensayo sociológico processual. *In*: ELIAS, N. **La civilización de los padres y otros ensayos**. Santa Fe, Bogotá: Grupo Editorial Norma, 1998.

ELLRY, A. E. L. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional**. Orientador: Ricardo José Soares Pontes. 2012. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

EMIRBAYER, M. Manifesto en pro de una sociología relacional. **Revista CS**, Cali, n. 4, p. 285-329, jul./dec. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-03242009000200013. Acesso em: 26 abr. 2019.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 maio 2017.

EPSJV/FIOCRUZ. **Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento**. 1.º nov. 2019. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>. Acesso em: 4 nov. 2019.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FASSIN, D. Governar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. **Cuadernos de Antropología Social**, Buenos Aires, v. 17, p. 49-78, 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180913909004.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2019.

FÉLIX-SILVA, A. V. **A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica**. Natal: Edunp, 2014.

FERNÁNDEZ, J. M. F. La construcción social de la pobreza en la sociología de Simmel. **Cuadernos de Trabajo Social**, Montevideo, v. 13, p. 15-32 2000. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0000110015A/8024>. Acesso em: 5 jun. 2019.

FERREIRA, D. C. *et al.* A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 283-288, 2014.

FERREIRA, T. P. S. *et al.* Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, n. 23, p. 373-384, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=pt. Acesso em: 5 maio 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: FERLA, A. A. *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes – livro 1**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. (Coleção VER-SUS/ Brasil).

FIGUEIREDO, M. D. Entre a linguagem e o saber-fazer: uma proposta para a compreensão do conhecimento prático. **Inter-Ação**, Goiânia, v. 40, n. 3, p. 457-476, set./dez. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/interacao/article/viewFile/35613/19867>. Acesso em: 8 set. 2018.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. PNAB 2017: a universalidade e a integralidade sob ameaça? **Agência Fiocruz de Notícias**, 26 set. 2017. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pnab-2017-universalidade-e-integralidade-sob-ameaca>. Acesso em 25 jun. 2019.

FORTES, S. *et al.* Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400834036006>. Acesso em: 7 mar. 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b.

FOUCAULT, M. Verdade e poder: entrevista a Alexandre Fontana. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979c.

FOUCAULT, M. O olho do poder: entrevista a Jean-Pierre Barou e Michelle Perrot. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979d. p. 221-222.

FOUCAULT, M. A política da saúde no século XVIII. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. São Paulo: Graal; 1984. p. 193-208.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Tradução de Raquel Ramallete. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2010a.

FOUCAULT, M. Polêmica, política e problematizações. *In*: FOUCAULT, M. **Ditos & escritos V: ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010b. p. 225-233.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. *In*: FOUCAULT, M. **Ditos & escritos V: ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010c. p. 265-278.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, Paris, n. 18, p. 167-194, 2010d. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>. Acesso em 28, fev., 2019.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCH, M.; LAGO-FALCÃO, T. Será que elas sofrem? Algumas observações sobre death without weeping de Nancy Scheper-Hughes. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 20, p. 181-196, 2004.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, L. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/6em-busca-da-clinica-dos-afetos.pdf> Acesso em: 17 maio 2017.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. *et al.* (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GALLANT, M. P. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. **Health Education & Behaviour**, v. 30, n. 2, p.170-195. 2003.

GASPERIN, D. *et al.* Effects of psychological stress on blood pressure increase: a meta analysis of cohort studies. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 715-726, abr. 2009.

GEERTZ, C. O dilema do antropólogo entre “estar lá” e “estar aqui”. Tradução de Fraya Frehse. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 7, n. 7, p. 205-235, 1998. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/52621/56525>. Acesso em: 26 jun. 2019.

GÉRVAS, J. El asunto Tamiflú/Relenza, la salud pública y algunas lecciones para la decisión y la ética. **Revista Cubana de Salud Pública**, Habana, v. 40, n. 4, p. 334-348, oct./dic. 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v40n4/spu09414.pdf. Acesso em: 31 mar. 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GOLDANI, H. A. S.; SILVA, C. H. Doença diarreica. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GOMES, J. M. F. *et al.* Amamentação no Brasil: discurso científico, programas e políticas no século XX. In: PRADO, S. D. *et al.* (org.). **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016. p. 475-491. (Sabor Metrópole Series, v. 5), Disponível em: <http://books.scielo.org/id/37nz2/epub/prado-9788575114568.epub>. Acesso em: 26 jun. 2019.

