

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SACADURA ESPADA LIMA JUNIOR

**ENCONTROS, DESEJOS E CUIDADO NO TRABALHO VIVO
EM ATO EM DUAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE/MS**

**CAMPO GRANDE, MS
2023**

SACADURA ESPADA LIMA JUNIOR

**ENCONTROS, DESEJOS E CUIDADO NO TRABALHO VIVO
EM ATO EM DUAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Professora Doutora Mara Lisiane de Moraes dos Santos.

**CAMPO GRANDE
2023**

SACADURA ESPADA LIMA JUNIOR

**ENCONTROS, DESEJOS E CUIDADO NO TRABALHO VIVO EM ATO EM DUAS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE/MS**

Trabalho acadêmico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Campo Grande, MS, ____ de _____ de 2023.

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos (Presidente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Alessandro Diogo De Carli
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Dedicatória.

Dedico aos corpos insurgentes e aos que desejam e pensam diferente, pois são estes que movem e mudam o mundo, desacomodando, quebrando barreiras, provocando o instituído e produzindo novas possibilidades de vida. Viva a diferença!

AGRADECIMENTOS

Ao coletivo do EICOS-Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social Instituto de Psicologia da UFRJ pela acolhida durante esses anos.

Ao coletivo da Rede Observatório pelos intensos encontros e debates motivadores.

Aos usuários, que generosos, compartilharam suas existências comigo.

À minha orientadora, professora Mara Lisiane de Moraes dos Santos, agradeço por me apresentar outros mundos que provocaram outros desejos e várias libertações em minha mente.

Aos pesquisados, às unidades e profissionais de saúde que me receberam e permitiram a realização desta pesquisa, aos professores e aos demais colaboradores vinculados à UFMS que tornaram esta dissertação possível meus sinceros agradecimentos. Agradeço a todos que contribuíram para a concretização desta conquista.

Aos meus pais, por terem acreditado em mim e me incentivado a nunca parar de buscar o conhecimento.

E às minhas três rosas...a mais pura tradução da palavra amor.

Segue o teu destino,
Rega as tuas plantas,
Ama as tuas rosas.
O resto é a sombra
De árvores alheias.

Fernando Pessoa

RESUMO

O cuidado em saúde é fundamental para a produção da vida, devendo se constituir como o propósito das ações das equipes de saúde. Entretanto, nem todas as ações de saúde são necessariamente **cuidadoras**. Nessa perspectiva, o trabalho na **Estratégia Saúde da Família** produz incômodos e interrogações sobre como o cuidado é produzido nos encontros entre **usuários** e trabalhadores nas **Unidades de Saúde da Família (USF)**, bem como dúvidas sobre quais desejos estariam envolvidos na produção do cuidado. O objetivo foi cartografar experiências de cuidado em saúde a partir de encontros no **trabalho vivo em ato na Rede Básica** em duas USF de Campo Grande (MS), e instaurar conexões teóricas com as narrativas produzidas com base nos encontros no campo da pesquisa. Foi realizado um estudo qualitativo, com utilização da **cartografia**, a qual permite conhecer e acompanhar as **subjettivações** dos cenários psicossociais e relacionais da produção do cuidado em saúde. Foram realizados encontros semanais com trabalhadores e **usuários** nos momentos do **trabalho vivo em ato**, durante 6 meses. Em vários encontros houve tensões, movimentos durante as ações de cuidado ou, ainda, ausência de relações ou vínculos, com encontros “mecanizados”. Ao mesmo tempo, houve encontros em que ficaram evidentes conexões das produções desejantes de **usuários** e trabalhadores, produzindo novas possibilidades de cuidado que fugiam das limitações impostas pelas práticas e rotinas instituídas. Nesses casos, as experiências de cuidado mostraram a criação de linhas de fuga ao instituído, produzindo outras possibilidades de cuidado singulares, e mais alinhadas aos desejos dos atores envolvidos na produção do cuidado. Houve experiências com trabalhadores de saúde com autonomia, demonstrando capacidade de produzir formas de se reinventar, abrindo espaços para produzir cuidado centrado nos desejos do **usuário**. Houve também experiências com trabalhadores de saúde que se afastaram da produção do cuidado como caminho fundamental em defesa da vida, desconsiderando a produção dos desejos nos encontros. Nessas situações foi evidente a atuação a partir da clínica baseada em **estados de dominação**, ações castradoras da liberdade, limitadas ao tratamento das doenças do corpo biológico, repleta de disciplinarizações que tentam a todo momento atuar e interceptar a produção do desejo dos **usuários**. A **cartografia** desenvolvida mostra que é fundamental que os espaços micropolíticos nas unidades de saúde tornem-se permeáveis às produções desejantes dos encontros, promovendo a transformação dos atores envolvidos no processo do cuidado, **em um permanente tornar-se, em um eterno devir**. Sem a pretensão de generalização dos resultados, essa pesquisa é relevante ao dar visibilidade aos diferentes modos de produzir cuidado em saúde no cotidiano de duas USF, seja o cuidado como vigilância e dominação sobre o outro, como o cuidado que defende a vida com autonomia e que considere os movimentos dos desejos dos **usuários**, com acolhimento, emancipação e trocas, mediante processos de subjetivação que reinventem as possibilidades de existir e que enfatizem a produção de saúde como produção de subjetividades. Ao problematizar o cuidado no **trabalho vivo em ato** no campo da **Saúde da Família**, que essa pesquisa produza incômodos e convoque pensamentos que nos instiguem, como trabalhadores da saúde, a produzirmos práticas cuidadoras na Estratégia Saúde da Família com possibilidades que considerem a produção do desejo e de mais vida nas vidas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Pesquisa Qualitativa. Cuidado. Cuidados Integrais de Saúde. Prática Integral de Cuidados de Saúde. Avaliação.

ABSTRACT

Health care is fundamental for the production of life and should be the purpose of health teams' actions. However, not all health actions are necessarily founded on **caring**. In this perspective, the work in the **Family Health Strategy** produces discomforts and questions about how **care** is produced in meetings between **users** and workers in the **Family Health Units (FHU)**, as well as doubts about which desires would be involved in the production of care. The objective was to **map** health care experiences based on meetings in live work in the **Basic Health System** in two **FHU** in Campo Grande (MS), and establish theoretical connections with the narratives produced based on the meetings in the field of research. A qualitative study was carried out, using **cartography**, which allows knowing and monitoring the subjectivities of the psychosocial and relational scenarios of the production of health care. Weekly meetings were held with workers and **users during live work** in the period of 6 months. In several meetings, there were conflicts during care actions or, even, absence of relationships or bonds, with "mechanized" meetings. At the same time, there were meetings in which connections between the desired productions of **users** and workers became evident, producing new possibilities of care that escaped the limitations imposed by established practices and routines. In these cases, the experiences of care demonstrated the creation of escape lines from the instituted, producing other singular possibilities of care, more aligned with the desires of the actors involved in the production of care. There were experiences involving health workers with autonomy, demonstrating the ability to produce ways to reinvent themselves, opening spaces to produce care centered on the **users'** desires. There were also experiences with health workers who distanced themselves from the production of care as a fundamental path in defense of life, disregarding the production of desires in meetings. In these situations, actions based on **states of domination** were evident; these were full of disciplines that abolish freedom and were also limited to the treatment of diseases of the biological body, always trying to intercept the production of the **users'** desire. The developed **cartography** shows that it is fundamental that the micropolitical spaces in the health units become permeable to the desired productions of the meetings, promoting the transformation of the actors involved in the care process, **in a permanent becoming, in an eternal becoming**. Without intending to generalize the results, this research is relevant in giving visibility to the different ways of producing health care in the daily life of two **FHU**, whether care as surveillance and domination over the other, as care that defends life with autonomy and that considers the movements of the **users'** desires, with reception, emancipation and exchanges, through subjective processes that reinvent the possibilities of existing and that emphasize the production of health as the production of subjectivities. By problematizing care in **live work** in the field of Family Health, may this research produce discomfort and summon thoughts that instigate us, as health workers, to produce care practices in the Family Health Strategy with possibilities that consider the production of desire and more life in lives.

Keywords: Family Health Strategy. Qualitative research. Care. Full Health Care. Full Health Care Practice. Assessment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 MULTIPLICIDADES E SINGULARIDADES DE ALGUNS QUE HABITAM MEU CORPO.	
FRAGMENTOS DE MIM	13
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo Geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 PERCURSO METODOLÓGICO	21
4.1 O encontro com a cartografia	21
4.2 O método cartográfico	24
4.3 O campo da pesquisa	25
4.4 Dispositivo metodológico: os guias da pesquisa	26
4.5 Trabalho de campo: produção dos dados	27
4.6 Processamentos na pesquisa	28
4.7 Aspectos éticos	28
5 CONTEXTO TEÓRICO, RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Encontros, afecções, afetos e produção de visibilidades e dizibilidades na pesquisa	29
5.2 Os corpos nos encontros	34
5.3 Cuidar considerando a diferença que a vista não alcança	39
5.4 O conceito de cuidado, visibilidades e enunciados nos encontros intercessores – o pensamento e a experiência de transformação	40
5.5 A potência, a vontade de cuidar e o modo de existir	45
5.6 A falha como espaço produtor de vida nos territórios do cuidado	48
5.7 O cuidar com outras possibilidades de existir e cuidar de si	50
5.8 A produção do cuidado, como acontecimento, pelas máquinas desejantes	53
5.9 Produzindo mais do mesmo, descoordenação do cuidado, sobre ensinar e aprender	56
5.10 Assujeitamento, disciplinarização, controle e interdição dos corpos	61
5.11 Cuidar com ênfase nas vidas e nas existências, e não nas doenças	69
5.12 Para acabar com o julgamento de todes – pré-julgamentos podem criar obstáculos ao cuidado	72
5.13 O certo e o errado: desejos e outros mundos do outro	75
5.14 As linhas de fuga do desejo como revolução	77
5.15 O cuidado e os cuidadores como criação – a micropolítica e a potência dos encontros	83

5.16 Alguns caminhos para ressignificação e mudanças nas práticas de cuidado	86
6 “CONCLUINDO” A PRODUÇÃO DESEJANTE	90
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	104
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde constitui-se como elemento fundamental nas ações das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). É um fator preponderante para preservação e produção da vida e deve ser compreendido como o principal propósito do trabalho em saúde. Entretanto, o cuidado assim denominado não é atributo de nenhuma corporação profissional e se constitui com elementos micropolíticos e não apenas com os saberes estruturados da biomedicina.

As ações dos trabalhadores de saúde, rotineiramente chamadas de “cuidado em saúde”, visam tratar das disfunções do corpo biológico utilizando o saber que se baseia somente na racionalidade biomédica segmentando o corpo do usuário e dando a isso o nome de multidisciplinaridade, para referir às diferentes especialidades que incidem sobre o corpo. Várias ações dos trabalhadores de saúde se afastam de uma perspectiva mais cuidadora para a produção de vida nos encontros (Franco; Hubner, 2019; Merhy; Ceccim, 2009). Ainda, desconsideram o cuidado como algo fundamental na defesa da vida e como exercício de cidadania, atuando com uma clínica sem considerar a produção do desejo, onde se articulam as diversas formas de viver (Merhy; Ceccim, 2009). O destaque aqui é para uma dupla insuficiência, o centramento no saber biomédico (disciplinar, fragmentário, incidindo sobre as doenças e seus riscos, tendo o corpo biológico como a base de produção do indivíduo) e a negação do saber e das afecções do outro (a dimensão micropolítica da produção do cuidado).

No espaço dos encontros entre trabalhadores e usuários, há uma intensa disputa dessas ações desconectadas das singularidades e multiplicidades dos usuários e do cuidado produtor de vida na diferença, com suas subjetivações e com a produção do desejo (Merhy; Ceccim, 2009). Para Slomp Junior, Franco e Merhy (2022), nem todas as ações de saúde são cuidadoras, pois não são necessariamente produtoras de mais vida, sendo assim, devemos buscar novos conceitos ampliados sobre cuidado.

Nessa perspectiva, é necessário procurar outros sentidos para o cuidado em saúde que não se limitem à estreita e reducionista visão assistencial de

suprimento de necessidades biológicas ou somente a preocupação genérica pelo usuário. Há de se ir além, assumindo o cuidado como aquele agir que possibilita a produção de mais vida nas vidas e que não está restrito a “qualquer prática de saúde”, mas que extrapola as ações de saúde com o exercício da cidadania e autonomia pelos usuários e trabalhadores.

Nos encontros, o cuidado é produzido em processos contínuos de composição e decomposição das relações, mobilizando sempre novas fronteiras e novos imaginários. São espaços onde frequentemente surgem movimentos de resistência às práticas instituídas e reconfiguram as ações burocráticas, automatizadas, normativas e institucionalizadas, muitas vezes, disfarçadas de cuidado, mas que demonstram pouco potencial para promover a qualidade de vida.

Para compreendermos o cuidado nos encontros dos trabalhadores de saúde e usuários, precisamos problematizar e dar visibilidade para a importância das relações, afecções e afetos produzidos¹ nos encontros que ocorrem no processo de construção do cuidado no cotidiano do trabalho. Nos acontecimentos no mundo micropolítico dos encontros, torna-se visível a produção do cuidado, construído no trabalho vivo em ato (Merhy, 1997).

Nos encontros entre trabalhadores e usuários, emergem territórios existenciais, locais de intensas produções desejantes que extrapolam o espaço físico. Nos encontros, os interesses estão impulsionados pelos desejos, com intensa produção, que, por sua vez, gera forças as quais tensionam esses interesses (Deleuze, 2008).

Durante a dissertação, foram produzidas várias conexões, como a relação entre o desejo e a origem do cuidado. A produção do cuidado deveria levar em consideração o que desejam usuários e trabalhadores em seus

¹ “As afecções (*affectio*) remetem a um estado do corpo afetado e implica a presença do corpo afetante, e os afetos (*affectus*) remetem à transição de um estado a outro, são as afecções pelas quais a potência de agir desse mesmo corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou impedida” (Deleuze, 2002, p. 56). As afecções seriam, então, as “respostas” do meu corpo ao encontro com outros corpos, os efeitos dos encontros sobre o meu corpo; e os afetos dizem respeito ao que eu “faço, como me mobilizo” a partir das afecções (Deleuze, 2002).

encontros, tentando afastá-los de representações pré-formatadas sobre o que seria melhor para ambos.

O pensamento baseado em representações traz uma imagem universalizante do pensamento como uma atividade meramente reflexiva e de reconhecimento dos objetos e do mundo, transmitindo uma identidade a ser conhecida ou reconhecida. No entanto, Deleuze propõe uma abordagem que entende o pensamento como uma potência criadora que se realiza no ato de pensar, em contraste com a perspectiva representacional, que é contemplativa. Para Deleuze, o pensamento é uma ação criativa que se traduz em um ato de pensar (Maurício; Manguiera, 2011).

As indagações presentes ao longo desta dissertação surgiram a partir da experiencição, do convívio e das minhas atividades ao longo de 21 anos fazendo parte de várias equipes da ESF (onde acompanhei diversas formas de cuidado) e das leituras dos autores presentes no texto. Tais experiências produziram incômodos e interrogações sobre como o cuidado é produzido nos encontros entre usuários e trabalhadores nas USFs, bem como acerca de quais desejos estariam envolvidos na sua produção e quais estratégias seriam possíveis para produzir encontros mais cuidadosos.

O objetivo principal desta pesquisa é cartografar experiências de cuidado em saúde a partir de encontros no trabalho vivo em ato na Rede Básica em Unidades de Saúde da Família de Campo Grande (MS).

Espero que esta dissertação possua potencial de produzir subjetivações e conhecimento, problematizando e dando visibilidade aos desafios da produção do cuidado na ESF e aos distintos modos de enfrentá-los e que, assim, provoque nos leitores, em especial, nos trabalhadores da ESF, incômodos, desacomodações, reflexões, com vistas a práticas de saúde cuja centralidade esteja no cuidado que produza autonomia e mais vida nas vidas dos usuários do SUS.

2 MULTIPLICIDADES E SINGULARIDADES DE ALGUNS QUE HABITAM MEU CORPO. FRAGMENTOS DE MIM

Antes de iniciar as narrativas e problematizações com base nas experiências da pesquisa, nos próximos parágrafos, recolho alguns pedaços de mim que foram me constituindo ao longo da existência.

Desde minha infância, estudioso, quieto, tímido e bastante observador, sempre olhava calado o mundo em minha volta. Agora, eu estava ali, após trinta e dois anos da graduação, observando o mundo e estagnado na lama movediça que insistia em me afundar na mesmice da rotina de uma unidade de saúde da ESF. Com minha habitual inabilidade em lidar com pessoas, sempre me perguntei o que teria me levado para uma profissão da área de saúde. O que eu estava fazendo ali? O que eu teria para ofertar ao outro? Simplesmente atuava aplicando tecnologias (não conhecia as várias tecnologias descritas por Merhy e Franco², tinha dificuldades em me comunicar e entender os outros, sentia-me deslocado nesse mundo, uma sensação de não pertencimento e de falta).

Não quero essa “possível vida possível” para mim. Começo a pensar que estou atingido por um clássico processo de escuridão que meu abismo pessoal não deixa enxergar e decido que preciso conhecer outras possibilidades de vida: “Quem deve enfrentar monstros deve permanecer atento para não se tornar também um monstro. Se olhares demasiado tempo dentro de um abismo, o abismo acabará por olhar dentro de ti” (Nietzsche, 2001, p. 89).

Assistia como colegas de trabalho se relacionavam com os usuários, mas não conseguia fazer o mesmo e, quando fazia, era algo teatral ou forçado. Não conseguia entender como eles conseguiam fazer **aquilo**. Atendiam com naturalidade e, naqueles momentos, pareciam se doar para o outro. Talvez tivessem aprendido com alguém ou em algum curso. Talvez algum processo de Educação Permanente tivesse contribuído

² O modelo assistencial de saúde, ao longo dos anos, esteve voltado para o uso de tecnologias duras e leves-duras, que possuem características estritamente prescritivas, instrumentais e de produção de procedimentos, atendendo aos interesses corporativos e econômicos, produzindo trabalho em saúde centrado na consulta médica com o cuidado dependente destas tecnologias, e uma organização do trabalho com o saber médico preponderante ao de outros profissionais. A transição do processo de trabalho (transição tecnológica), deve ser baseada na maior valorização e predominância do trabalho vivo sobre o trabalho morto, sendo fundamental o uso das tecnologias leves que ocorrem em relações intercessoras, com características de produção de cuidado integralizado centrado nas necessidades dos usuários (Merhy; Franco, 2003).

para que atendessem daquela forma. Faltava algo, mas não sabia o quê. O que seria **aquilo**?

Não me conformava com a sensação de não ter algo a oferecer e com uma existência possivelmente inútil para o outro, ficava intrigado, sem saber o que me levava a ter essa postura estritamente “profissional” com os usuários e colegas de trabalho. Por que sou assim? Posso evoluir e tornar-me “algo” diferente? Eu talvez pudesse aprender com alguém e me tornar outro tipo de profissional (ou gente?). Será que os colegas já nasceram assim ou aprenderam a “atender” dessa forma com a EPS?

Precisava ressignificar e produzir novos sentidos ao meu trabalho em saúde, ao constatar que havia algo em minha prática que estava dissonante das vidas que encontrava no dia a dia de meu trabalho na USF. Necessitava descobrir e acreditar na possibilidade de mundos outros e pensar que aquilo que pratico como trabalhador de saúde e com as ferramentas que tinha para cuidar do outro se tornou limitado. “Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmos pequenos, que, escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempo, mesmo de superfície ou volume reduzidos” (Deleuze; Guattari, 1992, p.119).

Com o propósito de caminhar, desenvolver, construir e escrever esta dissertação, necessitei transformar-me e ser poroso à intercessão do outro e dos acontecimentos³, bem como precisei assumir, compreender e aperfeiçoar minha potência intercessora e tentar compreender o(s) ser(es) que habitam em mim.

Durante todo esse processo, fui bastante afetado por encontros com autores, bem como com trabalhadores e usuários das duas Unidades de Saúde da Família (USFs) de Campo Grande/MS que foram o campo da pesquisa. Dentre esses encontros, cito a história de Zaratustra⁴, contada por Nietzsche (2011), que começa com o personagem Zaratustra saindo da caverna, sem esclarecer como entrou e o que fez lá durante tantos anos. Todavia, não pude começar a escrever esta dissertação apenas saindo da caverna e me libertando, pois, primeiramente, precisei

³ “O acontecimento não é o que acontece (acidente), ele é no que acontece o puro expresso que nos dá sinal e nos espera”; “ele é o que deve ser compreendido, o que deve ser querido, o que deve ser representado no que acontece (DELEUZE, 1974 p. 152)

⁴ Zaratustra, personagem criado pelo filósofo Nietzsche (2011), é aquele que ensina o caminho de como se chega a ser o que se é, superando todas as dificuldades que impedem esse destino. Ensina que a superação (die Überwindung) é a lei da vida e, portanto, devemos sempre nos superar, e só assim chegamos a ser aquilo que somos (JULIÃO, 2011).

compreender como entrei, o que fiz lá dentro durante tantos anos, o que me aprisionava naqueles momentos, os aprisionamentos que ainda carrego comigo, como me tornei o que sou, como foi construída minha potência de afetar e como fui afetado. Assim, necessitei compreender meus mundos para tentar compreender mundos outros.

Entre as várias libertações necessárias, tive de desvencilhar-me da minha formação pessoal e religiosa cristã-católica, que me imputou a breve loucura de uma felicidade sendo apenas experimentada por pessoas sofredoras e a eterna dívida com algo transcendente. A dissertação trilhou caminhos nos quais aprendi a não desprezar os corpos nos encontros, pois, como nos diz Nietzsche, só os doentes e moribundos desprezam o corpo e inventam coisas celestiais e gotas de sangue redentoras, esses sombrios venenos que tiram as pessoas do corpo (Nietzsche, 2011).

O cristianismo foi desde o início, essencial e basicamente, asco e fastio da vida na vida, que apenas se disfarçava, apenas se ocultava, apenas se enfeitava sob a crença em 'outra' ou 'melhor' vida... o ódio ao mundo... no fundo um anseio pelo nada, pelo fim, pelo repouso, tudo isso... se me afigurou sempre como a mais perigosa e sinistra de todas as formas possíveis de uma 'vontade de declínio', pelo menos um sinal da mais profunda doença, cansaço, desânimo, exaustão, empobrecimento da vida (Nietzsche, 2010, p. 19).

Em determinado momento de minha existência, meu corpo foi preso dentro de poderes familiares que tentavam me impor limitações, interdições e proibições. Havia outros corpos que constantemente tentavam dominar meu corpo, não simplesmente para que eu fizesse aquilo que queriam, mas para que operasse como queriam. A disciplina tentava fabricar um corpo submisso e "dócil" (Foucault, 1999). Vivia na minha caverna.

Nesta pesquisa – para vivenciar com liberdade, na micropolítica nos encontros, as práticas de cuidado com os trabalhadores/as e usuários/as – precisei reconhecer as formatações impostas na minha infância, marcada por um contexto patriarcal militar que oprimiu e construiu um mundo político irreal. Me fez acreditar por vários anos, por exemplo, na ditadura brasileira como fruto de uma revolução, afirmando que tudo estava bem e que aquela ditadura deveria ser incorporada à minha existência como única forma de viver. Os efeitos dessa formatação, resultado de encontros familiares opressores, levaram ao congelamento de minha formação macropolítica e foram um

golpe na minha micropolítica. “Tudo é político, e toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica” (Deleuze; Guattari, 1996, p. 90).

Como alguém que viveu mergulhado em um contexto opressor durante anos, poderia escrever uma dissertação onde os encontros seriam fundamentais, sem oprimir o outro e decalcar aquilo que havia recebido? Naquele contexto familiar, eu estava na escuridão da caverna. Morando no Rio de Janeiro, já com 18 anos e aluno da UFRJ, nem sequer aventei a hipótese de participar do gigantesco comício da Candelária de 1984⁵.

Perdi oportunidades ímpares de sair da caverna político-familiar e me libertar, não encontrava “furos no muro” e não tinha forças para os fazer. Tentavam a todo momento interditar minha potência naquele contexto familiar.

“Furos no muro” nos levam à vida. Estes ditos “muros” são obstáculos que tentam anular outras possibilidades de vida que nos habitam, e são transpostos por furos que agem como passagens, permitindo conexões constitutivas e produzindo novos sentidos no viver em redes de conexões existenciais produtoras de vida (Merhy *et al.*, 2014).

No entanto, tais furos não deveriam ser feitos com a truculência das picaretas (por vezes, necessária), mas sim com afeto, carinho, compreensão e amor. Nunca tive a pretensão de entender, explicar, afirmar ou negar a existência do amor. Deixo isso para os filósofos. A meu ver, basta ser afetado por ele e reconhecer sua potência. Ainda na faculdade, uma rosa com toda potência de sua delicadeza me afetou e abriu o furo na minha caverna. Estou há 37 anos com essa rosa que gerou dois botões de

⁵ Durante o golpe militar de 1964 o Congresso Nacional foi fechado e a escolha do presidente da República e governadores ficou a cargo de uma junta militar. Com a promulgação da Constituição de 1967, a escolha do presidente passou a ser realizada pelo voto de um Colégio Eleitoral sendo chamada de eleição indireta. Somente em 1982 foram retomadas as eleições diretas para governador e isso contribuiu para o crescimento da força política dos partidos de oposição. A vitória da oposição nas eleições de 1982 proporcionou o apoio dos governadores dos maiores estados brasileiros para a mobilização da população em favor das eleições diretas para presidente sendo o movimento denominado Diretas Já. Assim, uma discussão que estava restrita à esfera política passa a tomar as ruas. O movimento Diretas Já foi até 1984, tendo mobilizado milhões de pessoas, partidos políticos, artistas e intelectuais em comícios e passeatas. O ato de maior concentração de apoiadores das eleições diretas ocorreu no Rio de Janeiro, em 10 de abril de 1984 no entorno da igreja da Candelária. Em seis horas, cerca de um milhão de pessoas ouviram os apoiadores da retomada do voto direto em um comício com proporções inéditas na história das manifestações político-populares do Brasil. E mesmo com toda essa turbulência política e social, eu continuava imobilizado e tendo meus caminhos determinados de forma indireta (Diretas Já, 2023).

onde desabrocharam outras duas rosas. Carrego essas afecções em meu corpo, me transformei, mudei e me libertei.

Continuo seguindo meu caminho nesta dissertação e na vida, seguindo meu destino, regando minhas plantas e amando minhas rosas. Assim me falou Fernando Pessoa (Pessoa, 1996).

Passei a indagar-me, a todo instante, sobre quem eu sou e quem devo me tornar. Em cada momento da vida, passei a entender que sou quem devo ser. Na vida, me transformo a cada instante e assim pretendo caminhar, me metamorfoseando.

Meu maior objetivo com a pesquisa de campo desta dissertação foi experienciar em encontros intercessores a construção do cuidado e a produção de mais vida nas vidas, com suas potências gerando novas possibilidades existenciais, ou, por vezes, produzindo aprisionamento ou interdição, formatando e decompondo corpos e potências de agir e existir. Nesta experienciação que forma e transforma os sujeitos (Larrosa, 2011), nos acontecimentos no mundo micropolítico dos encontros, espero que se torne visível a produção do cuidado, que é construído no trabalho vivo em ato (Merhy, 1997).

Ao narrar meus encontros e os afetos que me movimentavam ao longo do caminho da pesquisa, houve um eterno confronto entre o rigor acadêmico e os afetos que me movimentavam ao longo do caminho da pesquisa, mas fui resiliente e tentei não permitir que os afetos escapassem à escrita.

A escrita em mim, na perspectiva Foucaultiana da escrita de si mesmo, apareceu como companheira, atenuando os perigos da solidão em um processo de busca de mim e de descobertas e valorização de mundos outros. Escrever foi um processo de me mostrar fazendo transparecer um pouco do que sou e de intencionalmente afetar o leitor, mas que também proporcionou a produção de afecções em mim.

Assim como fui afetado, espero que esta dissertação produza incômodos, interrogações e afete aos que acessarem este texto, produzindo diferentes pensamentos criadores/potencializadores de mais vida e que provoquem comportamentos subversivos ao instituído (o qual tenta universalizar a todo momento as múltiplas e singulares existências). Esta dissertação deve ser compreendida como a de alguém que pouco produz deciframento de si por si, permitindo mais abertura ao outro sobre si mesmo (Foucault, 2006).

Cheguei até o campo de pesquisa depois de ler e interagir em encontros com autores que vieram, ao longo do último ano, povoando minha mente e, naquele momento, me sentia inseguro e perdido, me perguntando o que fazer. Estava no estacionamento de uma Unidade de Saúde da Família, prestes a realizar meu primeiro de vários encontros, tentando estabelecer uma sequência lógica de passos a seguir, não oprimir e não julgar mundos outros. Talvez não fosse necessária muita lógica e deveria apenas deixar fluir, sentir e afetar-me.

Me permiti somente um momento de lógica, ao apresentar-me à gerente da UBSF. O restante de minhas ações e omissões fluíram com espontaneidade, deixando a pesquisa me levar nos encontros. Encontros que ocorreram com pessoas, não como identidades, mas como diferentes modos de existência e nos encontros tentei interagir com suas subjetivações criadoras das diversas possibilidades de vida. Vidas em permanente construção como obras de arte. Talvez, quem sabe, tenha conseguido perceber as formas que surgiram da combinação das potências nos encontros. Isso me lembrou Deleuze.

O que me mobilizava era o que estava sendo construído nos encontros, que desejos eram produzidos e as diversas possibilidades de vida que estavam presentes ali. Utilizando a indagação filosófica do que pode um corpo, ficava curioso para descobrir o que podia produzir um encontro.

A todo momento, ficava confuso, pois seria um trabalho acadêmico e teria de produzir conhecimento. Tentava não representar, julgar e analisar, mas simplesmente permitir que as ressignificações produzidas em mim pelas leituras, afecções e deslocamentos nos encontros nas USF pudessem ser expressadas em minhas narrativas e que tivessem potência para produzir pensamentos e ressignificações, também, nos leitores da dissertação. Como deveria pensar tudo isso? Em algum momento do percurso, compreendi que produzir conhecimento consiste em provocar/produzir pensamentos em mim e em outros.

Talvez, pensar como processo de permissão às subjetivações, pensar como experimentar, e não como interpretar. Lembrava que “Pensar é sempre experimentar, não interpretar, mas experimentar, e a experimentação é sempre o atual, o nascente, o novo, o que se está em vias de se fazer” (Deleuze, 2008, p. 132). Naqueles momentos, apenas deixava os encontros fluírem.

Parecia, em alguns momentos, que tudo começava a ficar mais claro em minha mente. Apenas parecia: meus pensamentos eram confusos. Pensar, tornava-se, como

diz Foucault, um “ato arriscado”, uma violência que se exercia primeiro sobre mim mesmo (Deleuze, 2008).

Ao longo dos processos de leituras, de encontros no campo da pesquisa e de composição da dissertação, pensamentos me atravessaram, me desconstituíram e constituíram com simultaneidade e potência. Essas experiências de mundos outros produziram em mim o afastamento de uma perspectiva somente representacional da vida do outro e da minha própria vida. Me dissocie do senso comum que tenta construir uma explicação universalizante da vida e buscar as “verdades universais” como modelo representacional a ser seguido.

Os encontros produziram em mim deslocamentos e pensamentos que levaram ao aprendizado de coisas que estavam obscuras no início de minha jornada. Descobri o sentido de outras possibilidades de existir vivenciando as associações subjetivas, desenvolvidas pelas pessoas que encontrei pelo caminho e passei a valorizar em mim – e no outro – mais as diferenças do que as “universalidades”.

Pensando, fui, aos poucos, me constituindo através dos encontros experimentados em meu trajeto, metamorfoseando o meu viver e criando um modo singular de existir em um longo caminho de aprendizagem que não termina nesta dissertação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Cartografar experiências de cuidado em saúde a partir de encontros no trabalho vivo em ato na Rede Básica em Unidades de Saúde da Família de Campo Grande (MS).

3.2 Objetivos específicos

- Instaurar conexões teóricas com as narrativas produzidas com base na cartografia dos encontros no campo da pesquisa.
- Explorar os movimentos presentes nos encontros que potencializam e/ou que fragilizam o cuidado.
- Fomentar interrogações e pensamentos com base nas experiências de cuidado e interlocuções com o referencial teórico adotado e, assim, outras possibilidades de cuidado que produza mais vida nas vidas dos trabalhadores e usuários de ESFs.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 O encontro com a cartografia

Para sair da minha escuridão relatada no tópico anterior, decidi fazer o que gosto e resolvi estudar. Já havia concluído há alguns anos especialização em Saúde da Família, estratégia na qual trabalho há 22 anos, e decidi tentar o mestrado da mesma linha, pois achava que seria um bom caminho para encontrar respostas.

Quem sabe estudando a Educação Permanente em Saúde (EPS) eu encontre o caminho para modificar minha forma de “atender” as pessoas e me entender. Surge assim o interesse em estudar e desenvolver pesquisa sobre EPS no mestrado.

Começo o mestrado com grandes expectativas de que as aulas transmitam o conhecimento que procuro e percebo que ninguém vai me trazer respostas, encontrá-las será tarefa minha. Será que elas existem?

Apresentei-me à minha orientadora que diz palavras desconhecidas como: cartografia, afecções, afetos, potência e devir. Com a pandemia da COVID-19, convidado pela minha orientadora, surge a possibilidade de acompanhar aulas à distância do Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EICOS da UFRJ) e participar de grupos de debates sobre diversos assuntos. Começo a perceber que as pessoas nestes grupos falam sobre comportamento humano, filosofia e uma tal de cartografia, isso tudo atrai minha atenção e fascina.

Começo a ler sobre tudo isso, a me interessar bastante pela Filosofia, e assim como nos Lusíadas de Camões, indo por mares nunca dantes navegados, começo a sair da lama movediça da mesmice que me assolava. Nos encontros e nas leituras chega o momento em que sou questionado, provocado pela orientadora e começo a me questionar sobre o assunto que originariamente havia proposto para minha pesquisa. Sobre o que estou falando mesmo? É EPS? O que me intriga é a EPS ou o **aquilo**? O que estou buscando nesse mestrado e na pesquisa? Com a ajuda da orientadora, o **aquilo** passa a ter nome, chama-se **cuidado**. A pesquisa torna-se mais clara, já sei o que vou pesquisar, mas o papel de pesquisador ainda era obscuro para mim. Como pesquisar algo tão subjetivo como cuidado?

O interesse em pesquisar o cuidado estava configurado; no entanto, Merhy (2004) nos ensina que a noção de pesquisador interessado é insuficiente, visto que

todo pesquisador, além de sujeito epistêmico (com suas teorias e métodos), é sujeito ideológico que valora, opta e concebe as coisas do mundo de forma própria.

Assim, ele não é somente sujeito interessado, mas também implicado, pois simultaneamente, pesquisa e analisa, é pesquisado e analisado, bem como apresenta-se como sujeito militante, indagando a si mesmo sobre seu lugar nos acontecimentos, analisando suas implicações, rejeitando sua neutralidade, apostando em determinadas direções para suas ações e interrogando, ao mesmo tempo que produz aquilo que interroga (Merhy, 2004).

Ao iniciar minha caminhada como pesquisador, comecei a perceber que, diante da pesquisa que me propus a realizar e de todos meus questionamentos, os métodos tradicionais de pesquisa não seriam capazes de atender aos meus anseios nos processos de cuidado que pretendia estudar. Esses desenhos tradicionais estabelecem que o pesquisador é supostamente neutro, não interveniente, alocado em uma bolha de observação e isolando o “objeto”, admitindo que, na sua interação com o suposto objeto de pesquisa, este não sofresse nenhuma consequência de sua presença ou de suas ações.

Como poderia utilizar métodos tradicionais de pesquisa admitindo que perguntas ou conversas, em encontros com outras pessoas, sejam vias de mão única, sem mútuas afetações? Pesquisando dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), que ajudo a construir há 27 anos, não havia como continuar perpetuando a ficção da neutralidade, aceitando que não tive e não tenho nenhuma interferência naquilo que “observo”.

Comecei a conhecer outras possibilidades de caminhar, com a leitura de vários autores, os quais produziram intercessões em mim e que me ajudaram a assumir o papel de pesquisador militante, implicado, interferente e produtor de conhecimentos e de pensamentos, ocasionando uma das minhas primeiras transformações.

Havia a necessidade de buscar algo diferente que não necessariamente trouxesse respostas, mas que me fizesse interrogar e ressignificar certezas cristalizadas e amenizasse minhas dúvidas sobre o processo de construção do cuidado. “Algo(s)” me produzia(m) inquietação(ões).

Surgiram dúvidas de como seguir outro caminho que não fosse o comum das pesquisas quantitativas ou das qualitativas tradicionais, nas quais o pesquisador pretensamente neutro observa o seu objeto de pesquisa. Questionava se o objeto era

meu (por que apreender o suposto objeto?) ou quem realmente era o objeto ou mesmo se haveria um objeto. Talvez nem fosse um objeto o alvo da pesquisa (talvez nem alvo existisse) ou não houvesse importância significativa em determinar algo como objeto ou mesmo de explicitar um objetivo nos moldes das pesquisas tradicionais.

Qual a finalidade de estudar objetos se o cuidado que pretendo experienciar é múltiplo, dinâmico, fluido e vaza a todo instante? Assim, possivelmente movimentos e encontros tivessem mais sentido que o objeto durante a pesquisa sobre o cuidado nas unidades de saúde.

Não parecia haver a possibilidade de alguém com vinte e dois anos atuando na ESF, que rotineiramente afirmava ao longo desses anos ter aprendido muito e ter sido apreendido pelas diversas vivências, ficar isento e neutro a algo que ajudou a construir. Qual “método” usar para explorar esse mundo dos encontros e do cuidado se os métodos científicos tradicionalmente desenvolvidos são incapazes de aliviar minhas inquietações?

A tentativa de compreensão do cuidado nos encontros dentro das unidades de saúde da ESF exigia a presença do pesquisador nestes encontros. Os processos afetivos e construtivos advindos desses encontros promotores de cuidado me interessavam, no entanto não havia desejo de descartar processos de descuidado, conflituosos e aparentemente improdutivos. Não possuía a intenção de estabelecer uma dicotomia do que é cuidado e descuidado, do que serve e do que não serve, pois o que aparenta ser destrutivo, desde que bem compreendido em seus aspectos tensionais, relacionais e afetivos e bem conduzido pelos envolvidos nos encontros, possivelmente possui potencial cuidador. Seria necessária a compreensão de como o cuidado é produzido e como os afetos são “administrados” nos encontros.

Ora, se os tradicionais métodos de pesquisa não seriam suficientes para minha jornada, procurei na literatura uma possibilidade de produzir conhecimento que me permitisse transitar por estes caminhos e que atendesse às minhas inquietações sem adormecê-las. Afetado pela minha orientadora, fui “encontrado” (não fui eu que encontrei) pela cartografia como caminho potente para abranger as aflições, ansiedades e expectativas relatadas nos parágrafos anteriores. Sendo assim, não me restava outra alternativa a não ser caminhar com a cartografia.

4.2 O método cartográfico

A cartografia, também chamada de esquizoanálise, foi formulada pelos filósofos franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari apresentando-se como método de pesquisa e análise, com seu conceito transposto da área da geografia para a filosofia, política e subjetividade (Costa, 2007).

Nos espaços do cotidiano, a utilização da esquizoanálise e da cartografia, no estudo do plano produtor do mundo das existências e seus processos de subjetivação possibilitam, no campo da micropolítica, a visibilidade da conformação dos fluxos e potências das relações. Permitem, ainda, a visibilidade sobre a dinâmica das linhas e planos que caracterizam realidades sociais em certo instante e sob determinada ótica (Feuerwerker, 2014).

Na cartografia, o sujeito da pesquisa é implicado no processo, coloca-se em autoanálise, mapeia territórios e desterritorializações, interroga existências e analisa relações. Há a possibilidade de “cartografar os serviços de saúde de modo centrado no próprio trabalhador, olhando para a cartografia gerada a partir das lógicas centradas no usuário” (Merhy, 2004, n.p.).

A cartografia propõe uma investigação em que pesquisador e pesquisado não se diferenciam enquanto sujeitos epistêmicos, sendo as relações entre eles tomadas como elementos norteadores desta investigação e constitutivas do conhecimento. A intencionalidade em evitar a separação entre pesquisador e objeto nos encontros, em que ambos sempre afetam e são afetados, foi um dos motivos que levou à escolha da cartografia. O cartógrafo faz parte do processo, sendo sua implicação elemento constituinte da cartografia, em que ele afeta e se deixa afetar pelo ambiente e pelos encontros. O pesquisador cartografa processos analíticos com suas ações e implicações, sem qualquer perspectiva de neutralidade (Merhy, 2004).

A cartografia empregada como caminho de investigação em pesquisa científica não busca um resultado, o conhecimento sobre o estado de coisas ou uma conclusão, mas propõe a construção de conhecimento a partir do acompanhamento de um processo, do que que está entre o que é mais íntimo e o que está fora, em acontecimento e movimento (Deleuze; Guattari, 1997).

Considerando que o interesse principal na pesquisa foi acompanhar o processo de produção do cuidado por meio de encontros no trabalho vivo em ato na Rede Básica, o uso da cartografia se justificou por ser uma maneira de conhecer e acompanhar as subjetivações dos cenários psicossociais e relacionais da micropolítica do cuidado em saúde e, assim, produtora de novos territórios de significação (Rolnik, 2011). “A cartografia é uma forma de produção de conhecimento, principalmente por se reconhecer no contexto de uma estética de conhecimento” (Carvalho; Jorge; Franco, 2018, p. 760).

Assim utilizei a cartografia como caminho desta pesquisa para acompanhamento e problematização dos processos constitutivos do **cuidado** nas Unidades de Saúde da Família (USFs), como uma ferramenta com atributos que permitem compreender processos e a complexidade das **relações** na produção do cuidado, dando visibilidade aos **afetos**, fluxos, e **potências** nos **encontros** (Feuerwerker, 2014).

4.3 O campo da pesquisa

Intencionalmente escolhi realizar a pesquisa nas unidades de saúde São Francisco e Estrela Dalva no município de Campo Grande (MS). Tal escolha decorreu da ligação que tenho em relação às unidades mencionadas, pois foram, respectivamente, a primeira e a penúltima unidades em que exerci minhas atividades na ESF. Ademais, essa opção também se relacionou com a busca de certa pluralidade nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), tendo em vista que as referidas unidades possuem diferentes tipos de gestão (unicamente municipal e mista) e diversos tipos de vínculos trabalhistas (estatutários e estatutários/privados), o que poderia produzir multiplicidade de experiências do processo de cuidado.

Todos os trâmites formais para a realização da pesquisa foram seguidos. Após aprovação da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (MS) e do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, e definição das USFs a serem acompanhadas, fiz contato com gerentes e trabalhadores das unidades de saúde para a apresentação da pesquisa, seus objetivos e o método a ser utilizado. Nesse momento as dúvidas sobre o estudo foram sanadas.

4.4 Dispositivo metodológico: os guias da pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e gerentes integrantes das Equipes de Saúde da Família que exercem suas funções nas UBSFs pesquisadas, bem como os usuários dos serviços destas Unidades. Não foram incluídos na pesquisa: os profissionais que estavam em gozo de férias ou em afastamento por motivo de doença durante o período da coleta de dados; os usuários com idade inferior a 18 anos; e os indígenas.

Ao longo do trabalho alguns trabalhadores e usuários constituíram-se como guias da pesquisa: os “trabalhadores-guia” e os “usuários-guia”. Como guias, permitiram mapear e analisar o local, as práticas e os saberes (Feuerwerker; Merhy; Silva, 2016).

As ferramentas trabalhador-guia e usuário-guia são concebidas para colocar trabalhadores e usuários como orientadores do percurso de produção do saber sobre o cuidado, com o ponto de vista do trabalhador e do usuário, diferente daquele do pesquisador, trazendo-os para a centralidade do processo de construção do conhecimento (Moebus; Merhy; Silva, 2016).

Os trabalhadores constituíram-se como guias com base no interesse e na disponibilidade para os encontros e conversas ao longo da pesquisa. Em relação aos usuários-guia, estes foram indicados pelos trabalhadores como casos complexos: usuários que apresentassem um alto grau de utilização dos serviços de saúde e fossem produtores de muitas necessidades de cuidado. São os usuários que não se “encaixam” nas regras e expectativas das equipes e/ou aqueles que exigem delas maior mobilização e envolvimento, demandando diferentes serviços da rede de atenção à saúde do município (Merhy, 2004).

Na perspectiva dos trabalhadores, muitas vezes o complexo se apresenta como complicado, que mobiliza afetos e, com frequência, a vontade de rejeição. Os casos complexos frequentemente produzem incômodos à equipe, rompem o formato da relação clássica com o usuário e desfazem a imagem de “paciente” que usualmente se projeta no usuário (Gomes, 2021). Esse contexto possibilita visibilidade da realidade, subjetivações e proporciona intenso espaço para a produção de conhecimento (Moebus; Merhy; Silva, 2016).

4.5 Trabalho de campo: produção dos dados

Com base na cartografia, a principal ferramenta metodológica foram os encontros entre o pesquisador cartógrafo com os usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e usuários, e trabalhadores entre si no cotidiano das UBSFs. Durante os encontros não houve a intenção de coletar dados, interpretá-los ou de representar um objeto, mas de acompanhar processos (Franco; Hubner, 2019). Como pesquisador, fui interferente e fiz escolhas sobre essa interferência como parte do pesquisar, e não como uma distorção ou um viés a ser eliminado (Moebus, 2015).

Foram realizados encontros semanais nas duas UBSFs pesquisadas, com duração de até duas horas (respeitando a disponibilidade dos participantes) no período de novembro de 2021 a junho de 2022.

No encontro com os trabalhadores que atuam nas unidades de saúde tive conversas sobre como estes planejam ações para o enfrentamento de situações que surgem no cotidiano no cuidado ao usuário, e quais seriam as possibilidades de mudanças no processo de trabalho que proporcionassem mais produção de vida nas vidas.

Além das vivências com os profissionais, acompanhei atendimentos aos usuários e acolhimentos, com a intenção de investigar as experiências de cuidado nos processos de trabalho sem a idealização de um determinado tipo específico de encontro como possível produtor de cuidado. As vivências, as afecções, afetos decorrentes dos encontros foram registrados em diário cartográfico (Slomp Junior *et al.*, 2020).