GOTZSCHE, P. C. **Medicamentos mortais e crime organizado**: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

HASTRUP, K. O conhecimento incorporado. Tradução de Gilberto Icle. **Repertório**: Teatro & Dança, ano 13, n. 14, p. 74-79, 2010. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revteatro/article/viewFile/4668/3487>. Acesso em: 26 jun. 2019.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HERNANDEZ, A. R.; VICTORA, C. G. Biopolíticas do aleitamento materno: uma análise dos movimentos global e local e suas articulações com os discursos do desenvolvimento social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, e00155117, 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000903001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2019.

HONNET, A. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34, 2009.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IMPLICAÇÃO. In: MICHAELIS dicionário brasileiro da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, c2019. Disponível em: <http://www.michaelis.com.br>. Acesso em: 16 maio 2019.

INGOLD, T. Jornadas ao longo de um caminho de vida: mapas, descobridor-caminho e navegação. **Revista Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 76-110, 2005.

INGOLD, T. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos em um mundo de materiais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 18, n. 37, p. 25-44, jan./jun. 2012.

IORIO, G. O amor como ágape na práxis social: origem, definição e perspectivas. **Realis**, v. 6, n. 1, jan./jul. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8854>. Acesso em: 30 abr. 2019.

IVO, A. B. L. Georg Simmel e a “sociologia da pobreza”. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, p. 171-180, abr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792008000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 jun. 2019.

IZQUIERDO, M. J. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática. In: CONGRESO INTERNACIONAL SARE, 2003. **Cuidar cuesta**: costes y beneficios del cuidado. Barcelona, Emakunde/Sare, out. 2003. p. 4-37. Disponível em: https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Socializacion_del_cuidado.pdf. Acesso em: 16 out. 2017.

JOÃO PESSOA (cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. **Topografia social da cidade de João Pessoa**. Coordenação de A. Sposati et. al. João Pessoa: Cedest/IEE/Pucsp, 2009. Disponível em: http://www.joaopessoa.pb.gov.br/portal/wp-content/uploads/2012/04/TOPOGRAFIA-SOCIAL-DE-JOAO-PESSOA_2009.pdf. Acesso em 25 jun. 2019.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2018.

KERSTENETZKY, C. L. Políticas sociais: focalização ou universalização? **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 564-574, out./dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572006000400006. Acesso em: 6 ago. 2019.

KERSTENETZKY, C. L. **O Brasil, a pobreza e o século XXI**. Rio de Janeiro: Cedes, 2011. (Texto para Discussão, n. 59). Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/images/grupo_cede/publica%C3%A7%C3%B5es/site_antigo/tds/td59_ed4cc.pdf. Acesso em: 6 ago. 2017.

KIMURA, C. A. *et al.* Quality of life in stomized oncological patients: an approach of integrality from Brazilian Unified Health System. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 34-39, jan./mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632016000100034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 out. 2017.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

KLOSSOSWSK, D. G. *et al.* Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 137-150, jan./fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100137&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2017.

KUNDERA, M. **A insustentável leveza do ser**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo e mente**: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. Orientador: Victor Vincent Valla. 2002. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2002.

LACERDA, A. **Redes de apoio social no Sistema da Dádiva**: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Orientador: Victor Vincent Valla. 2010. 204 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

LAMONT, M.; MOLNAR, V. The study of boundaries in the social sciences. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, CA, v. 28, n. 1, p. 167-195, 2002.

LAMPERT, J. B. Avaliação do processo de mudança na formação médica. *In: MARINS, J. J. N. et al. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.* São Paulo: Hucitec, 2004.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2008.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos:** ensaios de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000. (Coleção Trans).

LATOUR, B. Como terminar uma tese de sociologia: pequeno diálogo entre um aluno e seu professor (um tanto socrático). **Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 14-15, p. 1-382, 2006.

LAVALLE, A. G. Cidadania, igualdade e diferença. **Lua Nova**, São Paulo, n. 59, p. 75-93, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n59/a04n59.pdf> . Acesso em: 23 jun. 2017.

LAVINAS, L. Pobreza e exclusão: traduções regionais de duas categorias da prática. **Revista Econômica**, Niterói, v. 4, n. 1, p. 25-59, jun. 2002. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/pdf/cursos_eventos/governanca_2005/governanca_2005_Pobreza_Exclus%E3o_Lena%20Lavinas.pdf. Acesso em: 23 jun. 2017.

LEITE, M. S. P. Políticas sociais e cidadania. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 117-131, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/06.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.

LÉON, A. **O CAC faz você dançar:** uma etnocartografia das performances masculinas no bairro do Rangel em João Pessoa-PB. João Pessoa: Marca de Fantasia, 2014.