O diário cartográfico foi a ferramenta utilizada para registrar percepções, afetos e afecções do pesquisador, experienciados nos encontros com trabalhadores e usuários nas USFs da pesquisa. Os registros foram realizados no momento dos encontros, quando as lembranças e percepções emergiam e continuavam me afetando. Seu emprego mostrou-se bem adequado neste tipo de pesquisa que buscou nos encontros intercessores acompanhar o trabalho vivo em ato, produzindo interferências, (des)cuidado e surpreendendo o instituído em processos de produção conjunta (Slomp Junior *et al.*, 2020).

O diário cartográfico não foi utilizado somente para anotação de declarações dos atores e de suas representações formais de processos e relações, mas para registro de fluxos, observações, percepções, afetações, movimentos instituintes e

instituídos. As conversas e escutas de processos analíticos são provocadores de várias interrogações (Bertussi *et al.*, 2015).

4.6 Processamentos na pesquisa

Ao longo do trabalho, foram realizados processamentos dos recolhimentos da pesquisa. Os momentos de processamento foram diversos: durante o próprio recolhimento do material, momentos de conversa com minha orientadora, assim como em minha solidão. Os processamentos possibilitaram a análise dos efeitos das experiências vivenciadas, uma vez que o processo investigativo ocorreu em ato e produziu interferências em todos.

Este é um movimento-chave do processo, tendo em vista a provisoriedade decorrente do contínuo movimento na investigação, que permite adensamentos e análises remetidos aos recolhimentos do campo, até então, mas produzem o sentido da continuidade do “passo a seguir”. Nesse sentido, demanda a articulação entre os pesquisadores e institui espaços de reflexão e análise dos recolhimentos dos campos da pesquisa (Merhy *et al.*, 2016).

Após os processamentos, novos registros no diário cartográfico eram realizados. O material do diário subsidiou a produção das narrativas da dissertação, as quais são as fontes para a produção de imagens do cuidado vivenciado durante os encontros cartográficos com trabalhadores e usuários na pesquisa. Essas experiências foram problematizadas com base nas proposições de autores da saúde coletiva e da filosofia, especialmente, Emerson Elias Merhy e Gilles Deleuze.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa cumpriu os princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, CAAE 508085.5.0000.0021 (Anexo 1).

Todos os convidados que participaram do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a metodologia empregada, os riscos, os benefícios previstos, o motivo de sua escolha como participante, a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo e a necessidade de leitura e assinatura do TCLE (Apêndices 1 e 2).

5 CONTEXTO TEÓRICO, RESULTADOS E DISCUSSÃO

As seções que seguem foram elaboradas de modo a fazer interlocução constante entre as narrativas produzidas com base na cartografia dos encontros no campo da pesquisa e os autores que são o referencial teórico da dissertação. A fonte principal para a produção das narrativas foram os afetos e afecções de maior intensidade que emergiram nos encontros com os usuários e trabalhadores nas UBSF, com interferência dos autores, dos processamentos do campo e das contribuições no exame de qualificação da dissertação.

A produção do conhecimento se dá por meio da instauração de conexões teóricas com o campo empírico, bem como da problematização de situações vivenciadas e, assim, estabelecendo movimentos de pensamento, reflexão, interrogações, desacomodações e ressignificações do cuidado em saúde no trabalho vivo em ato nas UBSF pesquisadas.

5.1 Encontros, afecções, afetos e produção de visibilidades e dizibilidades na pesquisa

Com a proposta de cartografar experiências de cuidado entre trabalhadores de saúde e usuários/as, bem como entre trabalhadores e trabalhadores, e entre usuários e usuários, surgiram incertezas sobre quais **afecções** e **afetos** e, conseqüentemente, **potências** eu vivenciaria, e quais os possíveis modos de **cuidado** estariam presentes nos **encontros**.

O alicerce da pesquisa são os encontros, os quais, neste estudo, assumem a perspectiva dos Encontros Espinozianos. Deleuze, em sua análise dos escritos de Espinosa, explora o tema das relações e encontros, argumentando que um corpo se constitui por suas relações e pelo poder de ser afetado, cuja potência é determinada pelos limites desse poder e sua natureza. As mudanças nas existências não são explicadas exclusivamente por sua natureza, mas também são influenciadas pelas existências externas, e cada indivíduo é moldado pelas relações que estabelece (Deleuze, 2017).

Deleuze também menciona dois tipos de **encontros**. No primeiro, há o encontro de um corpo cuja relação se compõe com o outro, que Espinosa dizia aumentar nossa potência de agir, expandida ou favorecida por uma causa exterior. No segundo caso,

há o encontro de um corpo cuja relação não se compõe com o outro, sendo contrário à sua natureza, o que causa diminuição da potência de agir.

No nível da existência não há interioridade, somente exterioridade. Os afetos são sempre afetos de exterioridade, vêm de fora e dependem das interações entre as partes exteriores umas com as outras. Há composição quando a relação é conservada e se compõe com outra relação exterior, e decomposição quando o corpo exterior atua sobre nós, de forma que uma ou muitas de nossas relações são destruídas (Deleuze, 2019).

Dependendo das condições do encontro (a relação parcial no qual ele ocorre), aquele corpo que possui maior ou menor grau de potência, destrói o outro e decompõe a relação. Não devemos acreditar necessariamente que esses corpos que têm grau de potência maior, tenham maior perfeição. Um corpo pode ser destruído por um corpo de essência menos perfeita, se as condições do encontro forem favoráveis a essa destruição (Deleuze, 2017).

Somos determinados a destruir um corpo quando, nas circunstâncias do encontro, ele não convém à nossa natureza; fazemos isso para impor às partes desse corpo uma diferente relação que nos seja conveniente. Não temos como evitar todos os maus encontros, mas há um esforço permanente para nos unir aos que convêm à nossa natureza, compondo relações que concordem conosco. Organizar os encontros é um esforço para associar homens em relações as quais se compõem (Deleuze, 2017).

Ainda, Deleuze (2017) estabelece que o corpo pode ser afetado tanto por paixões quanto por ações, sendo estas afetos ativos e aquelas afetos passivos. Nas paixões, sentimos apenas os efeitos dos afetos, já nas ações percebemos suas causas e não somente seus efeitos – isso nos possibilita entender as relações entre corpos. Essa compreensão das causas, e não apenas dos efeitos, possibilita a formação de pensamentos pertinentes à realidade, permitindo um entendimento comum e compondo a relação dos que se afetam. Bons encontros entre os diversos atores envolvidos na rede de cuidado são fundamentais no processo de trabalho (Almeida; Merhy, 2020).

O pensamento, enquanto potência transformadora, é continuamente afetado pelas paixões alegres e tristes: “O que eu experimento em ação ou em paixão, é o que efetua minha potência a cada instante” (Deleuze, 2019). A tristeza é toda paixão que diminui minha potência de agir; e a alegria, toda paixão que envolve um aumento

de minha potência de agir. Citado por Deleuze, Spinoza diz que as ideias de recompensa, culpabilidade, segurança e orgulho envolvem paixões tristes (Deleuze, 2019).

Essas ideias estão frequentemente presentes nos encontros entre usuários e trabalhadores. Como estariam ocorrendo os encontros produtores ou (des)produtores de cuidado entre os vários atores, nas Unidades de Saúde da Família em Campo Grande-MS? Quais seriam suas paixões alegres e tristes?

Ao pensar esta pesquisa, meu interesse foi experienciar o cuidado nos encontros entre trabalhadores/as de saúde e entre estes e os usuários: Seriam encontros espinozianos que produziriam composição ou decomposição? Como eu viria esses encontros? O que me afetaria e quais seriam os meus dizeres sobre aquilo que viria nos encontros?

“O que vê e o que fazes ver? O que dizes, ou, segundo os termos mais técnicos que vimos na última vez, quais são as tuas evidências, quais são as tuas discursividades?” (Deleuze, 2008, p. 12). Em sua aula, denominada “Michel Foucault: As Formações Históricas” ministrada na Universidade de Paris VIII, Deleuze (2017), em abordagem acerca da obra de Foucault, nos remete à noção de que o visível e o enunciável (ou dizível) são termos mais precisos do que “ver e falar”, possuindo suas particularidades e sendo definidores de um determinado momento histórico, portanto fabricados de acordo com a sociedade de cada época. Não são o mesmo visto e o mesmo dito, quando se trata de formações históricas distintas, sendo assim, uma época se define pelo que ela vê e diz, havendo sempre a confrontação do visível e do enunciável ao nível de cada formação histórica (Deleuze, 2017).

Este autor narra que o saber, tal como Foucault o entende, é a mesma coisa que formação histórica, pois todo saber é histórico. Afirma, ainda, que saber não é o conhecimento de um objeto por um sujeito, portanto, não possui objeto nem sujeito, apresentando-se como todo enunciado que é combinável com visibilidades. Deleuze diz que, para Foucault, todo saber é feito de práticas de visibilidade (não-discursivas) e enunciados (discursivas) e que o verdadeiro é a relação entre práticas discursivas e práticas não-discursivas, não podendo ser separado das práticas que o produziram. Para Deleuze, é difícil encontrar os enunciados e isso requer esforço; entretanto, não estão escondidos, cabendo a nós encontrá-los. Eles precisam ser extraídos, pois apesar de não estarem escondidos, não são dados, precisamos desbloqueá-los com um bom método para avaliar coisas novas (Deleuze, 2017). Que tal uma pesquisa

com a utilização da cartografia para desbloqueá-los? Isto é o que tento fazer: desbloquear os enunciados.

No caminho da pesquisa como cartógrafo, tentei acompanhar a produção, a desconstrução e a composição de certos mundos em busca de sentidos, trazendo as cicatrizes dos encontros, desterritorializando-me e reterritorializando-me a partir de afecções e afetos, procurando o desejo como produtor dos territórios existenciais que se configuram nos envolvidos na pesquisa, inclusive no “eu” cartógrafo. O desejo produzido com o movimento dos afetos, que surgem dos agenciamentos que fazem os corpos nos encontros, produzindo intensidades e sentidos. Entrei na pesquisa com a expectativa de que a cartografia permitisse acompanhar os movimentos do desejo, que produz o real social e transforma mundos (Rolnik, 2011).

Em vários momentos nas USFs, pude perceber conflitos, mas também conexões das produções desejantes de usuários e trabalhadores, em intensos movimentos produtores de cuidado. Desenvolviam-se processos constituintes de novas possibilidades de práticas de cuidado, que fugiam do arcabouço instituído de forma universal, singularizando tais ações.

Desejo como processo de produção de territórios psicossociais; o próprio movimento de produção desses universos. Desejo como movimento de atualização de novas práticas e novos discursos e desatualização de outros obsoletos (Rolnik, 2011, p. 229).

Nos encontros, presenciei desejos de usuários e trabalhadores produzindo fugas ao instituído, como uma senhora que, com sua diferença, por não possuir acesso à internet, pôs em xeque determinado protocolo ao não conseguir se cadastrar para ter acesso à vacina contra a COVID-19. No protocolo, ela é classificada como prioritária para acesso à vacina, mas a engenhoca tecnológica implementada não dá conta da realidade dessa existência. E agora?

Surge, então, o furo no muro, outra possibilidade para produzir cuidado que transcende e ultrapassa as grades e os vidros das recepções das USFs, as quais afastam as pessoas. A situação relatada faz o agente comunitário acolhedor sair detrás da grade e acompanhar a idosa até a gerência onde o cadastro é realizado pelo gerente por meio do seu celular pessoal. O instituído não foi suficiente para resolver a situação. Cuidado é exercício permanente de liberdade e os profissionais de saúde possuem bastante autonomia no trabalho. Penso em autonomia para cuidar.

Autonomia como exercício da crítica, como diz Foucault, uma “arte de inservidão voluntária”, de indocilidade (Carvalho; Andrade; Oliveira, 2019).

Esse acontecimento descrito demonstrou para mim que o trabalhador com sua autonomia, possui a capacidade de produzir outras formas de se reinventar, abrindo brechas para produzir o cuidado centrado em expectativas e desejos do usuário.

Quanto menos os homens estiverem ligados pela tradição, tanto maior será o movimento interior dos motivos, e tanto maior, correspondentemente, o desassossego exterior, a interpenetração dos homens, a polifonia dos esforços (Nietzsche, 2017, p. 23).

Procurei agir como um cartógrafo que não seguia nenhuma espécie de protocolo normalizado, participando da constituição de territórios existenciais e encarando o desejo na perspectiva da escolha do modo de viver de cada um. “A prática de um cartógrafo diz respeito, fundamentalmente, às estratégias do desejo no campo social” (Rolnik, 2011, p. 65).

Assim sendo, na prática micropolítica da cartografia, precisei desviar de algo que está em mim, me afastando do poder repressor, que, na infância, produziu cicatrizes em meu corpo e, a todo momento, durante a pesquisa, tentava imputar nos encontros que tive relações de soberania e dominação. Cuidei de mim e do outro para não exercer uma micropolítica, na constituição de territórios do desejo, idêntica àquela que contesto (Rolnik, 2011). A utilização deste “antimétodo” possui o propósito de conhecer e acompanhar as subjetivações dos cenários psicossociais e relacionais da micropolítica do trabalho em saúde.

A partir das afecções produzidas nesses encontros, os caminhos que percorri foram se constituindo e guiando a pesquisa. Dessa forma, foram sendo mapeados e analisados o local, as práticas e os saberes (Moebus; Merhy; Silva, 2016).

Os encontros, para acompanhamento do processo de cuidado, ocorreram semanalmente e esta periodicidade ocasionou minha sensação de pertencimento àqueles locais. Tentei, em um esforço de abstração, estabelecer (des)conexões e relações entre o que experienciei no campo, o que já existe na literatura sobre cuidado e as afecções e afetos que marcaram meu **corpo**, e, assim, produzir uma imagem do cuidado nas experiências da pesquisa.

Tais experiências produziram muitas interrogações. Os **usuários que encontrei**, durante a pesquisa, estavam nas USFs em busca de um cuidado que

somente considera seus **corpos** como máquinas que apresentam alguma desorganização ou disfunção **orgânica** passível de (re)organização ou correção? Seria somente isso ou estariam em busca de um cuidado que fosse além e não se limitasse à **organicidade e à organização** de seus corpos? Seriam os trabalhadores e usuários somente um conjunto de órgãos funcionando em sincronia em seus corpos biológicos? Quais corpos estariam presentes nos encontros (des)cuidadores? Haveria relação entre as formas de cuidar e os corpos presentes no encontro?

5.2 Os corpos nos encontros

Historicamente, a concepção das práticas de cuidado e/ou clínica estão relacionadas à noção de corpo anátomo-clínico, que surge no século XVIII conforme descreve Foucault (1977) em seu livro “O Nascimento da Clínica”; e de **corpo sem órgãos, criado por Artaud** e descrito por Deleuze e Guattari (1997) no livro “Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia”. Dependendo do que se entende como corpo, pensaremos sobre as formas de cuidado e os saberes usados para lidar com esse corpo (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Deleuze e Guattari expressam a complexidade da simultaneidade corporal, de um corpo com e sem órgãos, com base nos relatos de Artaud (2017), constitutivos de cada pessoa e que cada um carrega consigo (Deleuze; Guattari, 1997). A visão desses autores possibilita a abordagem do cuidado integral, com o corpo observado em sua totalidade, produzindo vida nos modos singulares de viver de cada um(a) nas suas relações com outros corpos.

A compreensão do corpo concebida no séc. XVIII, eminentemente como corpo biológico, e reproduzida até hoje pelos profissionais de saúde, é insuficiente para produzir cuidado efetivo sobre os problemas de saúde das pessoas, portanto deveríamos buscar em outros conceitos, como o de corpo sem órgãos, outras possibilidades de cuidado que operem pelos afectos que permitam a produção de si e do outro, de novidades, e de mundos outros, nos encontros (Franco; Galavote, 2010).

A problematização do conceito de corpo é imprescindível para a construção das formas de cuidado pelos profissionais de saúde, fazendo a diferença entre intervenções restritas ao corpo anátomo-clínico e as que contemplam também o corpo sensível (Rolnik, 2011), produzindo vida nos encontros.

Na clínica atual, temos observado a preponderância do conceito de corpo ligado à morfofisiologia como campo para a compreensão da saúde, da doença e para exercício da clínica para atingir a cura (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022). Trata-se da “Clínica médico-hegemônica”, que tem orientado as práticas clínicas em geral e os processos formativos das profissões de saúde (Merhy, 1997).

Entretanto, há um outro conceito, formulado no século XVII pelo filósofo Baruch Spinoza (1632-1677), que vai mostrar este corpo com uma parte material que são as estruturas físicas, as quais Foucault (1977) chamou de corpo anátomo-clínico, e uma imaterial, dos sentidos. Esta última apreende o mundo à sua volta conforme as afecções e os afetos, quando encontra as coisas do mundo, durante as vivências de suas vidas nos encontros e vai se constituindo (e constituindo o outro) pelos afetos positivos e negativos, nos acontecimentos. Para Spinoza, o corpo é uma potência, capaz de produzir seu mundo ao ser afetado pelos encontros, aprendendo com suas próprias experiências (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Espinosa traz a ideia de que o corpo não se coloca por seus órgãos ou funções, e, também, não é definido apenas como uma substância ou um sujeito, ele é definido pela capacidade de seus *afectos*. O corpo, para Espinosa, pode ser teoria, ideia, alma, corpo sonoro, corpo social, corpo de conhecimentos que se materializam em relações entre si, definido por meio das relações (Franco; Galavote, 2010).

Na passagem do século XVIII para o XIX, na Europa, cuidadores com suas práticas vão institucionalizando essa lógica de que saúde e doença são localizáveis no corpo de órgãos, sendo a doença sua disfunção. A clínica permitiria observar sinais e sintomas das doenças. Dessa forma, foi sendo criado um processo social, discursivo e hegemônico do modo de cuidar em saúde que medicaliza as pessoas e que atende aos interesses capitalistas da sociedade europeia (Merhy, 2007).

A conformação ocidental de saúde, que se iniciou no século XIX, utiliza a forma de falar e ver o sofrimento humano como produção histórica e social, que medicaliza as existências e a vida das pessoas. Considera o adoecimento sendo explicável por leis científicas da saúde, da doença e como algo particular de um fenômeno generalizável que ocorre em um “corpo de órgãos”. Esse é um olhar científico-medicalizante, disciplinador e que deixa de lado outros componentes constituintes na produção da vida (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2016).

As profissões de saúde, algumas desenhadas já no século XIX nas sociedades ocidentais, exercem o cuidado e a clínica do corpo de órgãos procurando alcançar a

cura sob a lógica do saber. Nesse caminho, há intensa disputa com o cuidado produtor de vida na diferença, com subjetivações anticapitalísticas e com a produção do desejo (Merhy; Ceccim, 2009).

Com base em minha vivência como trabalhador da ESF, na minha pesquisa e em minhas leituras de alguns autores – Franco e Hubner (2019); Merhy e Ceccim (2009) – vivenciei nos encontros da cartografia ações dos profissionais de saúde que têm se afastado de uma perspectiva mais cuidadora, perdendo potência na produção de vida nos encontros.

Desvaloriza-se o cuidado como caminho fundamental em defesa da vida, desconsidera-se a produção dos desejos nos encontros, atuando com uma clínica em suas limitações disciplinares no corpo de órgãos, sem atuação dirigida à produção do desejo, local onde se articulam as diversas formas de viver (Merhy; Ceccim, 2009).

No início do século XX, o relatório de Abraham Flexner passa a orientar o trabalho dos médicos com a clínica em um modelo centrado na pesquisa biológica, com o método científico aplicado em um corpo anátomo-clínico (clínica do corpo de órgãos). Esse modelo – incorporado pelas demais profissões da saúde – tem os laboratórios como espaço privilegiado da produção da ciência, e os hospitais, para o “tratamento” das doenças. Assim, ocorre a hegemonização de um modelo de atenção medicalizante e disciplinador no mundo ocidental, desconsiderando a subjetividade e a singularidade dos modos de levar a vida (Franco; Hubner, 2019).

Por volta dos anos 90, vários pensadores da Saúde Coletiva iniciam processos de reestruturação do cuidado com ênfase na gestão do processo de trabalho e mudanças na construção da clínica, promovendo novos mecanismos produtivos do cuidado. Entretanto, o capital financeiro passa a tensionar o cuidado com a vertente da medicalização social do risco de adoecer, patologizando os modos de viver individuais e coletivos. Nesse contexto é criado um mundo patológico e medicalizador do corpo sem órgãos, submetendo, além da tradicional clínica do corpo com órgãos (Merhy, 2007), o corpo sem órgãos às imposições do capital em sua busca incessante por mais valia.

O corpo sem órgãos é um conceito desenvolvido por Deleuze e Guattari (1997), utilizado no livro “Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia”, partindo das experiências de Artaud (2016). É o corpo do desejo aberto às intensidades que se atravessam e desfazem as organizações corporais. A clínica do corpo sem órgãos

tenta, por vezes, rearranjar o corpo a interesses outros como o do capital, das instituições ou aos desejos daqueles que se propõem a cuidar.

Neste mundo que patologiza o corpo sem órgãos, passa-se a atuar de modo multiprofissional, com protocolos sobre os processos desejantes que possibilitam a produção dos modos de existências, sob a perspectiva do risco de adoecer e morrer. Uma nova forma de gestão do cuidado que, além de capturar a autonomia do profissional de saúde e da clínica sem órgãos, está repleta das disciplinarizações que tentam a todo momento atuar na produção do desejo. Atualmente observamos estratégias de controle (subsumindo as disciplinares), atuando na produção do desejo, normalizando o modo de produzir a vida, tentando construir uma forma protocolar de viver no corpo sem órgãos (Merhy, 2007) e capturando a capacidade que cada pessoa possui de criar uma forma de cuidar de si e de produzir sua vida.

Conversando com uma trabalhadora da Unidade de Saúde da Família (USF), obtive relato sobre Marcos, (nome fictício)⁶, rapaz com 27 anos, que, após a morte de sua mãe, reside com a sobrinha, a qual se propôs a cuidar dele. A equipe de Saúde da Família (SF) inúmeras vezes tentou contatos com ele, a fim de oferecer agendamentos de vários tipos de consultas, entretanto, não obteve êxito, pois Marcos possuía um exuberante nomadismo. Habitava vários mundos desconhecidos pela equipe de SF.

Diversos mundos nos habitam, somos plurais, afetados por nossos encontros e repletos de universos relacionados à nossa ancestralidade, a encontros, desencontros e potências exercidas ao longo de nossa existência. Nos encontros carregamos conosco todos esses mundos que se manifestam nas formas de pensar, agir, afetando nossa permeabilidade ao outro.

Marcos carrega consigo uma imensa pluralidade de mundos que provavelmente o desloca a todo momento do alcance da equipe de saúde. Seus desejos, de onde e de com quem estar, possivelmente são desconsiderados pela equipe em suas abordagens com vistas ao cuidado de Marcos. O desconhecimento dos vários mundos outros de Marcos, talvez seja o motivo do insucesso das tentativas de abordagem.

Durante os encontros com trabalhadores da equipe de SF, fui constatando que os agendamentos e cuidados oferecidos a Marcos eram protocolares; fragmentavam-

⁶ Nesta dissertação foram atribuídos nomes fictícios às pessoas como forma de preservar o anonimato.

no (dentes, estômago, mente, etc.), patologizavam-no, classificando-o em alguns CID-10 e tentavam produzir restrições ao seu nomadismo e às suas diversas formas de produzir a vida.

Travestidos de cuidado, os planos de tratamento oferecidos a Marcos eram estratégias de controle sobre o seu corpo, as quais desconsideravam seus desejos, seu nomadismo e suas concepções de saúde e vida. As ações da equipe multiprofissional tentavam normalizar o corpo de Marcos como um corpo organizado e adoecido.

Esse encontro provocou em mim a percepção de que as ações da equipe de SF estavam pautadas por uma lógica e regras que desconsideravam em Marcos as construções próprias de seu corpo, de sua existência, de sua saúde e doença. Tentavam aprisioná-lo aos desejos da equipe e às lógicas biomedicalizantes e de normalização e serialização dos corpos. Agiam baseados em normas pré-constituídas pela própria equipe de SF, pela macroestrutura e atendendo aos anseios de um “projeto” de Brasil.

Temos em curso um projeto de normatização deste Brasil de horrores, o qual, para que seja bem-sucedido, precisou de estratégias de desencantamento do mundo e aprofundamento da colonização dos corpos. O corpo, afinal, pode ameaçar, mais do que as palavras, de forma mais contundente o projeto colonizador fundamentado na catequese, no trabalho forçado, na submissão ostensiva da mulher e na preparação dos homens para a virilidade expressa na cultura da curra: o corpo convertido, o corpo escravizado, o corpo feito objeto e o corpo como arma letal. Este Brasil é um país de corpos doentes, condicionados e educados para o horror como empreendimento [...]. O Brasil como estado colonial foi projetado pelos homens do poder para ser excludente, racista, machista, homofóbico, concentrador de renda, inimigo da educação, violento, assassino de sua gente, intolerante, boçal, misógino, castrador, faminto e grosseiro (Simas; Rufino, 2020, p.12).

Diferenças de outros mundos distintos precisam ser consideradas, e os desejos ocultos nas vontades das potências visibilizados não somente aos olhos, mas também ao nosso corpo vibrátil⁷. Além disso, a equipe de saúde parece não considerar as limitações do projeto de cuidado posto, projetos normatizadores, normalizadores, colonizadores, julgadores, disciplinarizadores e castradores que estariam em curso nas tentativas de abordagem de Marcos.

⁷ Corpo vibrátil é aquele que realiza contatos sensoriais e experiências subjetivas advindas simultaneamente do mundo exterior e interior, produzindo grande intensidade no corpo (Rolnik, 2011).

5.3 Cuidar considerando a diferença que a vista não alcança

Em meus encontros, ao me deparar com um menino de dois anos correndo e brincando no saguão da USF, fui impelido a pensar sobre as pessoas que consideram apenas o que é visível. O menino apresenta fenda labial e é observado constantemente pelas pessoas que aguardam consulta. Converso com a mãe dele. Morava em Corumbá e mudou-se para Campo Grande em busca de tratamento, pois não conseguia fazer a cirurgia para correção da fenda labial da criança em sua cidade de origem. Teve de largar o emprego ao mudar-se para Campo Grande. Diz que rejeitou o filho ao nascer devido à fenda labial e que sua cunhada cuidou do menino enquanto passava por consultas com psicólogos. Relata sofrer com o olhar das pessoas em relação ao filho, mas procura enfrentar a situação procurando integrá-lo à sociedade e matriculando-o em uma creche.

A atenção na USF dirigida ao menino é protocolar, não noto especificidade à história da mãe e em relação a tudo que já passou, a suas formas de existir, resistir e à construção de seus desejos. Os ouvidos são treinados para ouvir somente o que se encaixa no protocolo estabelecido para “tratar aquela doença”, e não para cuidar daquela usuária-cidadã e de seu filho, em suas multiplicidades e singularidades. Parece que as barreiras ao acesso estão nos ouvidos. Os ouvidos julgam e os olhos formatam as pessoas a alguma categorização pré-constituída por protocolos, atribuindo-lhes um (ou mais de um) CID-10 qualquer. Uma usuária idosa disse para um profissional de saúde da USF: “Vocês são todos novos e não ouvem direito”. A voz da idosa dando o recado de quem já experienciou muitos encontros desejantes que produziram sua multiplicidade de ouvidos. Os sentidos, as sensações e os afetos estão presentes e os desejos estão sendo produzidos a todo instante nestes encontros.

Usuários e trabalhadores estão, na maioria dos momentos, em processos mútuos de disciplinarização. Sofrem disciplinarizações que tentam capturar sua autonomia e também disciplinam o outro para manter sob jugo. Disciplina como expressão de poder sobre o outro (Foucault, 1999). Estabelecem-se controles que subjugam o outros ao instituído e tentam colocar rédeas na produção do desejo.

O menino e a mãe estão constantemente sendo julgados naquele saguão. Os ouvidos ensurdecem e os olhares dizem: “Vocês são diferentes”. O menino é diferente pois possui fenda labial, e a mãe é diferente por ser mãe de alguém com fenda labial.

Se a fenda fosse somente palatina, provavelmente nada disso que estou presenciando estaria acontecendo, pois não seria aparente.

O julgamento do que é visível e representações do chamado “normal” estão ali a todo instante. Há uma confusão em mim, entre o normal e o igual. O normal é somente uma representação, são sinais possivelmente relacionados ao igual. Começo a pensar que o normal é o diferente, pois o igual não existe. Essa cena me remete a um vídeo com entrevista de Deleuze no qual dizia que a minoria são todos e que a maioria é ninguém (O que é [...], 2018).

A diferença habita em nós a todo momento, somos únicos em nossas multiplicidades, em nossas possibilidades e potências. O único é múltiplo. Cuida-se tentando normalizar, disciplinar, regularizar a diferença e controlar a produção do desejo. Profissionais de saúde e usuários cuidam-se e julgam-se mutuamente baseados na moral socialmente predeterminada, que tenta sufocar a tão necessária produção das máquinas desejantes e a ética no encontro cuidador⁸. O desafio talvez seja cuidar na diferença, considerando as multiplicidades e singularidades.

Mas, afinal, o que significa cuidado e de que cuidado estamos falando? Quais as possibilidades neste campo?

5.4 O conceito de cuidado, visibilidades e enunciados nos encontros intercessores – o pensamento e a experiência de transformação

Poderíamos buscar múltiplos significados para a palavra “cuidado”, mas, para mim, palavras por si só não traduzem, suficientemente, nossas afecções e afetos e concepções de mundo. As palavras, escritas ou faladas, são símbolos que, com suas limitações, tentam transmitir e representar conceitos, os quais, conforme nos diz Deleuze (2002), só fazem sentido à medida que remetem a problemas. Portanto, vamos problematizar o significado de cuidado.

O importante não é a palavra, mas a relação com a palavra e o modo como podem se formar ou transformar nossas próprias palavras. Necessitamos da palavra como experiência, como “o isso que me passa” de Larrosa, como algo que não sou

⁸ Utilizamos a expressão encontro cuidador apenas para relacionar a possibilidade de produção de cuidado nos encontros, mas cientes que estes também podem produzir descuidado. Aqui não temos a intenção de simplificar o cuidado, reduzi-lo a uma forma primária de pensamento maniqueísta, ou reduzir/limitar a produção do cuidado a estas duas possibilidades.

eu, que não é resultado de mim, mas que se dá em mim, chamado de “princípio de subjetividade”, “princípio de reflexividade” ou “princípio de transformação” (Larrosa, 2011).

Subjetividade, pois a experiência é sempre minha (a que cada um faz para si de um modo único e próprio). Reflexividade em um movimento de ida ao encontro do que se passa; e de volta, com o acontecimento me afetando. A transformação em um sujeito poroso à metamorfose, com mudanças de palavras e seus sentidos, ideias e representações. Na experiencição, além da experiência de algo, faço a experiência de minha própria transformação; sendo assim, ela é capaz de me formar e transformar. Dessa forma, constitui-se a ideia da experiência com a da formação. Daí que o resultado da experiência é a formação ou a transformação do sujeito da experiência (Larrosa, 2011). Dentre as experiências que fazem sentido para a transformação, está a nossa experiência com a palavra.

A experiencição do trabalhador de saúde com seus (e outros) conceitos de cuidado – sendo afetado pela potência intercessora dos sentidos da palavra “cuidado” – pode produzir interferências na própria transformação do trabalhador da saúde. Assim, a construção de conceitos de cuidado, como criações próprias, é capaz de provocar intercessões no trabalho vivo em ato, rompendo com ideias pré-formatadas.

Para criarmos o cuidado, nos exprimimos por meio de palavras que produzirão interferências nos encontros cuidadores. Devemos construir nossos próprios conceitos (como o de cuidado) intercessores, entendendo a verdade (que a todo momento deve “falsear” com ideias preestabelecidas) como criação. Intercessores são a potência do falso produzindo o verdadeiro (Deleuze, 2008).

No encontro entre usuário e trabalhador de saúde, com suas intercessões, podem ser produzidos novos modos de ser no mundo, de cuidar de si e do outro. É o local de conexões existenciais, experimentações, produção de subjetivações de cuidado e vida com suas singularidades e multiplicidades. Nesses encontros intercessores, produzidos na micropolítica do trabalho vivo em ato, trabalhadores e usuários podem buscar novos significados para a vida, outras produções do viver (Abrahão; Merhy, 2014) e diversas possibilidades de cuidar do outro, de si e de se deixar ser cuidado.

Como mencionado, a finalidade desta cartografia foi experienciar a produção de vida e cuidado nos encontros intercessores. Compreender como a potência nos encontros pode gerar novas possibilidades existenciais, mas, por vezes, produzir

aprisionamento ou interdição, formatando e decompondo corpos e potências de agir e existir. Nesta experiencição que forma e transforma os sujeitos (Larrosa, 2011) nos acontecimentos no mundo micropolítico dos encontros, procurei tornar visível as diversas formas de cuidado construído no trabalho vivo em ato durante os encontros da pesquisa.

Em aula acerca da obra de Foucault, Deleuze nos remete à noção de que o visível e o enunciável (ou dizível) são termos mais precisos do que “ver e falar”, narrando também que o saber, tal como Foucault o entende, é a mesma coisa que formação histórica, pois todo saber é histórico. Afirma, ainda, que saber não é o conhecimento de um objeto por um sujeito, portanto, não possui objeto nem sujeito, apresentando-se como todo enunciado que é combinável com visibilidades. Conforme mencionado anteriormente, cabe a nós encontrarmos os enunciados com um bom método, que permita avaliar coisas novas em busca do saber (Deleuze, 2017) e do pensar.

Percebo que existem vários saberes, visibilidades e enunciados sobre o cuidado. Devemos apostar no cuidado não como conceito e saber pré-formatado institucionalmente ou por alguém, mas como criação de si afetada pela formação histórica e pelos atravessamentos que ocorrem nos encontros intercessores. É necessário que os trabalhadores de saúde desconstruam alguns de seus saberes já consolidados como verídicos-universais, os quais não permitem abertura para a diferença que possui potencial para produzir cuidado e conhecimento.

Fui particularmente afetado pelo livro produzido por Slomp Junior, Merhy e Franco (2022), no qual problematizam o sentido de cuidado em saúde não somente como preocupação por alguém ou ato de pensar em algo, mas vão além, caracterizando cuidado como aquele agir em que levamos a atenção ao outro que sofre, apoiando a produção de mais vida. Na obra, os autores estabelecem três grupos de sentidos de cuidado que se misturam entre si: i) o cuidado como toda e qualquer prática de saúde; ii) o cuidado em saúde como uma clínica integral e emancipatória; e iii) o cuidado em saúde como uma micropolítica no encontro intercessor (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Despertaram minha atenção, nas ponderações desses autores, as palavras “mágicas” citadas acima: “integral”, “emancipatória”, “micropolítica” e “encontro intercessor”. Palavras “mágicas” por serem capazes de provocar desterritorializações e transformações nas percepções de que nem tudo é cuidado, e de que nem todas as

ações em saúde seriam cuidadoras, pois não seriam necessariamente produtoras de mais vida (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Cuidado em saúde não é o trinômio “diagnóstico, prognóstico e terapêutica”, e sim promoção – no encontro com o outro – do modo como se produz vida em si, potencializando a construção de redes de conexão na existência (Merhy, 2013).

Cuidado em saúde pressupõe a construção do agir na defesa da vida do outro, provocando a produção de mais vida nas vidas. Nos encontros que presenciei no campo de pesquisa, percebi intensas produções desejantes se constituindo nos encontros intercessores. Encontros entre trabalhadores e usuários podem produzir cuidado, entretanto, o agir em saúde e produzir outras possibilidades de vida não é ato exclusivo dos trabalhadores de saúde, mas também dos usuários.

Uma senhora sorridente chamada Norma, 56 anos, que estava na USF com seus três netos em busca de atendimento, despertou minha atenção e fui conversar com ela. Me relatou que há onze anos cuida de seus netos acordando às 04h30min. e se deitando para dormir às 23h30min. Disse para mim: “Dá trabalho, mas é uma bênção, acho que quando parar de cuidar deles vou ficar depressiva”. Norma cuidava dos netos, que, por sua vez, contribuíam para a saúde mental e produziam vida na avó.

Nesse contexto, a minha vista do ponto (Merhy, 2013) é o encontro como território existencial, onde ocorrem os agenciamentos, as intercessões, se constroem os desejos, a produção do cuidado e de mais vida.

As máquinas desejantes, no encontro, estão em permanente processo de construção de desejos: no relato da técnica de enfermagem, Solange, acerca de seu encontro com Ademir, 40 anos, que adentra à USF de forma agressiva, em surto esquizofrênico e acaba sendo surpreendido e “contido” pelas palavras acolhedoras dela (sem violência ou uso de medicamentos) ao dizer que ficasse calmo, pois compartilhava de seu sofrer e o ajudaria a conduzir os problemas de sua vida. As conexões entre suas existências produziram outras formas de caminhar naquela tensa situação.

Naquele momento, Solange produzia desejos em relação àquela situação e a Ademir, e vice-versa. Os desejos de ambos, no encontro, confluíram para um território comum e produziram, naquele momento, novos sujeitos, outras possibilidades de conduzir a vida, de cuidado e mais vida nas vidas.

Ao observarmos algo ou alguém, podemos ter vistas distintas do ponto, e não virmos da mesma forma o mesmo algo ou alguém. Esse lugar-multidão é rico em vistas do ponto e pontos de vista. No encontro entre trabalhadores e usuários, temos presentes ali, mundos diferentes e distintas vistas do ponto (Merhy, 2013) e diversas formas de compreender e vivenciar o cuidado.

Relaciono esses sentidos de cuidado com a clínica nômade de Ferla (2004), comprometida com a vida, um cuidado em permanente linha de fuga das representações estruturadas e que tenha compromisso com a vida das pessoas, desterritorializando-as das tentativas de captura exercidas sistematicamente pelo modelo biomédico, capitalístico, institucionalizado, opressor e produtor de morte. Não se trata de negação das possibilidades da biomedicina e de suas tecnologias. São necessárias outras práticas e relações nos serviços de saúde que promovam o exercício da vida e da cidadania com compromissos éticos, estéticos e políticos, subsumindo as capacidades do saber médico-científico à produção da vida (Ferla, 2004).

Deleuze (1976) diz que o conhecimento dá para a vida leis que a separam daquilo que ela pode, impedindo-a de agir e mantendo-a no quadro estreito das reações cientificamente observáveis. O problema não está em haver "reações cientificamente observáveis". O problema está em manter a vida a serviço do conhecimento, e não o pensamento a serviço da vida (Mendes, 2016).

A vida seria a força ativa do pensamento e o pensamento o poder afirmativo da vida. Ambos estariam orientados no mesmo sentido, implicando-se mutuamente e eliminando limites, um passo um, um passo outro, num esforço de uma criação inaudita. Pensar significaria o seguinte: descobrir, inventar novas possibilidades de vida [...] a vida ultrapassa os limites que o conhecimento lhe fixa, mas o pensamento ultrapassa os limites que a vida lhe fixa (Deleuze, 1974, p.37).

Entendo o pensamento como transformador das vidas, e a palavra “cuidado” não como uma representação estruturada, mas como algo que leva o trabalhador de saúde a produzir outras visibilidades para o que a vista não alcança, a buscar outros sentidos e enunciados para a palavra como conceito produtor de intercessões e, assim, agir em defesa da vida.

A intensa produção desejante no momento dos encontros intercessores dos diversos territórios existenciais, pode gerar outras visibilidades e construir novos saberes que não se baseiem somente em "reações cientificamente observáveis", mas

um conhecimento que seja dotado de nomadismo, em constante linha de fuga e que esteja comprometido com a vida e a serviço desta.

5.5 A potência, a vontade de cuidar e o modo de existir

Retomo a questão do corpo considerando a eterna questão filosófica. O que pode um corpo? Afetado pelos pensamentos de Nietzsche, encaro a criação do cuidado como resultado da vontade de potência que gera vontade de vida, estando a todo momento o corpo criador agindo como a mão de sua vontade. Com certa frequência, encontro nas USFs pessoas desprezadoras do corpo, que não ouvem a voz da sua vontade de potência, percorrendo caminhos tortos, afastando-se da vida, assassinando o cuidado e a vida do outro. Nos encontros, onde há vida há também vontade, mas não há vontade de vida, e sim vontade de potência (Nietzsche, 2011). **A vontade de potência cria o cuidado nos encontros.** Essa é mais uma vista do ponto.

O ponto de vista de uma ética é: de que és capaz, o que podes? Donde, retorno a esta espécie de grito de Spinoza: o que pode um corpo? Não sabemos jamais por antecipação o que pode um corpo. Não sabemos jamais como se organizam e como estão envolvidos os modos de existência em alguém (Deleuze, 2019, p. 138).

A vontade de poder como criadora, nos fala: “assim eu quis”, produzindo o cuidado que a todo momento pode tentar escapar dos severos vigias que o tentam capturar com seus protocolos institucionalizados, os quais restringem a autonomia do trabalhador em saúde no trabalho vivo em ato. O profissional de saúde que busca o outro em seu caminhar, com sua vontade de potência voando para dentro de si e do outro, trilha por um caminho de libertação das amarras que o impedem de singularizar o cuidado, a vida e de conquistar seu mundo.

Vontade de potência, vontade de poder, vontade de fazer algo, vontade de cuidar. O que move nossas vontades?

Não é a **essência** das pessoas que move sua **vontade**, mas sim o que elas **podem** e do que são capazes é que determinam suas ações: não o que a pessoa é, mas o que é capaz de suportar e de fazer. A potência não é aquilo que eu quero, mas sim o que eu tenho, não é a potência objeto da vontade, mas justamente o contrário.

É a potência que as coisas, pessoas e animais têm, que os levará a fazer algo. Assim os definiremos e distinguiremos um existente de outro existente (Deleuze, 2019).

Presenciei, em vários momentos durante a pesquisa, a potência se expressando na vontade de cuidar, bem como na vontade de descuidar. Simples ações e gestos cuidadores, como o da técnica de enfermagem que se levanta da cadeira e oferece seu braço para ajudar idosa a subir na balança, mas também um trabalhador que estava no setor de acolhimento que diz: “vê com eles lá”, para um usuário que buscava informações.

Logo, é necessário o cuidado que considere a potência dos usuários, a criação dos desejos e promova várias possibilidades de vida, nas diversas vidas vividas por cada um, sem a imposição do modelo biomédico estrito que oprime, disciplinariza e controla a vida. Como relata Ferla (2004), buscar um território ampliado do agir em saúde não baseado restritivamente na doença, reconfigurando as ações de saúde em permanente nomadismo, tendo compromisso com as forças da vida e suas subjetividades, e não em oposição à morte biológica.

Qual a relação entre vontade, potência e modos de existir, de adoecer e de conduzir nossas vidas?

Deleuze (2019) afirma que, do ponto de vista de Spinoza, não somos Seres, somos **maneiras de ser**, nos definimos por aquilo que **podemos**, e não por nossa essência. Isto é, não nos definimos por uma essência, sendo nossa essência idêntica ao que podemos, e o **modo de vida** o truque daquele que é forte em oposição ao escravo⁹ ou impotente, que tem necessidade de entristecer a vida ou de fazer reinar a tristeza, conforme dizia Nietzsche.

Ora, devemos ter prudência para não cairmos na armadilha da visão reducionista a qual poderia nos levar a supor que, nos encontros, a imposição das potências e a submissão dos “impotentes”, como em um jogo, seriam sempre capazes de submeter os **modos de existir** e as **vontades** dos usuários, escravizando-os.

⁹ Trata-se de Deleuze, citando Spinoza, e o escravo como estilo de vida, e duas possíveis polaridades. “As semelhanças com Nietzsche são fundamentais, porque Nietzsche não fará outra coisa que distinguir dois modos de existência polares e os repartir mais ou menos da mesma maneira. Porque se apercebe estupefato que o que Spinoza chama o impotente, é o escravo. Os impotentes são os escravos. Bom. Mas “os escravos”, isto quer dizer o quê? Os escravos de condições sociais? Sabe-se bem que não! É um modo de vida. Há por conseguinte pessoas que não são de forma alguma socialmente escravas, mas vivem como escravas! A escravidão como modo de vida e não como estatuto social” (Deleuze, 2019, p. 113).

As vontades e os modos de existir não são somente frutos da potência do outro sobre alguém, mas também de suas próprias subjetivações, potência e desejos – e isso, às vezes, é desconsiderado pelos trabalhadores de saúde nos encontros com os usuários.

Conversei com uma das dentistas da USF sobre agendamento de determinado usuário chamado Pedro, que já havia sido agendado seis vezes para tratamento especializado e não comparecia às consultas. Falamos sobre conceitos de saúde impostos pelos trabalhadores aos usuários e que ele possivelmente não comparecia às consultas pois seu dente não doía, mas essa análise talvez fosse reducionista. A equipe de SF poderia ter se questionado sobre as diversas possibilidades para o não comparecimento às consultas agendadas e, nesse caminho, conversado com Pedro sobre as razões para as faltas. Talvez, para Pedro, aquele não fosse um problema de saúde; por isso, exercia sua autonomia, determinando para si a melhor forma de conduzir sua vida. O modo de Pedro conduzir sua vida e as suas singularidades determinam seu particular caminho do que é **adoecer e existir**.

Nesse encontro, o relato da trabalhadora tornou visível para mim que o saber técnico-científico arraigado na formação dos trabalhadores é capaz de produzir doença, ao desconsiderar as percepções do usuário em relação ao que sente e dos diferentes **modos** de caminhar na vida.

Uma condição clínica diagnosticada como doença pelo trabalhador, pode não ser encarada como doença pelo usuário, pois o viver o adoecimento é singular, dependendo das marcas, das histórias e dos contextos de vida de cada vivente (Merhy *et al.*, 2020).

As diferentes capacidades de **subjetivação** de cada um produzem diversos **modos de existência** e distintas formas de viver e de adoecer. Aquilo que, por vezes, chamamos de doença poderia ser encarado, em algumas situações, apenas como um inusitado modo de existir. O **modo** é uma **maneira de ser**, nós não somos os seres, somos as maneiras de ser das substâncias (Deleuze, 2019).