LIMA, M. R. A. et al. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 840-846, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500840&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2018.

LIMA, R. **Lâminas.** Fortaleza: Expressão Gráfica, 2009.

LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M. I. M. Discursos de médicos de família brasileiros e italianos sobre autonomia na perspectiva bioética. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1021-1032, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-01021.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019.

LOBAT, L. V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 721-730, 2009.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social:** razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. Abordagens teóricas: novas práticas em saúde coletiva. *In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (org.). Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 251-259, 2003.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista Brasileira de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14045/15863>. Acesso em: 5 maio 2017.

MARICATO, E. Urbanismo na periferia do mundo globalizado: metrópoles brasileiras. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 21-33, out. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392000000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2019.

MARQUES, M. B. **Discursos médicos sobre seres frágeis**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, D. M. B. **Artes de cuidar e ser cuidado**: experiências terapêuticas integrativas na perspectiva da dádiva. Orientador: Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque. 2014. 230 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

MARTINS, P. H. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 73, p. 45-66, dez. 2005. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/73/RCCS73-045-066-Paulo%20H.Martins.pdf>. Acesso em: 3 out. 2017.

MARTINS, P. H. MARES: Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano: aspectos conceituais e operacionais. In: Pinheiro, R.; Martins, P. H. (ed.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco; 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, 2001. p. 39-66.

MCWHINNEY, I. R. Why we need a new clinical method. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 11, n. 1, p. 3-7, 1993. Disponível em: www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/02813439308994894. Acesso em: 29 mar. 2019.

MEDEIROS, C. *et al.* O processo de (des)construção da multiprofissionalidade na atenção básica: limites e desafios a efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 319-328, 2011.

MELLO, T. A vida verdadeira. *In*: MELLO, T. **Faz escuro mas eu canto**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDONÇA, P. E. X. **Sem soberania**: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas. 2015. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde como contribuição para a compreensão das apostas em torno de uma reestruturação produtiva no setor. *In*: MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: Túlio Batista Franco, T. B.; PERES, M. A. A. (org.). **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. v. 1, p. 21-45. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf.

MERHY, E. E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 maio 2019.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. *In*: FRANCO, T. B; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172-182.

MOEBUS, R. L. N. **O tratamento involuntário em ato de delicadeza**. 2008. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MOL, A. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. *In*: NUNES, J. A.; ROQUE, R. (org.). **Objetos impuros**: experiências em estudos sociais da ciência. Porto: Edições Afrontamento, 2008a.

MOL, A. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. New York: Routledge; 2008b.

MOL, A. Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. Entrevista concedida a Denise Martin, Mary Jane Spink & Pedro Paulo Gomes Pereira. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 295-305, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0171>. Acesso em: 27 abr. 2019.

MORAIS, M. S.T. **Educação popular na graduação em Medicina: aprendizados, possibilidades e desafios**. Orientador: Eymard Mourão Vasconcelos. 2016. 230 f. Tese (Doutorado) – Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

MOREIRA, L. C. H. **Clínica, cuidado e subjetividade**: uma análise da prática médica no Programa Médico de Família de Niterói a partir dos encontros no território. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MORIN, E. A inteligência cega. *In*: MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina; 2005.

MURAHOVSKI, J. A criança com febre no consultório. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 1, p. S55-S64, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a07.pdf>. Acesso em: 3 set. 2019.

MURAHOVSKI, J. Os problemas da parede abdominal e do tubo digestivo: a criança com abdome agudo. *In*: MURAHOVSKI, J. **Pediatria**: diagnóstico e tratamento. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2006. p. 425-431.

MURAHOVSKI, J.; SILVA, P. S. A.; LEITE, H. P. Distúrbio da nutrição: desnutrição. *In*: MURAHOVSKI, J. **Pediatria**: diagnóstico e tratamento. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2006. p. 136-140.

NATIONS, M. Cuidados clínicos: doença de criança: paradigma popular da diarreia persistente? *In*: NATIONS, M. **Corte a mortalha**: o cálculo humano da morte infantil no Ceará. Tradução de A. P. Fajardo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Coleção Antropologia e Saúde). p. 111-133. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/fmnch/pdf/nations-9788575415139-05.pdf>. Acesso em: 27 set. 2018.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 93-104. (Cadernos Humaniza SUS, v. 2). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_basica_v2_1ed.pdf. Acesso em: 3 set. 2019.

OLIVEIRA, V. Z. *et al.* Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 9-17, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 ago. 2018.