Devemos compreender isso sob a perspectiva de um mundo no qual a pedra, o racional, o louco, o animal e o homem, do ponto de vista do ser, se equivalem. A pessoa que traz em sua existência uma doença pode ser forte, pode ser tudo o que ela quiser. A sua liberdade proporciona um **modo** de existência que se opõe ao do que é escravo ou impotente (Deleuze, 2019).

5.6 A falha como espaço produtor de vida nos territórios do cuidado

A falha, a desestabilização não são defeitos, mas sim espaços para a construção da ética, para fazer proliferar as múltiplas possibilidades de pensar e agir, de inventar maneiras de estar com o outro, de cuidar-se e de cuidar (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018).

Pedro, rapaz de 28 anos com epilepsia e frequentes crises convulsivas, me diz que já havia passado por várias unidades de saúde especializadas que o deixavam 'chumbado' com diversos medicamentos. 'Os remédios não me deixavam viver, parecia que eu estava em outro lugar, hoje com o cuidado que recebo na USF pareço uma pessoa normal, você não diria que sou açougueiro, não sou taxado como doente. Tinha um tio que era taxado como doente epilético, ninguém ouvia esse tio, somente eu. Me sinto normal'. Comenta que sua irmã não aceita que ele tenha um trabalho normal, isto me leva a pensar como nós somos inundados por códigos que nos levam a criar anormais ou doentes sociais. Após certa crise convulsiva que teve em um ponto de ônibus nas proximidades, foi atendido pela médica da USF no local e levado para a USF onde acharam que ele estivesse envolvido com drogas, sendo esse seu primeiro contato com a equipe de SF. Ora, voltamos aos julgamentos inquisitoriais da Idade Média onde achavam que doenças estavam relacionadas aos demônios? Seriam as drogas nossos demônios? Continuamos demonizando drogas, doenças, para ser mais preciso, continuamos demonizando o outro, melhor ainda, nos demonizamos durante todo o tempo (Fragmento do diário cartográfico).

Para começar a conversa sobre a falha como espaço produtor de vida, trago a falha do corpo. Na experiência com Pedro, fica explícito que, por não conhecermos os outros mundos do outro, sempre buscamos causas (demônios, drogas, etc.) para as consequências, afinal, aquele corpo "divino abençoado e feito a imagem e semelhança de Deus" não poderia falhar. Se falharmos, temos de imputar uma causa (demônios, doenças, drogas, etc.) e submeter aquele corpo à cura com uma interdição religiosa qualquer ou chumbamento com algum medicamento? Falha me lembra Artaud (citado por Merhy em uma das suas aulas): falhamos e, na falha, surgem novas possibilidades. Não parece um bom caminho essa interdição da vida que exclui a pessoa do nosso anormal mundo "normal". Que saúde é essa que exclui o indivíduo dele mesmo? A falha abre espaço para o novo.

No cotidiano da assistência em saúde, com a imprevisibilidade dos encontros, notamos problemas e falhas que servem para que possamos entrar em crise com nossas práticas de cuidado. Essas crises podem funcionar como alertas de que processos de trabalho precisam ser revistos em sua dinâmica e produção, permitindo

a constituição de processos de interrogação de saberes institucionalizados e pré-formatados, desterritorializando/reterritorializando os saberes no trabalho vivo em ato.

Falhas e situações difíceis no âmbito do “adoecimento”, narradas ao longo desta dissertação, podem disparar processos constituintes de ações de cuidado sobre a vida, com a criação de modos singulares de relacionar-se com quem está sendo cuidado. A falha habita o mundo do imprevisível e possui potência para desestruturar o instituído, despertando a metamorfose de usuários e trabalhadores, na micropolítica dos encontros.

Assim, usuários e trabalhadores deixam de ser semelhantes ao camelo, que renunciava e era reverente, que rumava carregado para o deserto e assim rumava para seu deserto. Neste solitário deserto, eles podem se metamorfosear e se tornarem leões para criar a liberdade para a própria criação, e, depois, novamente transformarem-se, agora em crianças, em um novo começo, dizendo “sim” para o jogo da criação, com o perdido para o mundo conquistando seu mundo (Nietzsche, 2011). Assim me falou Zaratustra.

Algumas das características que tornam diferentes os processos de cuidado em saúde são a imprevisibilidade de seu aparecimento, a necessidade de desmontar protocolos preestabelecidos de cuidado e a lida com o imponderável e inusitado (Mendes, 2016). O encontro entre trabalhador e usuário é um acontecimento único, produtor de inúmeras possibilidades, inclusive aquelas que são previstas pelos saberes estruturados (Moebus, 2011).

O relato do encontro da médica com Pedro resultou em mim questionamentos sobre a necessidade de os trabalhadores sempre buscarem relações de causa-efeito no outro, a desconstrução de conceitos estritamente físicos-geográficos de território e como a imprevisibilidade ou falhas da assistência em saúde podem abrir espaços para produção de vínculos e mais vida. O inusitado e o dinamismo da vida rompem com conceitos estáticos de território e desconstroem representações históricas e decalcadas de causa-efeito sedimentadas nos trabalhadores da saúde.

Percebo, mais uma vez, a ideia de território formal sendo extrapolada pelos territórios existenciais no encontro da equipe de SF com Pedro no ponto de ônibus. Vínculos territoriais organizam serviços, mas várias vezes são confrontados com elos que se estabelecem nos encontros. Vínculos podem aprisionar ou libertar. Conheci o vínculo libertador de usuário com epilepsia que recebeu cuidados da médica da USF em um ponto de ônibus durante crise convulsiva. A falha dos serviços de saúde do

município (que não acompanhavam Pedro e sua vida) abriu espaço para seu vínculo com a médica, sendo ele até hoje atendido na USF, mesmo sendo de outra área. A abrangência territorial formal foi desconstruída pela oportunidade criada pela falha, abrindo espaços para as áreas das existências e do desejo. O território é o usuário, nele estão todos os seus mundos com intensa produção desejante e suas possibilidades de vida.

Em minhas anotações no diário cartográfico, lembrei-me de Merhy (informação verbal)¹⁰ que fala que a área de abrangência na ESF está na multiplicidade de mundos que o usuário carrega consigo. A área de abrangência é o usuário; e a área de abrangência da equipe de saúde são os diversos mundos que o usuário habita no seu cotidiano. O cuidado deve extrapolar qualquer restrição geográfica, devemos cuidar nos diversos mundos.

O território não é somente algo estático e geográfico, pois os usuários no exercício de sua autonomia e nomadismo frequentam outros mundos além da área de abrangência das USFs. Os usuários são um território existencial de aspectos subjetivos e com relações sociais, culturais e de vida (Abrahão; Merhy, 2014). Pedro e a médica estavam, naquele momento, em busca daquilo que lhes fazia mais sentido, em outros lugares que não a USF. Seus territórios existenciais durante o atendimento, procuravam outros movimentos da vida, livres das amarras geográficas institucionais. No caso de Pedro, a falha do serviço de saúde, ao desconsiderar seu território existencial (Pedro transitava naquela região), oportunizou esse acontecimento e abriu espaço para o encontro dos territórios existenciais, com a médica atravessando o furo no muro.

5.7 O cuidar com outras possibilidades de existir e cuidar de si

Os territórios existenciais presentes nos encontros criadores do cuidado são locais de intensa produção do desejo. Para Deleuze (2008), o desejo predetermina o lugar e dispõe os interesses no encontro. Dessa forma, temos, no encontro cuidador, intensa produção de desejos, relacionamento de forças e tensionamento de interesses de “Seres” políticos, os quais nomeiam as potências físicas e mentais que se enfrentam para tentar atingir certo objetivo. Citando o tema da subjetivação como

¹⁰ Notas da aula do professor Emerson Elias Merhy. Rio de Janeiro: EICOS-UFRJ, 2021.

processo em Foucault, Deleuze (2008) diz que esta é essencialmente a criação de possibilidades de vida, construindo modos de existência.

O pensamento como processo de subjetivação para constituição dos modos de existência, não como sujeito, mas como obra de arte (Deleuze, 2008) nos encontros cuidadores parece ser uma estratégia interessante na produção do cuidado. Outra vista do ponto.

Essa é uma estratégia na qual a parte imaterial do corpo (a dos sentidos e o pensamento que é produtora de subjetivações) possui potencial para produzir novidades. Potencial para construir novas possibilidades de viver a vida nos encontros cuidadores, permitindo a apreensão do mundo à sua volta conforme as afecções e os afetos, encontrando as coisas do mundo durante as vivências de suas vidas e constituindo a si e ao outro pelos afetos positivos e negativos nos acontecimentos.

Assim, produziria outras possibilidades de existir e de cuidado. Para Spinoza, o corpo é uma potência, capaz de produzir seu mundo ao ser afetado pelos encontros, aprendendo com suas próprias experiências (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Presenciei como acontecimentos e pensamentos são capazes de provocar mudanças e novas possibilidades de existência. Encontrei na USF um rapaz chamado Felipe, 26 anos, amputado em acidente com motocicleta e com perna mecânica. Anteriormente ao acidente era usuário de drogas, passou por depressão e tentou suicídio. Hoje pratica atletismo profissionalmente. Conversamos sobre escolhas e ele demonstrou ressentimentos dos caminhos escolhidos no passado (lembrei dos ressentidos de Nietzsche). Seu passado afetando o presente? Ele carrega seu passado, conversamos sobre isso. Fico pensando que passado e futuro não existem, as lembranças do passado estão no presente. Estão atualizadas em nossa mente e assim se tornam mais presentes do que nunca. Se o passado o afeta hoje, ele é presente. Aquilo que o afeta são os acontecimentos sem a necessidade do estabelecimento de marcos de temporalidade (Fragmento do diário cartográfico).

“A história é o que nos separa de nós mesmos, e o que devemos transpor e atravessar para nos pensarmos a nós mesmos” (Deleuze, 2008, p. 119).

Deleuze (2004), citando Bergson, nos provoca a pensar que a memória é uma função do futuro e que memória e vontade são uma mesma função, que somente um ser capaz de memória pode desviar-se do seu passado, não o repetir, fazendo acontecer o novo. Felipe precisa desviar-se de seu passado, para que, nos acontecimentos do presente, liberte sua vontade criadora com a produção de novas possibilidades de existir.

Nas diárias superações das amarras de seu passado, que continuamente se tornam presentes, Felipe vai se libertando em um intenso processo constitutivo de sua existência, produzindo uma existência diferente daquela de antes. Os acontecimentos produziram (e continuam produzindo) em Felipe pensamentos, subjetivações e novas possibilidades de vida e de cuidado de si.

Ele relata a afinidade que possui com seu treinador da academia e como este o motiva a continuar treinando profissionalmente. Assim, a partir de seus encontros, Felipe produz diferentes formas de ser no mundo e de cuidar de si. Isso me faz pensar no cuidado que extrapola o campo das profissões de saúde institucionalizadas. O cuidado é gerado nos encontros, em conexões existenciais que vão nos constituindo em nossas multiplicidades (Abrahão; Merhy, 2014).

Esse encontro com Felipe me mostrou a importância do cuidado de si como mola propulsora para produção de novas formas de viver, e que os acontecimentos e arrependimentos do passado são capazes de provocar pensamentos que geram novas possibilidades de existir. A relação com seu treinador ajuda a “despertar” Felipe e demonstra como a potência, em um bom encontro, é capaz de produzir cuidado de si e promover outras formas de agir e viver.

Não deveria nos causar estranheza falar sobre o cuidado de si quando nos propomos a cuidar do outro, mas não há contradição entre o interesse de cuidar de si e cuidar do outro, nem a necessidade de renúncia ou o sacrifício de si para ter interesse pelo outro, conforme nos imputado em grande parte, mas não somente, pelo cristianismo (Foucault, 2004).

Foucault (2004), citando os gregos, afirma que, para se conduzir bem na vida e praticar a liberdade, é necessário se ocupar de si, cuidar de si para se conhecer e para se formar, superar a si mesmo, e que o cuidado de si é o conhecimento de si. Assim Felipe tentava caminhar pela vida.

O cuidado de si implica também a relação com o outro, estando estas relações sempre presentes ao longo do processo de constituição deste cuidado. “Não se deve fazer passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária” (Foucault, 2004, p. 271).

5.8 A produção do cuidado, como acontecimento, pelas máquinas desejantes

Não devemos entender o cuidado como um ato, mas sim como um acontecimento, como nos provoca Merhy. É na micropolítica e em ato, com as relações intercessoras, que o cuidado é produzido nos encontros. Cuidado produzido em processos intercessores, onde há mútua intervenção de um sobre o outro em um espaço micropolítico comum, constituído na lógica da recíproca produção, que supõe a produção de um no outro (Merhy, 2006).

O cuidado vai além da clínica, da epidemiologia, do planejamento em saúde, da prevenção e da promoção em saúde. A produção do cuidado é um acontecimento, que pode ocorrer, ou não, nas práticas clínicas, no agir em saúde, extrapolando intencionalidades, racionalidades, técnicas ou quaisquer previsibilidades. O trabalho em saúde baseia-se no encontro, e o cuidado é um acontecimento, que pode ou não ocorrer nesse encontro (Moebus, 2011).

As máquinas desejantes (Deleuze; Guattari, 2010) dos usuários e trabalhadores estão em intenso processo produtivo no encontro, e, mesmo fora dele, continuam processando os afetos produzidos. A produção do cuidado deveria **avançar** promovendo o encontro dos desejos (e não somente das necessidades) e das diferentes vidas vividas dos usuários e trabalhadores com as valises tecnológicas duras, leves-duras e leves, em movimentos autopoieticos. Essas máquinas deveriam estar implicadas umas com as outras em possíveis processos cooperativos (Merhy, 2006).

Em toda parte, existem somente máquinas, que produzem desejo e se conectam a outras, mas a edipianização¹¹ dessas máquinas pode substituir as produções do inconsciente pela representação, trocando um inconsciente produtivo por um que pode apenas se manifestar (Deleuze; Guattari, 2010).

O cuidado que somente tenta suprir uma possível falta, passa a ser a manifestação de uma representação, e não de mais produção. Sem querer estabelecer uma hierarquia, devemos atentar ao que nos dizem Deleuze e Guattari sobre o desejo, que não se ampara nas necessidades (pois não é falta), ao contrário, são as necessidades que decorrem do desejo. As necessidades são contraproduzidas

¹¹ O termo edipianização utilizado aqui, remete à crítica à psicanálise (que entende o desejo como falta) e ao Édipo, que Deleuze e Guattari fazem no livro *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*, onde estes autores entendem o desejo como produção e não como falta (DELEUZE; GUATTARI, 2010).

no real que o desejo produz. A falta é um contrafeito do desejo (Deleuze; Guattari, 2010). A “origem” é o desejo. A produção do cuidado deve alcançar “outros lugares” do inconsciente produtivo de desejos e não deve ter relação somente com a falta de algo e suprimimento ou satisfação de necessidades que, por vezes, são baseadas em representações.

O cuidado produzido no trabalho vivo em ato está no campo do desejo, e não apenas da satisfação de uma necessidade. Desejar é produzir, produzir na realidade, real-desejo ou real em si mesmo. Necessidade remete à falta; e desejo, à produção.

Desejo remete à produção, e suprir necessidades do outro remete à falta, ao Édipo. Desejo é produção. Nessa perspectiva, o cuidado não é somente suprir uma necessidade ou algo que falta ao outro, deve ir além disso. Cuidado tem a ver com produção de desejos, de mais vida, e não somente com atendimento ou assistência ao outro (e, por vezes, só aos seus órgãos biológicos), pois estas ações tendem somente a suprir algo que falta. Tais gestos são necessários, mas insuficientes para produzir cuidado que gere autonomia.

“O desejo abraça a vida com uma potência produtora e a reproduz de uma maneira tanto mais intensa quanto menos necessidade ele tem” (Deleuze; Guattari, 2010, p. 44).

Ora, estou falando de produção de cuidado atrelado aos desejos. Deleuze e Guattari dizem que desejar é produzir na realidade e mostram caminhos muito interessantes e úteis. Afirmam que o desejo funciona como unidade de produção e produz real (pois se ele é produtor, só pode ser na realidade e de realidade), maquinando os objetos, fluxos e corpos por sínteses de autoprodução do inconsciente (Deleuze; Guattari, 2010). Trabalhadores de saúde e usuários implicados ético-estético-politicamente com os desejos mútuos possuem potencial produtor de mais vida.

Em meus encontros, presenciei trabalhadores que, em busca da produção de cuidado, estabelecem linhas de fuga das imposições do instituído pelo setor de saúde. Simultaneamente, encontrei usuários que vazavam das imposições sociais que tentam determinar somente algumas possibilidades de cuidado e vida, produzindo formatações que geram dano, doença, amputações nas vidas e, assim, descuidam. Nesses encontros, o desejo como potência de produzir o cuidado de si e o cuidado do outro estava presente.

Nas unidades de saúde pesquisadas, os desejos afluíam com intensidade, como no encontro com Felipe, quando experienciei sua potência produzindo desejos para exercer sua autonomia, tornando-o senhor de sua existência, de seu cuidado e de sua liberdade. Quanto mais os desejos do usuário o tornam agente de sua liberdade, maior será sua autonomia nos caminhos da vida, sendo cada vez menos necessária a intervenção do trabalhador de saúde.

Entretanto, no espaço micropolítico dos encontros, onde as potências e os desejos dos sujeitos envolvidos podem se manifestar, podemos produzir liberdade ou dominação na produção do cuidado.

Percebi no relato de Felipe sua potência lutando contra as pressões sociais que poderiam produzir descuido de si, pois pessoas de seu convívio tentavam impor formas universais de vida e interditar a produção dos desejos, o que possivelmente acabaria por produzir doenças. Ele tentava, com sua dedicação ao esporte e a experimentação de novos encontros que o esporte lhe proporcionava, se produzir como um outro Felipe.

Havia na conversa com Felipe a sensação mútua de que estávamos, com nossa conversa, nos cuidando. Falávamos sobre nossas vidas. Ele falava compulsivamente e notei que se sentia pressionado com cobranças familiares e da sociedade em relação a emprego, renda, constituição de família e sucesso. Havia ali várias interdições produzidas em possíveis maus encontros. Oh, sociedade cruel! Continua tentando formatá-lo como o tijolo de um muro, algo padronizado e normalizado. A tentativa de formatação anterior, com as cobranças familiares relatadas por ele, produziu revolta e modos de viver que arriscaram sua vida e talvez tenham contribuído para a perda de sua perna. Agora, essas imposições, talvez levassem à perda de sua vida, em vida, pois cobranças familiares que exigiam sucesso com base no imaginário social do que é 'sucesso na vida', continuavam o atingindo. Lembrei do conatus de Spinoza, a persistência na existência. Ele persistia na existência, mas aparentemente maus encontros fragilizavam o exercício de sua potência. Exercia toda sua potência que, entretanto, estava subjugada à moral e conformações sociais preestabelecidas. Me pergunto, até quando tudo isso será assim? (Fragmento de diário cartográfico).

A equipe de SF poderia ter papel de apoio na situação relatada por Felipe, entretanto parece estar presa às suas **limitações** de formação, com apoio pedagógico institucional aparentemente equivocado, além de dissociada da percepção da multiplicidade das vidas, dos desejos envolvidos nos encontros e da vida do outro. Parecem **produzir hoje**, "mais do mesmo". Precisam entrar no mundo do outro para compreender os desejos envolvidos na produção do cuidado, as outras possíveis formas de existir e, assim, cuidar. Cuidar preso ao nosso mundo e desconsiderando

as produções desejantes dos usuários (e dos trabalhadores de saúde), provavelmente, não trará bons resultados, pois será apenas uma transferência de possibilidades e perspectivas que são alheias ao mundo de quem é cuidado. Isso não funciona. Mas como **avançar** e mudar essa produção do “mais do mesmo”?

5.9 Produzindo mais do mesmo, descoordenação do cuidado, sobre ensinar e aprender

O encontro entre trabalhadores e usuários é campo de conflitos, confrontos e disputas de forças entre a clínica e o cuidado. Manifestam-se no encontro, a força-valor clínica com saberes técnicos produzidos a partir da ciência e validados pelo mercado, as indústrias de equipamentos, de remédios e de aparatos tecnológicos. Estes saberes constroem certas “verdades” sobre saúde e doença, produzindo uma visão do corpo somente em seus aspectos biológicos, dissociando-o das intensidades do viver (Merhy *et al.*, 2020). Essas “verdades” acabam sendo reproduzidas pelos trabalhadores em suas rotinas de trabalho nas USFs.

Na força-valor cuidado, há outro saber sobre saúde, produzido a partir da vida, do viver, e que tem a ver com experimentações e com a multiplicidade da vida sendo singular e capaz de provocar subjetivações. A clínica, subsumida ao cuidado, é importante para a produção compartilhada, entre trabalhador e usuário, de projetos terapêuticos que favoreçam a invenção e a produção de sentidos a ambos, aumentando a potência da vida (Merhy *et al.*, 2020).

Podemos produzir interrogações e reflexões no trabalho vivo em ato, construindo novas práticas de cuidado, com um saber em saúde alicerçado na vida e suas multiplicidades? Como produzir mais vida e transformar a realidade? Como e quem nos “ensinará” a agir dessa forma?

Percebo, ao longo desses anos de trabalho na ESF, que as políticas públicas da atenção básica e de educação em saúde não priorizam a interrogação e reflexão no trabalho vivo em ato. Mesmo quando têm essa intenção, se materializam nas USFs como atualizações de saberes técnicos com processos pedagógicos alicerçados somente na transmissão de conhecimentos.

Conforme relato nos próximos parágrafos sobre uma consulta médica que presenciei, noto que os conceitos de Educação em Saúde se limitam à transmissão de saberes técnicos, **valorizam a capacitação e estabelecem a Educação**

Continuada como “a” estratégia para lidar com as doenças, desvinculando a doença das existências. São pensamentos e práticas que parecem estar arraigados nos próprios trabalhadores de saúde. Estes aguardam, estagnados, por alguém que lhes diga o que fazer, demonstrando uma visão messiânica, esperando alguém que virá, sabe-se lá de onde, e dirá o que têm de aprender e fazer. Não encaram o conhecimento como algo a ser produzido e conquistado no dia a dia, nos encontros nas USFs.

A EPS pode constituir-se como importante espaço para reflexões e trocas, entre trabalhadores e usuários, que permitam outras possibilidades de agenciamentos e que produzam outras perspectivas de construção do cuidado. A EPS, com suas características, pode constituir-se em espaço para uma experiência coletiva que produza provocações e interrogações sobre os desejos e afetos envolvidos no encontro, colocando o trabalho e o cuidado que está sendo elaborado em análise (Merhy *et al.*, 2020).

A Rede Básica pode proporcionar um espaço onde se produzam as vidas em multiplicidade, com um cuidado em saúde produzido de forma compartilhada que faça sentido e aumente as potências do viver, entretanto, pode produzir somente medicalização e captura dos modos de existir do usuário (Merhy *et al.*, 2020).

Chamou minha atenção na recepção da USF uma jovem chamada Zilda, 32 anos, bem magra, com câncer e dores deitada no colo do companheiro aguardando há duas horas por consulta com jovem médico. Acompanhei sua consulta médica onde alguns detalhes me afetaram, mas que aparentemente não foram considerados pelo médico que se limitou à prescrição de medicamentos. Ficava fazendo carinho em seu companheiro, limpava com os dedos a mesa do médico, o rejunte do piso e apresentava um estranho movimento involuntário da cabeça. Notei, durante a consulta, a dificuldade do médico em estabelecer a história médica pregressa daquela jovem e que suas tentativas limitavam-se à história médica atual, não demonstrando, em nenhum momento, interesse em conhecer os mundos que estavam naquela aparentemente frágil mulher (Fragmento do diário cartográfico).

Provoquei conversa com o médico sobre coordenação do cuidado, na expectativa de chegarmos ao consenso de que quem coordena o cuidado é o próprio usuário, conforme nos instiga Merhy. Tola esperança: o doutor já vinha com conceitos sedimentados, dando exemplos de hospitais que faziam a cirurgia oncológica e se responsabilizavam até por uma simples diarreia que acometesse a paciente. Um médico na Atenção Básica que talvez tivesse sido formado sobre o papel desse ponto da Rede de Atenção à Saúde, mas que estava preso aos próprios conceitos, talvez

arraigados em uma formação hospitalocêntrica e pautada por tecnologias duras. Estavam ali, na minha frente, o hospitalocentrismo e o medicalocentrismo em sua plenitude, como exemplo, referência de “cuidado”.

Esse encontro com o médico provocou inquietações em meu corpo, pois presenciava ali a captura do cuidado que poderia, e deveria, ser produzido dentro da Atenção Básica, pelo hospital.

Continuando a conversa, tentei provocá-lo para que sugerisse formas de corrigir distorções na formação profissional e coordenação do cuidado e prontamente ele respondeu que “falta Educação Continuada para nos **ensinar** a lidar com esses pacientes”. Não mencionou em nenhum momento a EPS. Citou como exemplo não sabermos lidar com esquizofrênicos, pois não fomos capacitados para isso. Fui me aventurar a pensar sobre tudo isso. Como nos coloca Deleuze (2008), sobre o pensamento de Foucault: de que pensar é um ato arriscado.

Encontrei um trabalhador de saúde, que pretende se tornar apto a responder às demandas do usuário pelo consumo de capacitações, as quais supostamente contêm a verdade e a solução dos problemas (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018). Para que o trabalhador possa superar suas dificuldades e aprender, necessita se afastar de alguns de seus saberes e verdades protocolares, assumindo seus não saberes no encontro com o usuário. Nesta produção de novas permeabilidades, começa o processo de aprendizagem.

No encontro com o médico, surgiram em mim interrogações sobre o que é **ensinar** e o que é **aprender**. Como seria uma capacitação que ensinaria “a lidar” com as pessoas em seus modos de viver o(s) adoecimento(s)? Como a EPS pode contribuir para o processo de ensinar e aprender, no trabalho?

Não me parece razoável esperar que se **aprenda** a lidar com pessoas somente ouvindo os ensinamentos de alguém. Isso me parece algo bíblico, como um pastor que ensina suas mansas e escravizadas ovelhas. Aprender deve ser exercício de libertação dos pastores que tentam escravizar, libertar-se de si mesmo. **Aprendemos** a lidar com pessoas nos encontros com permeabilidade e uma boa dose de subjetivação, de escuta interessada, de empatia. Transmissão de conhecimento, às vezes, escraviza. O doutor parecia ter conceitos escravizados que acabavam dificultando sua prática médica e o cuidado com o outro. A escravização aos próprios conceitos e uma visão equivocada sobre o **aprender** contribuíam para a aparente frustração com sua incapacidade de cuidar adequadamente daquela moça.

Aprender é o processo de produção de subjetividades e de invenção de si e do mundo, e não somente a solução de problemas ou a aquisição de saberes. Essa concepção afasta-se da visão restrita da aprendizagem como processo de solução de problemas, e sim como processo de invenção de problemas e de mundos. Aprender é ser capaz de problematizar as diferenças nos encontros e fazer **cognições** diferenciando-se permanentemente de si mesmo, construindo novos mundos. Aprender é a política da invenção e da abertura às experiências e ao devir. O desafio é criar práticas que desencadeiem processos de problematização. Processos pedagógicos de transmissão de informações novas não são suficientes para o aprendizado, havendo a necessidade de produzir experiências novas com força disruptiva (Kastrup, 2005).

A **cognição** não deve ser encarada como o processamento de informações por regras lógicas em um modelo de representação de relação intencional entre sujeito e objeto no qual houvesse somente uma correlação mental com uma realidade preexistente. Essa ideia da cognição como representação baseia-se na busca de leis e princípios universais e invariantes como condições de possibilidade do funcionamento cognitivo, levando à concepção limitada e inadequada do que seja conhecer. É necessário que o conceito de cognição seja ampliado, sustentando a ideia de que conhecer é produzir a realidade, e não somente representar em um sistema de regras invariáveis e permanentes ao longo do tempo (Kastrup; Tedesco; Passos, 2008).

O modelo da representação, que se baseia na preexistência de um sujeito cognoscente e de um mundo dado que se dá a conhecer, está tão sedimentado em nós que, às vezes, é percebido como algo natural. No entanto, ao aproximarmos conhecimento e criação, buscamos uma nova forma de existir, de habitar o território existencial e de encarar o conhecimento. A ideia do mundo que não é dado, mas sim o efeito de nossa prática cognitiva, demonstra a política criacionista do mundo e de si. Assumir essa postura requer mudança e reversão da atitude naturalizada, o que exige, em princípio, um esforço (Kastrup; Tedesco; Passos, 2008).

Os “aprendizados” do doutor que atendia Zilda levaram-me a questionar, em uma perspectiva Artaudiana da relação entre Van Gogh e o doutor Gachet¹², o quanto

¹² Assim como Van Gogh, Artaud também esteve internado em um manicômio e escreveu o livro "Van Gogh, O suicidado pela sociedade", que apresenta a perspectiva do "doente" sobre a relação médico-paciente. Artaud critica o médico Gachet, que cuidou de Van Gogh após sua saída do manicômio, e

os trabalhadores de saúde, nos momentos de produção do cuidado nos encontros, estão marcados pela mais indiscutível insanidade, que converte o ser de ciência em inimigo do outro e de suas possibilidades de subjetivar, existir. Talvez um simples franzir de testa pode inscrever um pensamento repressor no momento do encontro. As ciências médicas, por vezes, nascem do mal ou da doença; como uma forma de ter uma razão de existir, manipulam o indivíduo, tiram proveito de sua saúde arrancando-lhe a saúde e forçando-o a considerar-se doente, vampirizam e o vigiam para que não tenha determinadas ideias (Artaud, 2002).

Na tentativa de construção do cuidado, podemos provocar seu suicídio prematuro. Estão em jogo, no momento do encontro, a produção de ideias, de vida e morte. O cuidado não nasce nem suicida sozinho. No caso do suicídio, precisa de “seres maléficos” com seus corpos, que, em ato, decidam privá-lo da vida, infelizmente, nos encontros (des)cuidadores, alguns profissionais de saúde (para parecer otimista) agem desta forma, “suicidando o cuidado” (Artaud, 2002).

Estava na sala da pré-consulta quando presenciei algumas palavras ditas, em tom impositivo, pela técnica de enfermagem, Vilda, a uma usuária: “suba na balança”; “sente-se para aferir a pressão”; “pode aguardar a consulta lá fora”. A entonação de voz utilizada desviou aquele encontro do caminho da produção de cuidado. O primeiro contato entre a usuária e o serviço de saúde foi protocolar e prematuramente afastou a possibilidade de produção de um encontro cuidador.

Considerando a **multiplicidade** que habita em nós, e nossas **potências** produtoras de vida ou de morte que estarão presentes no momento do encontro, cabe a indagação de quais potências são preponderantemente exercidas nestes momentos. Sem a intenção de dicotomizar, podemos ter no encontro entre trabalhador da saúde e usuário-cidadão processos produtores de cuidado, descuidado, interdição, liberdade, servidão, autonomia, disciplina, controle, vida ou morte.

Lidar com as **multiplicidades e as potências** é desafio constante para trabalhadores de saúde e usuários nos encontros produtores do cuidado. A multiplicidade das pessoas e as inúmeras possibilidades de produção do cuidado, nos convocam a transitar pelo campo da formação no trabalho vivo em ato como área do

argumenta que ele limitou a criatividade e a liberdade do artista, contribuindo para seu suicídio. Artaud acreditava que Gachet detestava Van Gogh e que suas conversas com o médico aumentavam o desejo de suicídio no artista. Artaud também compartilha sua própria experiência em um asilo de alienados e a sensação de que conversas com psiquiatras o levaram a ter pensamentos suicidas (Artaud, 2002).

conhecimento a ser utilizada na construção de ações, que venham a contemplar tamanha diversidade.

Com as diversas narrativas dos encontros realizados durante o período da pesquisa, observamos a necessidade de transformação das práticas de cuidado, bem como da formação dos trabalhadores de saúde nas rotinas das unidades de saúde que se afaste da ideia de que ensinar e aprender sejam somente representações de algo dado. É necessário que o conhecimento surja de processos de criação, rompendo com lógicas enraizadas do ensinar e aprender como se fossem o simples processamento simbólico de informações por regras lógicas. É o conhecimento como criação com a “ideia de que conhecer é criar, é produzir a realidade, tanto do mundo conhecido quanto daquele que conhece” (Kastrup; Tedesco; Passos, 2008, p. 10).

O modelo de conhecimento fundamentado na dicotomia dos termos “ensinar e aprender” e na simples transmissão de representações, baseando-se em regras (sendo, portanto, invariável), não é suficiente para atender às múltiplas possibilidades de construção do cuidado no trabalho vivo em ato. Esse modelo necessita evoluir para um conceito ampliado de cognição, no qual a construção do conhecimento se dá por meio da criação, em um mundo que não é apenas representado, mas criado com a ideia do “conhecimento como autocriação, como invenção de si” (Kastrup; Tedesco; Passos, 2008, p.12). Essa mudança de modelos representacionais para um modelo do conhecimento como criação nas políticas de formação nos serviços de saúde poderia proporcionar uma nova forma de conhecer, de existir e interagir com o mundo, contribuindo para a transformação das tão diversas práticas de cuidado nas rotinas dos serviços de saúde.

5.10 Assujeitamento, disciplinarização, controle e interdição dos corpos

O corpo objetificado como alvo do cuidado, em uma relação de poder, sofre intervenções de uma tecnologia política que poderá o sujeitar, a fim de o constituir como força de trabalho, tornando-o, ao mesmo tempo, produtivo (um bem social objeto de uma apropriação coletiva e útil), submisso, privando-o de sua liberdade. Se aprisionado no encontro, pode ser colocado em um sistema de privações, obrigações e interdições, sendo constantemente submetido ao julgamento de suas paixões, enfermidades, inaptações ou hereditariedade (Foucault, 1999).

O profissional de saúde tirano, que não quer ouvir, tenta impedir o usuário de expressar verbalmente vivências insuportáveis, julga o outro na tentativa de protocolizá-lo para normalizá-lo a padrões universais preestabelecidos, tornando-o dócil, submisso e útil para atender aos interesses da produção capitalista. Tenta controlá-lo durante toda sua existência nos rituais instituídos nos encontros, buscando, a todo momento, impor uma dissimetria de potências. Como podemos fazer uma revolução nas práticas de cuidado produzidas no cotidiano?

Nos meus encontros nas USFs, notei, em vários momentos, profissionais de saúde em uma guerra de poder, em que tentam estabelecer regras e obrigações aos usuários, em uma busca insana – e, muitas vezes, impossível – da “normalidade” (almejam a utopia da vida completamente regradada e controlada, seguindo as prescrições para alcançar os índices séricos “normais”). A ruptura por parte dos usuários é encarada como hostilidade e leva a comportamentos reativos dos profissionais, que desconstroem a possibilidade do cuidado produtor de vida. A reação à “autoridade” prescritora de hábitos, regras e ordens apresenta-se como fuga à tentativa de formação do sujeito de obediência com a constituição de outras possibilidades de vida e exercício de cidadania e autonomia.

Em meus caminhos percorridos nas USFs, notei demonstrações de frustração dos profissionais de saúde com os corpos dos usuários que não se comportam como objeto e alvo de poder, não se deixando manipular, modelar, limitar, obrigar, treinar, que desobedecem e respondem (Foucault, 1999).

A disciplinarização imputada ao usuário pelos métodos biomedicalizantes que tentam controlar o corpo e a vida, sujeitam-no a uma relação de docilidade, submissão e utilidade, manipulam o corpo para que opere como se quer, dissociando o poder do corpo (Foucault, 1999), almejando objetivos pré-formatados que desconsideram as multiplicidades e as singularidades das vidas.

Durante a pesquisa, percebi nas USFs que as práticas biomedicalizantes e de objetificação, submissão e disciplinarização do outro permanecem as mesmas desde quando comecei a trabalhar há vinte anos na ESF. Conversando com a assistente social da USF sobre Gabriela (moça de 30 anos com esquizofrenia e usuária frequente da unidade de saúde) e seu filho, pude compreender como as imposições das “verdades”, de disciplinarizações e a objetificação do outro são capazes de encarcerar o usuário em um suposto modo universal de existir, como se não houvesse outra possibilidade de produzir a vida. São práticas de cuidado implicadas com a sujeição

do outro, oriundas de prescrições sedimentadas em saberes estabelecidos (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018).

Em seu relato, a trabalhadora me contou histórias de utilização de imposições estatais, praticadas pela equipe de SF, como conselheiros tutelares que, em nome da proteção do filho de Gabriela, tentaram excluí-la do convívio com seu filho, amputando a vida deste da sua vida. Com essas ameaças, ela passou a rejeitar tentativas de abordagem da equipe de SF. Infelizmente, a equipe de SF definiu Gabriela como anormal, biomedicalizou-a (o que, possivelmente, a restringe e agrava sua “loucura”) e tentou impor um único modo de viver.

Depois de tanta crueldade, comparecem em visitas domiciliares com fala mansa, querendo ser recebidos amigavelmente e ficam pensando como cuidar daquele que, segundo suas narrativas e visões de mundo, não quer ser cuidado. Lavam as mãos, dizendo que tentaram tudo, mas, infelizmente, a pessoa não quer receber cuidado e atenção. Descuidam, excluem e oprimem para, depois, oferecer a “mão amiga”. Posteriormente, abandonam as pessoas sob o argumento de que são rebeldes e não seguem a cartilha de como devem viver a vida. Quanta hipocrisia.

Com esse depoimento da assistente social, sobre a forma de agir da equipe de SF, fiquei com o sentimento de que nos perdemos no caminho da construção da Rede Básica norteada pela lógica da ESF. Fica difícil estabelecer vínculos com o usuário agindo da forma relatada.

Durante meus encontros, notei o aparente desvirtuamento da proposta inicial da ESF que, originalmente, possuía potencial para produzir mudanças nas práticas de cuidado e nas relações entre trabalhadores e usuários citadas nos parágrafos anteriores.

Para exemplificar, observei, em algumas das minhas experiências no campo da pesquisa, que não havia reuniões de equipe para planejamento e resolução de problemas; profissionais médicos em vínculos precários com os usuários (devido a vários fatores, como a alta rotatividade desses profissionais); consultas universalizadas e padronizadas pela distribuição de senhas; excessivos atendimentos de demanda espontânea com foco na “queixa-conduta”; desconsideração dos contextos familiares na produção da vida e da doença; uma frágil EPS, produzida pelas demandas diárias dos trabalhadores com pouco foco nos desejos dos usuários e sem um apoio institucional que proporcionasse a produção de novas práticas de cuidado, não aprisionando os profissionais ao que já está instituído e normatizado.

Silvia, 65 anos, aposentada, usuária da USF, me disse: “Agora não tem mais essa história de área, qualquer médico atende” e, certo dia, ao inquirir uma agente comunitária de saúde sobre os motivos do alto número de pessoas para atendimento em demanda espontânea, ela me respondeu: “A USF se tornou uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento)”. Conversamos e concordamos que estavam tratando das queixas e das doenças, e não cuidando das pessoas e da saúde.

Conversei com os gerentes das unidades de saúde sobre isso, perguntando o que achavam. Alegaram que havia um distanciamento entre o que é ensinado para os profissionais nas universidades e as realidades locais, e que estes, ao se depararem com a realidade, veem que aquilo que aprenderam não é aplicável, o que lhes causa desânimo. Caberia nos interrogar o que possivelmente aprenderam (ou foram disciplinados) em seus cursos de formação profissional e para quais investimentos micropolíticos sobre o corpo foram provocados e qualificados. Aplicam minuciosamente protocolos, tentam controlar a vida e o corpo com alicerce em uma racionalidade técnica e econômica que não cabe nas existências dos usuários.

Agem seguindo protocolos e caem na armadilha de que, se assim procederem, estarão garantindo qualidade na assistência. Os procedimentos técnicos também fazem parte do cuidado, mas uma abordagem exclusivamente tecnicista não é suficiente para produzir mais vida por meio do estabelecimento de relações e articulações entre as pessoas e com o mundo que as rodeia.

Encontrei trabalhadores de saúde que aprenderam (ou foram disciplinados) a utilizar termos como “busca ativa”, que são ditos aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para que encontrem usuários como forma de tentar estabelecer comunicações úteis, interromper outras, como maneira de vigiar o comportamento do usuário, tentar protocolá-lo e, sendo necessário, sancioná-lo. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar o outro com a disciplinarização do espaço micropolítico, criando espaço útil de vigilância, controle e opressão às possibilidades de existência do usuário. Dessa forma, esses métodos tentam, a todo momento, codificar espaços e pessoas.

Protocolos talvez sejam necessários na organização dos serviços, mas não são suficientes para produção do cuidado. A todo momento, as máquinas desejanter dos usuários e profissionais de saúde desorganizam os serviços e põem em xeque esses protocolos, que continuam tentando formatar o cuidado produzido nos encontros, em um campo de permanente tensão. Esses corpos, no encontro, se insurgem em

oposição ao poder protocolar preestabelecido, resistindo ao discurso biopolítico e se opondo às práticas hegemônicas. Corpos que criam outras formas de agir, e táticas que rompem com a estrutura protocolar vigente, causando efeito nas vidas.

Corpos insurgentes que se revoltam contra o que está preestabelecido provocando fissuras, dissensos e rompendo com a submissão imposta por essas ferramentas protocolares, que prescrevem de forma reiterada lógicas hegemônicas de poder. Essa insurgência dos corpos faz surgir movimentos e mundos com ideias improváveis, relações e ações que desestabilizam o poder vigente.

Os protocolos, como ferramentas, consideram a doença, a estrutura institucional formal de atenção à saúde e desconsideram as subjetividades, a singularidade dos modos de levar a vida e as estruturas não formais produzidas no trabalho vivo em ato. Além disso, explicitam ações, direções e padrões a serem executados com fundamento nas melhores evidências, de modo que são insuficientes na produção do cuidado, pois desconsideram a multiplicidade de vidas, os vários contextos culturais, sociais, territoriais e as peculiaridades das diversas unidades de saúde e dos territórios.

Talvez o maior problema dos protocolos seja justamente seu objetivo, estabelecer caminhos. Caminhos deveriam ser descobertos e (des)construídos considerando as singularidades, multiplicidades e especificidades nos encontros. Os profissionais de saúde, ao invés de tentarem normalizar a vida (forma protocolar de viver), deveriam buscar produzir mais vida nas vidas, promovendo cuidado de si e do outro, gerando, dessa forma, modos singulares de viver.

Observei a utilização de mapas, onde as famílias são cadastradas pelos ACS em microáreas, distribuindo as pessoas em espaços com quadriculamentos que lembram fábricas, onde podem ser localizadas e articuladas com essa distribuição a uma lógica de produção de procedimentos, atendendo às exigências macroestruturais. O lugar do cuidado passa a ser aquele que a pessoa ocupa na classificação de programas para diabetes, hipertensão arterial, pessoas com deficiências, etc. (com o auxílio nefasto da formatação da formação profissional), que classifica o usuário repartindo-o em órgãos estruturados pelo saber biomédico, determinando o lugar que cada pessoa deve ocupar (ou não) na sociedade, e, em consequência, reduzindo as singularidades individuais.

Trata-se de organizar a multiplicidade na tentativa de dominá-la, pois a multiplicidade dificulta a exploração econômica da doença (Guilbert *apud* Foucault,

1999). Este espaço de suposto cuidado torna-se máquina de vigilância, disciplinarização, controle e opressão. Dessa forma, são criados espaços de enjaulamento baseados em hierarquia, obediência, imposição de formas de viver e de saberes que se fundamentam na transferência de conhecimentos, objetivando a mercantilização das pessoas para atender ao capital econômico. Estamos diante de uma maquinaria institucionalizada na área de saúde, que tenta disciplinar e controlar os corpos, atendendo aos interesses do aparelho de produção do capital.

Na saúde não é diferente: criam-se espaços tensionais e de disputas de poder entre o corpo do usuário que resiste e do profissional de saúde que tenta capturar as singularidades das pessoas para fabricar indivíduos e utilizá-los como objeto e instrumento de seu exercício. No entanto, o corpo tenta resistir ao que lhe é imposto, desenhando suas correlações essenciais e rejeitando o que naturalmente é incompatível (Foucault, 1999), e as existências, em suas produções de vida, vazam do exercício da soberania dos disciplinadores (Mbembe, 2018).

É na micropolítica do trabalho vivo em ato que esses poderes – por vezes erroneamente citados como menores (quando comparados aos da macropolítica), porém permanentes – se manifestam e vão, pouco a pouco, invadindo os ditames macropolíticos, modificando-os e impondo-lhes seus processos em um campo tensional, no qual se constituem os espaços existenciais produtores do cuidado.

Travestidos de cuidado, vivenciei nesses espaços a utilização de métodos corretivos, calcados em regulamentos ou normas gerais de saúde, que tentavam regularizar os corpos com função de reduzir os desvios do que se convencionou chamar de normalidade (que compara, homogeniza e exclui). Pretendiam qualificar os comportamentos e desempenhos do usuário a partir da clássica binariedade entre bom e mau, da oposição entre proibido e permitido, do normal e patológico. Em certos momentos, era extrapolada a análise estrita de seus atos, para atingir também os próprios usuários e sua natureza, atribuindo valores às pessoas, e não somente às suas ações.

Quando conversei com a técnica de enfermagem, Vilda, sobre Ademir, usuário da USF com esquizofrenia, pude perceber em seu relato, a tentativa da trabalhadora de enquadrá-lo em um padrão de comportamento preestabelecido como normal. A trabalhadora tentava imputar a ele um comportamento baseado em valores dela e determinados socialmente como aceitáveis para o convívio social. Alguns (se não

todos) comportamentos de Ademir eram qualificados por ela como inaceitáveis, sendo ele considerado um “anormal”.

Esse encontro com Vilda resultou na desterritorialização e desorganização do meu corpo. Perdi minhas referências de “normal” e “anormal” e comecei a questionar meus próprios comportamentos e condutas, considerando-os “anormais” perante aquilo que a sociedade espera de mim.

Notei que a homogeneização regulamentar permitia apenas a individualização que mensurava os desvios, com o propósito de adequá-los a uma suposta normalidade. A fim de avaliar hipotéticos desvios, são utilizados a inquisição e o exame como técnicas que validam o poder e o saber hierarquizados do profissional de saúde, oferecendo a este controle e visibilidade do usuário e de sua vida.