PAIM, J. S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 9-12, 1976.

PAIM, J. S. Concepções de práticas de saúde e de organização de serviços. *In*: PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 547-573.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A crise da saúde e a nova saúde pública. *In*: PAIM, J. S. **A crise de saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 92-101, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500092&lng=en. Acesso em 3 maio, 2017.

PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEÃO, N. C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 621-631, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000400621&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 maio 2017.

PELBART, P. P. Por uma arte de instaurar modos de existência que não existem. In: FUNDAÇÃO BIENAL. 31., 2014, São Paulo, 2014. **Anais [...]**. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/354784763/PELBART-P-Por-Uma-Arte-de-Instaurar-Modos-de-Existencia-Que-Nao-Existem>. Acesso em: 15 nov. 2019.

PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: um ensaio sobre a individualidade contemporânea. **Tempo Social**, São Paulo, v. 27, n. 1, jun. 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Cuidado e integralidade: vida, conhecimento, saúde e educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 7-9.

PINHO, L. B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiana, v. 9, n. 3, p. 835-846, set./dez. 2007.

PIRES, F. F.; REGO, W. D. L. 10 anos de Programa Bolsa Família: apresentação do dossiê. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, n. 38, p. 13-19, abr. 2013.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 273-284, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100273&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 maio 2017.

PIRES, M. R. G. M. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde**: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. 2004. 274 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, supl. 1, p. s71-s81, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 set. 2019.

PNAD Contínua: 10% da população concentravam quase metade da massa de rendimentos do país em 2017. **Agência IBGE Notícias**, 11 abr. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20843-pnad-continua-10-da-populacao-concentravam-quase-metade-da-massa-de-rendimentos-do-pais-em-2017>. Acesso em: 9 jun. 2019.

PROGRAMA cozinha comunitária. **Carta de Serviços a Usuário**, 2019. Disponível em: http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/mds-para-voce/carta-de-servicos/gestor/alimentacao-e-acesso-a-agua/copy14_of_cisternas_2. Acesso em: 4 maio 2019.

PUSSETTI, C.; BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. **Etnográfica**, Lisboa, v. 15, n. 3, 467-478, out. 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ab71/ffa75084a7ebbd2bdc986f096850e2ee6ee.pdf?>. Acesso em: 4 jan. 2019.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JÚNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2019.

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, jan./mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 maio 2017.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2017.

ROCHA, S. **Transferências de renda: o fim da pobreza?** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RODRIGUES, M. P. **A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade do Natal**. Orientador: Kenio Costa de Lima. 2007. 209 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/13116>

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2014.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANCHO, K. A.; PFEIFFER, C. R. C.; CORREA, C. R. S. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta: redes de significação em jogo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e170633, 16 jan. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100202&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 maio 2019.

SANTOS, A. C. B. et al. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Revista Nufen**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 11-21, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2019.

SANTOS, A. P. *et al.* O lugar dos pobres nas cidades: exploração teórica sobre periferização e pobreza na produção do espaço urbano latino-americano. **Urbe: Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 9, n. 3, p. 430-442, set./dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-33692017000300430&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2019.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 maio 2017.

SANTOS JÚNIOR, A. D.; SILVA, M. D.; SILVEIRA, J. A. R. Caracterização socioeconômica da borda urbana na cidade de João Pessoa, Paraíba. In: SIMPÓSIO DE ESTUDOS URBANOS: A DINÂMICA DAS CIDADES E A PRODUÇÃO DO ESPAÇO, 2., 2013, Campo Mourão. **Anais [...]**. Campo Mourão: Universidade Estadual do Paraná, 2013.

SANTOS, N. R. Reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SANTOS, N. R. O SUS na prática: qual é a política pública de saúde? 1990-2015: 25 anos do SUS. **Cebes**, 8 jan. 2016. Disponível em: www.cebes.org.br/2016/01/o-sus-na-pratica-qual-a-politica-publica-de-saude. Acesso em: 23 jun. 2016.

SARTI, C. A. O valor da família para os pobres. In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (org.). **Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995. p. 131-150.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13 jul. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019.

SCRIBANO, A. Investigación cualitativa y textualidad: la interpretación como práctica sociológica. **Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales**, Santiago, n. 11, p. 104-112, 2001. Disponível em: <https://www.moebio.uchile.cl/11/scrivano.html>. Acesso em: 29 mar. 2019.

SEIBEL, E. J.; OLIVEIRA, H. M. J. Clientelismo e seletividade: desafios às políticas sociais. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 39, p. 135-145, abr. 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/download/17989/16939>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SEN, A. K. Pobreza como privação de capacidades. In: SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a.