Dessa forma, constitui-se o usuário como objeto de informação, intervenção, e não como sujeito de comunicação e conhecimento, tornando-o suscetível a: mensuração, comparação a outras pessoas, treinamento, adestramento, classificação, normalização ou exclusão. A cada usuário, é imputada uma representação, um papel no teatro da vida, da morte e da doença.

A saúde é parte dos dispositivos de disciplinarização e regulamentação dos corpos e da vida, produzindo valores como higiene, trabalho e família. No campo da saúde, temos forças-valores, como as forças do governo de si e do outro em permanente tensão e disputa, com trabalhadores com alto grau de autonomia, providos de conceitos que influenciam suas práticas e usuários exercendo seu autogoverno com seus desejos e concepções de cuidado (Merhy *et al.*, 2020).

O que tem sido visto é a Rede Básica como dispositivo disciplinarizador, com a força-valor governo de si e do outro sendo exercida como práticas disciplinares ou de controle com prescrições e protocolos baseados em clínica e epidemiologia, que tentam normalizar o usuário, afastando-se das ações cuidadoras agenciadas no encontro e das tecnologias leves. Os usuários são encarados como máquinas desejantes equivocadas e, às vezes, como não desejantes. Predominam métodos de controle sobre a vida dos usuários e projetos de cuidado com agendas, protocolos e metas preestabelecidas em um modelo autoritário prescritivo e normativo (Merhy *et al.*, 2020).

Assim, os usuários são capturados e afastados da possibilidade de realizar escolhas, trazer questões que os afligem e manifestar seus desejos, tornando-se objetificados por meio da ação dos trabalhadores e transformados em corpos úteis.

Os mecanismos institucionalizados de cuidado que presenciei em vários momentos, estão direcionados para dar visibilidade ao anormal, com o intuito de marcar e modificar o usuário. “A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma ‘armadilha’” (Foucault, 1999). O cuidado, sob esse aspecto, tem como objetivo (e não somente este) modificar a pessoa marcada como anormal, a fim de atender aos anseios das forças sociais, aumentando a produção, desenvolvendo a economia, elevando o nível da “moral pública”, fazendo crescer e multiplicar o capital.

Os trabalhadores de saúde, em várias de suas conversas, referiam-se e taxavam os usuários como “hipertensos”, “diabéticos” e “esquizofrênicos”, pessoas passíveis de correção pelo serviço de saúde, para atender a interesses sociais, em grande parte, econômicos. Os interesses que possivelmente estavam em jogo não eram a saúde do usuário e sua vida, mas sim a normalização de corpos para a produção de capital, e os trabalhadores, aparentemente, não percebiam isso.

Assim, teremos o cuidado que aumenta a utilidade econômica do indivíduo, modelando seus comportamentos e moralizando suas condutas para atender à lógica econômica, tentando ajustar a multiplicidade humana aos múltiplos aparelhos de produção, fabricando corpos úteis, disciplinados e controlados que contribuem com o funcionamento da máquina econômica produtora de lucros.

O cuidado sendo utilizado pelos profissionais de saúde que atuam como “agentes da normalidade”, promovendo o aumento da força econômica útil do usuário, integrando-o a exigências gerais com redução ou encarceramento da força política do indivíduo e a prescrição de possibilidades de tratamento por meio de normalizações inacessíveis ou contraditórias aos seus modos de existir, mantendo-os, dessa forma, permanentemente reféns da doença, de quem os cuida e do capital.

Dessa maneira, por meio de seu trabalho, profissionais de saúde passam a institucionalizar o encarceramento do corpo do usuário, esquartejando-o e distribuindo as partes entre as múltiplas especialidades biomédicas, recortando o usuário-objeto para aplicar seus instrumentos de normalização (nomeando isso como multidisciplinaridade), codificando seus comportamentos, treinando seus corpos, regulando suas forças, seu tempo, sua alimentação e até suas relações familiares. Trata-se de um trabalho permanente sobre o corpo para tornar os indivíduos dóceis e úteis, estabelecendo poder sobre o corpo do outro e prescrevendo recodificações da existência.

Vivemos em um tempo em que é comum o consumo das subjetividades e no qual somos capturados pela ideia de normalização dos corpos, ideia esta que tenta destruir a potência do outro e que nega as diferentes formas de existir (Santos *et al.*, 2021). No dia a dia das USFs, presenciamos várias ações que tentam impor normalizações funcionais aos corpos, tentando capacitá-los a fazer parte do processo produtivo da sociedade capitalista.

Não há corpo que seja completamente capturado, normalizado ou docilizado, mesmo que existam imposições que tentem estabelecer parâmetros de normalidade e capacidade, em nossa sociedade capitalística, a qual só reconhece corpos que sejam úteis na ótica do capital e do mercado. Há a necessidade de liberar os saberes e fazeres desta masmorra, que somente normaliza e foca na capacidade de funcionar, precisamos produzir com o outro, potência de vida na diferença e outras possibilidades de existir (Santos *et al.*, 2021).

5.11 Cuidar com ênfase nas vidas e nas existências, e não nas doenças

Durante meus encontros da pesquisa, ficou evidente que os trabalhadores agem encarando a doença como algo que deve ser conhecido e enfrentado com base nos protocolos da clínica e da epidemiologia, conforme já mencionado, desconsiderando o usuário e sua existência que vivencia o adoecimento de modo singular. Quem passa a ser avaliada, medida, diagnosticada e tratada é a doença, como anomalia, desvio e perigo implacável. A doença (e não a existência) é que passa a ser considerada, ao se propor um plano de cuidado. Dessa forma, o cuidado, autenticado pela “ciência” incrustada nos profissionais de saúde (com seus discursos pré-formatados de saber), passa a funcionar em um horizonte de “verdade”, contribuindo para fabricar a doença e produzir o usuário doente patologizado, subjugado, marginalizado, mas controlado centralmente por aquele que o objetiva.

Conversando com a dentista, Kátia, sobre o usuário, Benedito, 64 anos, que já havia faltado três vezes à consulta agendada na atenção especializada, fica visível como somos impositivos e prescritivos sobre a forma de agir e viver do usuário e como nossa imposição de saberes e de nossos mundos pode desorganizar e prejudicar a forma de existir do outro. Nossas “verdades” – autenticadas por uma ciência que patologiza o mundo do outro – tentam normalizá-lo a um padrão preestabelecido, o definindo como doente. Mesmo sem o usuário se sentir doente, impomos a doença e

padrões de comportamento para a cura, e depois atribuímos a ele a não adesão ao tratamento.

Nessa conversa, tornou-se visível para mim como as ditas ciências da saúde, dependendo das práticas de cuidado presentes no trabalho vivo em ato, são capazes de se constituir como ciências da doença. Isso me despertou sentimento de indignação diante da forma como foi conduzido meu curso de graduação, no qual foram ensinadas técnicas de produção de saúde dissociadas do outro, objetificando-o e, assim, produzindo doenças.

No mundo do cuidado em saúde, o outro, na clínica, é objetificado por enunciados e práticas de um conhecimento estritamente técnico-científico, que se acham capazes de dizer a verdade sobre o funcionamento do outro e de sua vida, porém carentes de compreensão para aquilo que ele traz. Mesmo com todos os saberes e normativas sobre cuidado, parece que não nos encontramos mais aptos a cuidar e acolher as singularidades nos encontros, que nos provocam a pensar e agir na diferença (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018).

Os diversos mecanismos estabelecidos de assujeitamento de si mesmo e do outro na forma de verdades científicas, morais ou jurídicas representam formas de captura das relações consigo e com o outro. Surge, então, a necessidade da criação de outras possibilidades de resistência diante dos códigos socialmente preestabelecidos de comportamento e conduta, possibilidades estas imanentes ao próprio, instituindo vida nas relações (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018).

Quando se tornam reféns desses códigos, trabalhadores de saúde atuam como agentes da disciplina, da normalidade, da sujeição e do comportamento do usuário em um estruturado observatório político travestido de cuidado. Procuram “moralizar” os usuários, tanto do ponto de vista econômico, quanto político, fabricando corpos dóceis, submissos e úteis, treinando-os nas regras capitalistas para docilidade no trabalho, estabilidade da habitação e da família.

Em meus encontros nas USFs, vivenciei o atendimento ao usuário seguindo um fluxo predeterminado. São mal ouvidos na recepção por um buraco no vidro, recebem senhas, são chamados por números, fazem cadastro, seguem para pré-consulta, para a enfermeira, médico, farmácia e estão, teoricamente, com seus problemas de saúde resolvidos, normalizados, adestrados e aptos. Mas aptos para quem e para o quê?

Isso tudo me pareceu como uma fábrica, em um processo mecanicista que objetifica as pessoas e as torna mercadorias que são consumidas pelo processo de trabalho de saúde, para produzir um produto apto e adequado, que atenda aos interesses da produção capitalista, independentemente dos desejos daquele que procura atendimento na USF. Tentam produzir pessoas padronizadas como peças de uma máquina.

São poderes exercidos como uma anátomo-política do corpo-organismo a partir das instituições, via mecanismos regulamentadores do viver, que dão ensejo à entrada da vida nos mecanismos da produção com foco na performance do corpo biológico. Utilizam uma discursividade que tenta trazer para si o direito de falar pelo outro e de ditar modelos gerais de conduta (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018).

Assim, está implantada, nessa situação, uma espécie de moralização das relações, que produzem contenções com o fechamento da possibilidade de se pensarem outras formas de estar no mundo e da possibilidade de invenção de novas formas de viver.

São os **juízes** da saúde que medem, avaliam, diagnosticam, reconhecem o normal e o anormal, focam a doença e protocolizam o usuário. Um intenso vale-tudo terapêutico e readaptativo inescrupuloso de exercício do poder normalizador, que submete o corpo e os comportamentos do outro à moral vigente, desconsiderando as produções desejantes do usuário e sem compromisso com um projeto ético-estético-político.

No trabalho vivo em ato produzido nos encontros entre profissionais de saúde e usuários, são estabelecidas relações de poder com permanentes processos de resistência e criação. Nesses encontros, estão colocadas estratégias de biopoder que se propõem a atuar sobre a vida, a morte, o desejo, e são estabelecidas linhas de fuga ao controle da produção de vida que tentam dar outros sentidos às práticas de saúde, individuais e coletivas, produzindo novas formas de construção da vida coletiva, dentro de um modo ético (da vida como eixo), e estético (do conversar em rede e do atuar em conjunto como estratégia) (Merhy; Ceccim, 2009).

Merhy e Ceccim (2009), referindo-se ao que Félix Guattari escreveu em seu livro “As três ecologias”, dão visibilidade para a existência de intensos processos políticos nestes encontros de construção de vida baseados na diferença. Tais encontros ativam territórios desejantes que podem produzir novos mundos em oposição aos vários outros universos impostos pelo modo de subjetivação capitalístico

citado pelos autores. Modo capitalístico de viver, que, para produzir vidas em alguns, produz morte nos “muitos outros” por meio de relações em que o desejo acaba provocando relações destrutivas e canibais.

As imposições dos desejos do trabalhador ao usuário, muitas vezes utilizadas na tentativa de validar a própria identidade como "promotor profissional de saúde" em um contexto capitalístico, ignoram os diversos modos de adoecimento e de conduzir a vida que cada usuário traz consigo. Essas imposições podem resultar em doenças no mundo do usuário, levando-o à destruição. No entanto, sob a perspectiva do usuário, o que os profissionais da saúde querem consertar pode não ser percebido como doença, mas como uma escolha racional e singular de como viver sua vida.

As percepções sobre saúde e doença são próprias de cada existência e precisam ser consideradas pelos trabalhadores de saúde nos encontros cuidadores, pois o adoecer é construído na singularidade de existir.

5.12 Para acabar com o julgamento de todes – pré-julgamentos podem criar obstáculos ao cuidado

Ao começar a escrever os próximos parágrafos, sobre uma moça chamada Gabriela, lembrei tanto dos julgamentos que fiz quanto dos que usuários e trabalhadores fizeram a meu respeito durante a pesquisa. Em algumas situações, foi necessário convencê-los de que eu não estava na UBSF como um fiscal do prefeito. Tais pensamentos despertam em meu corpo inquietações sobre como os pré-julgamentos sobre os outros e sobre nós, apresentam-se como obstáculos à produção do cuidado.

Isso levou minha lembrança a um texto vigoroso, que me afeta bastante com sua intensidade, em que é transcrita a transmissão radiofônica "Para acabar com o julgamento de deus", realizada por Artaud (como autor e narrador) e por alguns de seus amigos (Roger Blin, Marie Casarès e Paule Thévenin) (Artaud, 2016).

Artaud, em um dos trechos, me desacomoda e diz, “É deus um ser? Se o for, é merda. Se não o for, não é. Ora, ele não existe a não ser como vazio que avança com todas as suas formas, cuja mais perfeita imagem é o avanço de um incalculável número de piolhos. "O Sr. está louco, Sr. Artaud? E então a missa? Eu renego o batismo e a missa. Não existe ato humano no plano erótico interno que seja mais pernicioso que a descida do pretensu Jesus-cristo nos altares. Ninguém me acredita e posso ver o público dando de ombros, mas esse tal cristão é aquele que, diante do percebejo, deus aceitou viver sem corpo quando uma multidão descendo da cruz à qual deus pensou

tê-los pregado há muito tempo, se rebelava e armada com ferros, sangue, fogo e ossos avançava desafiando o Invisível para acabar com o JULGAMENTO DE DEUS” (Artaud, 2016), s.p.).

Sinto-me desconfortado por este texto, pois, em meu trabalho na USF, ao cuidar, julgo excessivamente os usuários, esperando comportamentos destes com base em “ideais” de bem e mal tão difundidos pela doutrinação cristã e incorporados em minha formação na infância.

Em um dos encontros nas USF surgiram em mim conflitos entre ética, moral e julgamentos. Gabriela, moça bonita, 30 anos, vivendo com esquizofrenia, mãe de um menino, acompanhada por um homem de meia idade que se apresenta como primo. Minhas construções éticas e a moral produziram em mim revolta com os relatos de profissionais da USF de que naquela relação havia exploração sexual de alguém que possui problemas psiquiátricos. Pode parar, Sacadura! Seu julgamento é baseado em suas concepções éticas, na moral vigente e nos relatos, o que lhe dá o direito de fazer isso em relação ao outro no encontro? Eu não vivo a vida do outro, e essa incapacidade me leva a tentar enquadrar a vida do outro à minha. Me pergunto o quanto nós, trabalhadores de saúde, fazemos isso a todo momento ao tentar cuidar. Prescrevemos, além de tratamentos, nossos julgamentos, parâmetros morais e éticos ao outro, deixando nos levar pela moral vigente. Julgamos e oprimos o outro na tentativa de suprimir suas possibilidades de existir. Um jogo de força e poder (Fragmento do diário cartográfico).

Na conversa que tive com a técnica de enfermagem, Renata, sobre Gabriela, pude perceber que, a todo momento, a trabalhadora julgava o comportamento e a vida de Gabriela. Isso gerava obstáculos ao encontro entre elas, que se mantinham em mundos paralelos, dificultando a produção do cuidado.

Deleuze me diz que Spinoza trata disso tudo concretamente. Na moral, há sempre a operação seguinte: você faz alguma coisa, você diz alguma coisa, você julga por si mesmo, é o sistema do duplo julgamento, você julga a si mesmo e você é julgado. “Aqueles que têm o gosto pela moral, são os que têm o gosto pelo julgamento” (Deleuze, 2019, p. 137). No julgamento, há sempre algo, um valor (que é fundamental ao sistema de julgamento), o qual se encontra sempre superior ao ser. Esses valores, quando encarados como superiores, na moral, são usados como referência para julgar (Merhy; Ceccim, 2009). A produção do cuidado baseado em certezas e atrelado estritamente aos valores e à moral, é capaz de nos petrificar, paralisar ou imobilizar.

Os valores, as morais, as pátrias, as religiões e essas certezas privadas que nossa vaidade e a nossa complacência para conosco generosamente nos outorgam, são outras tantas moradas enganadoras que o mundo arranja para aqueles que pensam manter-se firmes e em repouso entre as coisas estáveis. Eles nada sabem dessa imensa ruína para a qual vão indo, ignorantes de si

mesmos, no monótono burburinho dos seus passos cada vez mais rápidos que os levam impessoalmente num grande movimento imóvel (Deleuze; Guattari, 2010, p. 453).

Deleuze diz que na ética é diferente, pois você não julga aquilo que alguém faz ou diz, pois você não faz uma relação com valores. Na perspectiva da ética, o que importa é como o feito ou dito se relacionam ao modo de existir.

O ponto de vista de uma ética é: de que és capaz, o que podes? Onde, retorno a esta espécie de grito de Spinoza: o que pode um corpo? Não sabemos jamais por antecipação o que pode um corpo. Não sabemos jamais como se organizam e como estão envolvidos os modos de existência em alguém. Spinoza explica muito bem tal ou tal corpo; este não é jamais um corpo qualquer, é o que você pode, você (Deleuze, 2019, p. 138).

Não se tenta aqui estabelecer uma dicotomia entre ética e moral, nem tampouco se livrar da moral estabelecendo a utopia de uma relação puramente ética. A constituição de relações entre as pessoas e do cuidado consigo e com o outro se dá em meio a um campo de práticas morais e de relações de poder, sendo a ética exercício constante em meio a essas práticas, e não como algo a ser atingido (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018).

Há diversas maneiras de se constituir, de se modificar, de resistir, e de se relacionar com preceitos morais e dar uma forma à nossa existência, pensando a ética como forma de interrogar os códigos morais preexistentes, propondo novas formas de nos conduzirmos. Dessa forma, a ética passa a ser uma atitude crítica permanente de reinvenção de si mesmo nas relações (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018).

Conversando com Gabriela, não consigo captar quais desejos ela carrega consigo, nem o quanto os exploradores desejam perpetuar sua doença mental. É confuso para mim estabelecer quem seria o explorador e o explorado, pois os papéis se invertem a todo momento. Neste encontro com Gabriela e seu primo, eles pareciam, para mim, estrategistas, em movimentos de subjugação mútuos dos corpos um do outro, com suas construções éticas e morais dispostas ali a todo instante. A ética, quando se pretende cuidar do outro nos encontros, deve ser encarada como liberdade que se dá ao outro para cuidar de si.

Foi um encontro que resultou em mim muitos desconfortos em relação à exploração do outro, pois, além da relação de Gabriela com o primo, me senti explorador da sua vida para produzir a pesquisa. Tentei me convencer de que não

estava explorando aquela situação, argumentando comigo mesmo que estaria ali pautado pela ética, mas, ora, qual ética estava considerando, a minha ou a dela?

O quanto e até quando “serve” um corpo aos desejos do outro? Controle e subjugação do corpo do outro vestidos de cuidado e a terapêutica medicamentosa, contribuindo para a escravização e o controle sobre seu mundo. Medicações que “chumbam” a pessoa, estando a serviço do explorador que a conduz rotineiramente à farmácia da USF para pegar os medicamentos.

Ora, a vida dela é: esquizofrenia, alcoolismo, uso de drogas, filho abandonado na rua, risco de contrair IST e dinheiro do primo em troca de possíveis “favores sexuais”. Essa relação com o primo (que dizia estar ali para a proteger) foi incapaz de afastá-la destes riscos e, aparentemente, produziu mais um abismo (Nietzsche, 2001) em sua vida.

Há riscos? Sim, muitos, e existe também uma possibilidade de vida. A equipe de saúde da ESF deveria ser capaz de lidar com outras possibilidades de vida, desterritorializando-se e desapegando de parâmetros morais e pré-julgamentos que acabam por dificultar o cuidado na existência do outro. O quanto nós, trabalhadores de saúde, como juízes ou deuses da saúde, no encontro, julgamos a vida do outro? Ao agir assim, apegados a preceitos morais, criamos obstáculos à produção do cuidado.

O parágrafo anterior mostra que aquilo que experienciei e as narrativas da equipe de SF me levaram, infelizmente, a julgar e a tentar definir Gabriela. Deleuze me desacomoda ao dizer que deveria me tornar mais permeável às experiências em explorações das coisas, que não têm nada a ver com a essência. Devo visibilizar as pessoas como potência e defini-las pelo que elas podem (Deleuze, 2019).

As práticas dos trabalhadores da saúde são, por vezes, baseadas em pré-julgamentos, com busca de situações de vida consideradas “ideais”, mas inviáveis e irreais para o usuário. Como a equipe de SF pode se tornar permeável e **avançar** se desvencilhando de uma produção de “mais do mesmo” e promover **revoluções** nas práticas de cuidado que atualmente fazem parte do cotidiano das USFs e que pouco produzem cuidado?

5.13 O certo e o errado: desejos e outros mundos do outro

Observo dois ACS conversando e torcendo para que uma gestante que aguardava consulta de pré-natal não morasse em suas áreas. Isso desperta

minha curiosidade e vou conversar com essa gestante. Marta, 37 anos, mãe de 10 filhos, todos vivos, não sabe como será o pré-natal nesta unidade e afirma que os outros pré-natais foram 'como sempre' e reclama da assistência prestada pelos hospitais nos partos anteriores. Penso: Está explicada a aparente repulsa dos ACS em relação à usuária. Talvez fosse a eterna tentativa de permanecer na zona de conforto se livrando de problemas, e, na sequência, me pego novamente tentando explicar e julgar comportamentos (dessa vez, dos ACS). Engravidou para atender o desejo do atual marido que não tem filhos. Lembro de Nietzsche falando sobre servidão. Tento, mas não consigo parar de julgá-la. Ela parece tranquila em relação à gestação e à sua vida dizendo que é normal cuidar de 10 crianças. Intranquilo fico eu. Surgem em mim conceitos de responsabilidade em relação às crianças, comento sobre métodos anticoncepcionais nos quais ela afirma não confiar. Deleuze diz que a tarefa da filosofia é construir conceitos. Me deparo com minhas construções de conceitos aparentemente dissonantes dos dela, percebo que nossas construções são diferentes, apenas isso, não há certo e errado. Certo e errado não existem (Fragmento do diário cartográfico).

O encontro com Marta desencadeou em mim dúvidas e novas percepções sobre minhas construções do que seria certo ou errado no cuidado em saúde. Percebi que no intenso campo de disputas configuradas pelos trabalhadores da saúde, às vezes, não se disputa o usuário para tratar/cuidar, e sim para saber quem não vai cuidar dele. Uma competição equivocada que se afasta da ética e da vida do outro.

Noto que a atitude estritamente científica, prescritiva e as tecnologias duras e leve-duras (Merhy, 1997) adotadas nas rotinas da ESF baseiam-se em conceitos dicotômicos de certo e errado, e eu escolho resistir a essa dicotomia. Prescrevem o que, aparentemente, é certo, mas desconsideram as construções do outro, imputando-lhe o papel do errado. Em minha conversa com Marta, ao dizer que não confiava nos métodos contraceptivos, ela citou uma prima que havia tido problemas de saúde com o uso de DIU. Cuidado não é prescritivo, é construído nas diversas possibilidades de existência. Deleuze e Guattari (2010) colocam o desejo como produção, e não como falta de algo: cuidado tem a ver com desejo. Quais desejos estariam envolvidos nos encontros entre profissionais de saúde e usuários? Quais os desejos de Marta? O que as pessoas buscam nos encontros? Quais as possibilidades de intervenção para produção de encontros cuidadores?