SEN, A. K. Fomes coletivas e outras crises. In: SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução de Laura T. Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b. p. 210-245.

SILVA, C. H.; MARÓSTICA, P. J. C. Infecção respiratória na criança. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, D. M. G.V. et al. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2004.

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 maio 2017.

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-852, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300843&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 maio 2017.

SIMMEL, G. **El pobre**. Madrid: Ediciones Sequitur, 2014.

SOARES, M. D.; COELHO, T. C. B. O cotidiano do cuidado infantil em comunidades rurais do estado da Bahia: uma abordagem qualitativa. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 463-472, out./dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 maio 2017.

SÓL, N. A. A. **A medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos**. Orientadora: Solange L'Abbate. 2011. 252 f. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

SOLAR SILVA, M. A. Medicina moderna hipocrática y medicina tradicional Mapuche.

Cuadernos Médico-Sociales, Santiago de Chile, v. 45, n. 2, p. 144-149, jun. 2005.

Disponível em: <https://pt.slideshare.net/drjoseluiscontreras/medicina-moderna-y-tradicional-colegio-mdico-de-chile>. Acesso em: 2 maio 2017.

SOUZA, J. (Não) reconhecimento e subcidadania, ou o que é “ser gente”? **Lua Nova**, São Paulo, n. 59, p. 51-73, 2003a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452003000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2019.

SOUZA, J. **A construção social da subcidadania**: para uma sociologia política da modernidade periférica. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2003b.

SOUZA, J. A gramática social da desigualdade brasileira. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 54, fev. 2004.

SOUZA, J. **A invisibilidade da desigualdade brasileira**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2006.

SOUZA, J. **Ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2009.

SOUZA, N. P. *et al.* A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2257-2266, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03042017>. Acesso em: 17 mar. 2019.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde: perspectivas da redução de danos. 2013. 350 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

SPINOZA, B. **Ética**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

STRALEN, A. C. S. V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 147-172, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100008>. Acesso em: 7 maio 2019.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 698-704, set./dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 out. 2017.

TAVARES, W. **Rotina de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2014.

TAVEIRA, Z.; SOUZA, R. A.; MACHADO, M. H. Precarização dos vínculos de trabalho na estratégia saúde da família: revisão de literatura. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 47, p. 102-110, 2012.

TAYLOR, Charles. **As fontes do self**: a construção da identidade moderna. São Paulo: s Loyola, 1997.

TEIXEIRA, C. F. A construção social do planejamento e programação local da vigilância à saúde no distrito sanitário, p. 45-59. In: MENDES, E. V. (org.). **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no Distrito Sanitário**. Brasília: OPS, 1994. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 13).

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2019

TELLES, V. S. Pobreza e cidadania: dilemas do Brasil contemporâneo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 6, n. 19, 1993. Não paginado. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1109_1427_tellesveracrh.pdf. Acesso em: 31 mar. 2019.

TEMPORÃO, J. G. Saúde da família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1322-1323, 2009.

TESSER, D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2019.

THOMAS, C. De-constructing concepts of care. **Sociology**, v. 27, n. 4, p. 649-669, nov. 1993.

TREADWELL, J.; MCCARTNEY, M. Sobrediagnóstico e tratamento excessivo: médicos generalistas: é hora de uma revolução na medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-5, jan./dez. 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1400/793>. Acesso em: 27 mar. 2019.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2019.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VERAS, R. P. *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200357&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 out. 2017.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, out./dez. 2015.

VIEIRA, D. K. R.; FAVORETO, C. A. O. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 89-98, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100089&lng=en. Acesso em: 14 maio 2017.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista de Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.

WAGNER, P. *et al.* Bases y perspectivas latinoamericanas sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona. **Anales de la Facultad de Medicina**, Lima, v. 76, n. 1, p. 63-70, ene./mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000200010&lng=es. Acesso em: 14 maio 2017.

WEBER, M. Conceptos sociológicos fundamentales. In: WEBER, M. **Economía y sociedad**: esbozo de sociología comprensiva. México: Fondo de Cultura Económica, 1996. p. 5-45.

WERNECK, Alexandre. Sociologia da moral como sociologia da agência. **RBSE: Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 36, p. 704-718, dez. 2013. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/WerneckDos.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

ZALUAR, Alba. **A máquina e a revolta**: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, mar. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000100003&lng=en. Acesso em: 9 maio 2017.

ZORZANELLI, R.T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2019.