Neste dia, no qual encontrei Marta e seus desejos, instigado pelas afecções desse encontro, registrei no diário cartográfico que, se o desejo e cuidado são produzidos, me parece que a predominância da utilização das tecnologias leves (Merhy, 1997) nos encontros seria mais apropriada, pois aquelas permitem subjetivações, já que não possuem a rigidez pré-formatada das tecnologias duras e leve-duras. Talvez seja necessária a **criação** (ou reformulação) de algumas propostas

de EPS para que esta, com seu potencial transformador, possa agenciar trabalhadores das equipes de SF a práticas que considerem o processo de produção dos desejos dos usuários-cidadãos-guias na construção do cuidado.

Mas como os trabalhadores e usuários podem **avançar enfrentando forças** instituídas que ignoram o desejo e a **produção de vida na diferença**, forças que tentam **disciplinar**, formatar, normalizar, e tirar-lhes **autonomia**? Como estabelecer processos que **revolucionem** o agir em saúde e produzir cuidado? Como **enfrentar** tudo isso? Talvez a **fuga** seja o melhor **enfrentamento**... mas como enfrentar algo com **fuga**? Pode parecer contraditório, mas não é.

5.14 As linhas de fuga do desejo como revolução

Deleuze e Guattari (2010) nos brindam, de forma genial, ao observarem que as linhas de fuga são **revolucionárias**, singularmente criadoras e positivas. Corajoso é aquele que **foge** ao invés de viver quieta e hipocritamente em ilusórios abrigos. Os valores, as morais, as pátrias, as religiões e essas certezas individuais são também moradas que nos enganam e que o mundo à nossa volta arruma para aquelas pessoas que tentam se manter em repouso em um mundo estável. Dessa forma, sem estabelecer linhas de fuga, as pessoas vão caminhando de forma impessoal em um enorme movimento imóvel (Deleuze; Guattari, 2010), ou seja, continuam a fazer “mais do mesmo” no ilusório refúgio conformista de suas vidas: “Não há revolução conforme o interesse das classes oprimidas se o desejo mesmo não tiver tomado uma posição revolucionária mobilizando as próprias formações do inconsciente” (Deleuze, 2008, p. 30).

Vários caminhos poderiam ser seguidos para constituir linhas de fuga nas equipes de SF, dentre estes, a arte. Estamos em um mundo onde cientistas, artistas e a própria arte estão constantemente sob jugo do capital e de suas formas de financiamento (Deleuze; Guattari, 2010) – o que poderia os colocar a serviço do capital. Mesmo assim, a arte, com seu potencial revolucionário e criador é capaz de criar cadeias de decodificação e de desterritorialização que fazem funcionar máquinas desejantes. As territorialidades são atravessadas por linhas de fuga em movimentos de desterritorialização e reterritorialização.

Poderíamos utilizar a potência da arte no processo de aprendizagem para a invenção de si e de mundos outros. A partir da arte, a aprendizagem se efetua, pois a

arte não se limita aos parâmetros da solução de problemas e da adaptação, mas envolve uma aprendizagem permanentemente **criadora** e transformadora, algo sempre inacabado como característica própria. O aprendizado da arte não se limita a produzir respostas, e o aprendiz-artista não é aquele que fica repetindo uma resposta ou uma regra definida, mas é capaz de se reinventar e produzir novos mundos, em uma tensão permanente entre a invenção de problemas e a solução de problemas (Kastrup, 2005).

Lembro aqui o relato de alguns trabalhadores sobre dificuldades em mudar formas já instituídas de assistência ou cuidado ao usuário. O difícil ou o aparentemente impossível estão sempre presentes, são também produções desejantes e fazem parte do processo de criação do cuidado. Deleuze nos diz que a **criação** surge na caminhada entre as impossibilidades. O criador cria, ao mesmo tempo, as impossibilidades e o possível; sem as várias impossibilidades, não se consegue estabelecer linhas de fuga. É assim que se constitui a criação (Deleuze, 2008).

Não são as linhas de pressão do inconsciente que contam mas, ao contrário, suas linhas de fuga [...]; não é o inconsciente que pressiona a consciência, mas a consciência que o pressiona e garroteia para impedi-lo de fugir (Deleuze; Guattari, 2010, p. 449).

Fugas ocorrem rotineiramente nos territórios existenciais, o inconsciente produz linhas de fuga a todo instante, e as eSF, às vezes, tentam garroteá-las. O exercício da autonomia do usuário, ao fugir do comportamento que a eSF espera dele, deveria ser capaz de produzir questionamentos nas equipes de saúde sobre seu papel e suas abordagens no cuidado ao usuário.

Marcos, 27 anos, com distúrbio psiquiátrico, entra na USF e desacomoda cinco trabalhadores, sendo que três dirigem-se à residência do mesmo para tentar encontrar solução para um problema de agendamento. Não o encontram em casa. Voltam frustrados pois não conseguem resolver a situação do usuário. Relatos dos trabalhadores de saúde na USF sobre o usuário dizem que sua mãe faleceu há um ano e cuidava dele sem lhe dar autonomia e que atualmente ele vaga pela cidade ao longo do dia, sendo este nomadismo a causa do pouco contato da eSF com ele. Me pergunto o que é autonomia, pois esse nomadismo parece demonstrar extrema autonomia após a quebra da aparente dependência com o óbito de sua mãe (Fragmento do diário cartográfico).

Essa conversa produziu a sensação de que havia na equipe de SF um aparente equívoco em relação ao conceito de autonomia. A equipe desconsiderava que, na relação de Marcos com a mãe, talvez ele estivesse exercendo plenamente sua autonomia. Precisavam conhecer mais os mundos de Marcos e, assim, quem sabe, ressignificassem seu conceito de autonomia.

O usuário possui autonomia, que talvez seja desconsiderada quando nos propomos a cuidar do outro. Possivelmente, o conceito de autonomia da equipe de SF esteja dissociado da perspectiva de outros modos de viver a vida. Marcos sempre teve sua forma de exercer **autonomia** (mesmo quando sob o mesmo teto que a mãe) e, após a morte da mãe, estabeleceu outras **linhas de fuga**, produzindo outras formas de exercer sua autonomia, de modos de cuidar de si e de viver que diferem das experiências anteriores à morte da mãe. E isso ocorreu independentemente da vontade da equipe de SF.

Quando a mãe estava viva, talvez estivesse em um espaço de disputas familiares sujeito a permanentes tentativas de captura da produção de seus desejos. Ou, ainda, certos afetos e afecções o levavam a permanecer junto a ela. Muitos de nós, ao cuidar, fazemos como a mãe desse usuário e criamos relações de dependência. A autonomia compõe o cuidado, e este deve ser libertador.

As relações entre as pessoas devem ser conduzidas com práticas de liberdade, e não com práticas de controle e rebaixamento da autonomia do outro e de nós mesmos (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018). Relações que permitam a produção de linhas de fuga.

Fuga não significa fugir do lugar, desistir ou abandonar o enfrentamento, mas sim um movimento de luta pela liberdade sem sair do lugar da situação. Fuga significa fugir para dentro do enfrentamento (Mendes, 2016).

O cuidado está nesta perspectiva de produção de linhas de fuga na micropolítica do encontro entre trabalhador e usuário em saúde, nos quais podem ocorrer possibilidades imprevistas, incalculáveis, a partir de “bons encontros” (Moebus, 2011).

Registrei no diário cartográfico conversas com trabalhadores de saúde na USF, onde observei que alguns deles percebiam a doença relacionada às várias formas de existir, e o cuidado como aquilo que possibilita diversas possibilidades de reexistir. Conversamos sobre o cuidado como promotor das diferentes possibilidades de reexistir dos usuários em seus próprios universos, e não nos mundos impostos pelos

outros. O cuidado como prática de libertação. As imposições tornam profissionais de saúde e usuários dependentes, e escravizam. Cuidado que impõe saberes cristalizados sobre a existência do outro é cuidado que oprime, disciplina, escraviza, pune – e punições mútuas entre trabalhadores e usuários acontecem todos os dias. Saúde é resistir e reexistir.

Mas não só de **linhas de fuga** e **autonomia** do usuário depende o cuidado, há também a necessidade das linhas de fuga e do exercício da autonomia do trabalhador.

Tudo ao mesmo tempo agora. Ademir, 40 anos, órfão, internação escolar, abandono, alcoolismo, drogas, comunidade terapêutica religiosa, esquizofrenia, internação psiquiátrica, quando criança sofreu agressões físicas, abuso sexual, agressivo, hanseníase, tuberculose. Fui encontrado por essa vida descrita acima, de surpresa, na sala da pré-consulta e conversei com ele e com quem, na USF, cuida e acolhe essa forma diferente e arriscada de viver. Sua vida autônoma e nômade despertou minha curiosidade, o que me levou a conhecer o barraco de madeira, em uma praça, onde permanece durante o dia com seus amigos, que possuem várias condições semelhantes às dele. Duas vidas já foram perdidas para a COVID-19 entre seus amigos da praça, mas ele parece ser resistente à doença, me impressiona sua persistência na existência com tudo que já passou e ainda passa. Volto a lembrar do *conatus* de Spinoza, e de Deleuze dizendo que exercemos nossa potência em sua plenitude. Como é forte essa pessoa que encontrei! Quanta potência nesse encontro! Tenho medo de que me agrida e de contrair COVID-19, pois a todo momento toca em meu braço, mas não consigo e nem tento sair dali. Fui afetado por sua potência, que talvez tenha sobrepujado a minha. Tento guiar a conversa, mas é infrutífera minha tentativa, pois é ele quem me guia com frases sem aparente nexo, quando diz ter ido para os EUA comprar granadas. Lembro-me do usuário-guia e do louco muito louco de Merhy (Gomes; Merhy, 2014). Reclama comigo que vai ao CAPS, só lhe dão remédios e não ouvem o que ele tem a dizer. Estamos surdos ao diferente, só ouvimos o mesmo e, obviamente, desde que esteja normalizado. É lamentável essa nossa triste vida restrita! (Fragmento do diário cartográfico).

Esse encontro me permitiu, em vários momentos, me transportar para o mundo de Ademir. Tentava falar, mas preferia ouvi-lo. Foram momentos muito intensos de medo e preocupação com o desfecho daquele encontro, pois não estou habituado a lidar com pessoas com sérios distúrbios psiquiátricos. Tinha receio de não saber lidar com aquele encontro e que pudesse ser agredido, pois ele demonstrava certa hostilidade ao falar. Felizmente, o desfecho foi tranquilo e produtor de muitos questionamentos em mim.

Naquele momento, ao experienciar o mundo de Ademir, eu estava fugindo do arcabouço estrutural solidificado de minha existência e isso passou a me constituir como um modo diferente de existir, me compondo como uma partitura com novas notas de uma música. Espero, a partir dos vários encontros desta pesquisa, passar a

tocar e cantar novas músicas, as quais possam produzir linhas de fuga, mais vida e alegria nas vidas de outres.

Ademir aparentava ser uma “sobra vivente” que teria conseguido se tornar sobrevivente. No entanto, ele tinha conseguido ir além dessa condição, tornando-se um supravivente¹³, ao ser capaz de driblar a condição de exclusão, afirmando a vida como uma política de construção de conexões existenciais entre o ser e o mundo. O salto fundamental entre a sobrevivência e a supravivência deve ter demandado para ele várias estratégias e táticas utilizadas nas lutas de sua vida pelo encantamento¹⁴ do mundo (Simas; Rufino, 2020).

Para a maioria dos seres que não experimentam o mundo a partir dos alpendres da Casa Grande, das sacadas dos sobrados imperiais e das salas de reunião de edifícios de grandes corporações, cabe entender o encantamento como ato de desobediência, transgressão, invenção e reconexão: a afirmação da vida, em suma (Simas; Rufino, 2020, p. 6).

As linhas de fuga permitiram que Ademir se tornasse um supravivente, indo além de todas as imputações nosológicas que tentavam atribuir a ele; suas construções de conexões existenciais e diferentes formas de conduzir sua vida produziam cada vez mais vida. Em nosso encontro, Ademir produziu mais vida em mim. Obrigado, Ademir.

Nos caminhos da pesquisa, tive o privilégio de encontrar pessoas encantadas como Ademir, que me impressionou pela forma radical de viver, mostrando como a vida pode nos surpreender ao converter estados difíceis de “enfermidade” em vontade de viver. Aquela era uma história rica e singular que deveria ser ouvida, e a equipe de SF, ao se disponibilizar a ouvir, poderia iniciar relação de confiança consistente e estabelecer processos de cuidado e projetos terapêuticos singulares.

Se ouvíssemos, poderíamos aprender tanto sobre a vida do outro, que também é nossa. A impressionante potência no existir daquele rapaz produzia muita vida e me mostrou o quanto o aprender se dá no cotidiano do serviço. O quanto de aprendizado e de educação da vida temos nesses momentos.

¹³ Supraviventes, para Simas e Rufino (2020), são aqueles capazes de driblar a condição de exclusão, afirmando a vida como uma política de construção de conexões entre o ser humano e a natureza.

¹⁴ O conceito de encantamento, para Simas e Rufino, é o “princípio da integração entre todas as formas que habitam a biosfera, a integração entre o visível e o invisível (materialidade e espiritualidade) e a conexão e relação responsiva/responsável entre diferentes espaços-tempos (ancestralidade). Dessa maneira, o encantado e a prática do encantamento nada mais são que uma inscrição que comunga desses princípios” (Simas; Rufino, 2020, p. 7).

O professor e a sala de aula estavam ali, na minha frente. Como as equipes de saúde desperdiçam esses momentos de aprendizado ao repelirem as multiplicidades, que aparecem encarnadas como problema. É no encontro de aparentes problemas que estão as soluções, não só para o outro, mas também para nossas vidas; felizmente, temos aqueles que aprendem, ensinam e cuidam.

Agendei um encontro e tive a oportunidade de conversar com Solange, que acolhe e cuida de Ademir quando ele procura a USF, a quem Ademir chama de mãezinha. Nessa conversa, conheci um pouco de quem cuida e percebemos, juntos, que, naquele momento, conversando, estávamos produzindo cuidado mútuo, que usuários também produzem cuidado em nós e que o encontro pode produzir cuidado e descuidado, sendo essa diferença, às vezes, imperceptível.

Lembramos de uma antiga funcionária, muito ríspida (odiada por muitos naquela unidade de saúde), mas que, mesmo com sua truculência verbal, produzia cuidado, apesar de transparecer descuidar. Essa lembrança nos levou a pensar que não há um perfil de comportamento predeterminado no cuidado, somos múltiplos, e o cuidado também o é. Isso nos levou a considerar que existem inúmeras possibilidades de cuidar e ser cuidado, e que a vivência do cuidado na vida de Solange poderia ter contribuído para que se tornasse uma pessoa cuidadora. Cuidar como permanente devir.

Em um trecho de minhas anotações no diário cartográfico, pergunto para Solange como achava que havia surgido essa pessoa cuidadora. Ela me relatou que tinha tido o exemplo do pai e que frequentava assiduamente a igreja. Discordei, dizendo que a pessoa cuidadora já estava pronta quando chegou à igreja (Ah, Sacadura! Como se houvesse algo ou alguém pronto). Afirmei que a igreja e a unidade de saúde seriam apenas locais para o exercício do cuidado e que a instituição não moldaria a pessoa para o cuidado.

Nas conversas com Solange, percebi que, em relação ao cuidado dispensado a Ademir, ela distinguia-se dos demais trabalhadores da USF, pois demonstrava compreender o modo de Ademir viver a vida (e sua relação com as afecções que marcaram seu corpo na sua trajetória), seus desejos, aflições e o que esperava da USF. Os demais trabalhadores julgavam Ademir a todo instante. Diante de histórias que Solange contou sobre Ademir, chegamos, em determinado momento, a marejar nossos olhos com lágrimas; o choro mútuo vinha da lembrança de como somos cruéis

ao pré-julgarmos os outros (talvez nosso choro seja sinal de arrependimento pessoal) e como esses julgamentos podem atrapalhar a produção do cuidado nos encontros.

Solange diferenciava-se dos demais trabalhadores ao estabelecer **linhas de fuga** nos encontros com Ademir, e isso produzia outras possibilidades de cuidado nos vários mundos que Ademir carregava consigo. Ela exercia sua potência em prol de sua **autonomia** e de Ademir, fugindo das tentativas do instituído que a todo momento procurava capturar suas produções desejantes (e as de Ademir). Mas como surgem "Solanges"?

5.15 O cuidado e os cuidadores como criação – a micropolítica e a potência dos encontros

Durante as quarenta visitas às unidades de saúde, sempre fiquei curioso para descobrir como surgem pessoas que cuidam e por que uns cuidam mais ou melhor do que outros. De onde surge o cuidado?

Perguntei para vários usuários e profissionais de saúde e obtive respostas como: é uma vivência pessoal, recebi amor e carinho, fui cuidada por alguém e assim transmito o que recebi, tenho empatia, recebi qualificação institucional para isso, etc. Continuo intrigado. Todos esses fatores colaboram para o cuidado, mas não são capazes de produzir cuidadores. Deve haver algo mais. Por que alguns cuidam e outros descuidam? Por que estes que cuidam, às vezes, descuidam?

Após concluir minhas visitas, lembrei-me de algo que havia lido de Deleuze e Guattari em "Mil Platôs", dizendo que as linhas de fuga são o mais difícil e que certos grupos, certas pessoas, não as têm e não as terão jamais (Deleuze; Guattari, 1997). Talvez, essa seja uma boa pista para a resposta que tanto procuro. O cuidado como linha de fuga, uns têm e outros não. Difícil, talvez complexo, mas produziu em mim inquietação e a sensação de imobilidade, como se não houvesse nada a fazer para tornar cuidador aquele que não produzisse linhas de fuga. Estaria o produzir cuidado e os cuidadores ligados à essência de quem cuida? Como fugir dessa armadilha do pensamento? O que nos diferencia?

Deleuze me acalma ao dizer que todos os existentes possuem uma quantidade diferencial, que é a potência. Eles têm mais ou menos potência. A ética não nos fala de essências, pois não acredita nas essências, ela só nos fala da potência; ou seja, das ações ou paixões das quais algo é capaz. "Não o que a coisa é, mas o que é

capaz de suportar e é capaz de fazer” (Deleuze, 2019, p. 140). Ufa! Somos capazes, não estamos imobilizados em nossas “essências”. Somos potência e podemos produzir cuidado com nossas potências.

Mendes (2016) cita que os argumentos de Spinoza colocam a diferença das coisas acima de tudo e que, para cada coisa vinda da diferença, há uma forma singular de agir pela potência. No seu dia a dia, o trabalhador da saúde, ao não saber o que irá encontrar em seu local de trabalho e na ação de cuidado, tem sua potência de agir acionada, em relação a si, bem como em relação a seus colegas de trabalho e principalmente em relação àqueles de quem vai cuidar (Mendes, 2016).

Cuidar é exercer a sua potência e furar o muro em busca da vida. Mas de quais **estratégias**, mecanismos e máquinas de guerra dispomos para lidar com máquinas desejantes, linhas de fuga, provocar processos de subjetivação mexendo com o inconsciente para a produção do cuidado? Como provocar **intercessões** que modifiquem o processo de trabalho e produzam cuidado nos encontros entre trabalhadores e usuários nas unidades da ESF?

O plano formal da política não é o único elemento definidor do funcionamento de uma unidade de saúde, pois sempre existirão tensões e enfrentamentos que irão determinar as práticas do cuidado. Nos encontros entre gestores, trabalhadores e usuários, os campos de forças das relações irão estabelecer subjetivações e tensionamentos no cotidiano das existências. Portanto, torna-se fundamental entender o processo de trabalho em suas relações, como uma micropolítica, analisando as disputas e produções dos diversos atores no mundo do cuidado (Abrahão *et al.*, 2016).

“Tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica” (Deleuze; Guattari, 1996, p. 90). Entretanto, a macropolítica possui baixa potência, pois não alcança a perspectiva da micropolítica nas experiências do dia a dia. Dessa forma, deve ser buscada essa micropolítica dos encontros e seus processos que produzem novas significações para a vida e conhecimentos (Merhy *et al.*, 2016).

Em suas reflexões, Merhy e Malta (2003) demonstram a necessidade de abordagem da micropolítica quando se pretende implantar mudanças no processo de trabalho em saúde. Os autores demonstram a importância dos conceitos do trabalho vivo (trabalho em ato, trabalho criador), trabalho morto (produtos-meio, ferramentas que são oriundas de um trabalho vivo anterior e utilizadas para realizar um outro

trabalho) e de ruído. Ainda, descrevem o ruído na micropolítica do trabalho em saúde como a ruptura com a lógica funcional, e que, apesar de ser normalmente percebido como algo disfuncional, deve ser encarado como processo instituinte capaz de interrogar o instituído e de mostrar novos caminhos, desde que estes ruídos possam ser absorvidos e compreendidos.

Ademais, os autores ressaltam que, no processo de trabalho, existem disputas, no ambiente micropolítico, entre o que está instituído pelo trabalho morto e o trabalho vivo em ato. Logo, a transformação do processo de trabalho na sua micropolítica apresenta-se, possivelmente, como o espaço mais adequado para mudanças de um modelo hegemônico médico centrado para outras possibilidades mais resolutivas e de compromisso com a vida (Merhy; Malta, 2003).

Considerando as diferenças das vivências e as complexidades das relações humanas desses atores, presume-se que sejam capazes de conviver, pactuar, administrar conflitos e desenvolver autoanálise; entretanto, lidar com a diferença é mais difícil que lidar com o igual (Guattari, 2001). Logo, torna-se necessário produzir acordos que possam sofrer alterações, que sejam provisórios e criativos (Almeida; Merhy, 2020).

Somos potências individuantes, e não nos restringimos às configurações de igualizações. Possuímos diferenças que criam singularidades intensificadoras da vida, acelerando processos que promovem o novo, expandindo as formas de viver (Fuganti, 2016).

Nesse contexto, cabe retomar Deleuze, sobre os trabalhos de Espinosa, ao abordar o tema das relações e dos encontros, afirmando que um corpo se constitui pelas suas relações, o qual não pode ser separado de um poder de ser afetado, sendo sua potência relacionada aos limites deste poder e a sua natureza. Menciona um tipo de encontro em que um corpo, cuja relação se compõe com o outro, aumentando a potência de agir. As mudanças das existências não são explicadas somente pela sua natureza, pois são afetadas pelas existências exteriores, sendo cada indivíduo conformado pelas relações experimentadas (Deleuze, 2017).

Até o presente momento, nesta dissertação, diferentes e potentes conceitos e pensamentos foram problematizados e demonstraram possuir muitos aspectos em comum, passíveis de interligação. Assim, fazendo analogia da abordagem de Deleuze e com os conceitos e pensamentos outrora problematizados, surgiu a ideia de experienciar, nos encontros, a composição desses potentes conceitos, criando-se a

perspectiva de construção de uma máquina provocadora de desacomodações e subjetivações que sejam capazes de promover transformações no processo de trabalho e no cuidado.

5.16 Alguns caminhos para ressignificação e mudanças nas práticas de cuidado

Dentre os variados pensamentos e conceitos problematizados por meio da leitura e diálogo com os autores presentes nessa narrativa, associados às experiências e afecções produzidas em meus encontros nas USFs, percebi a necessidade de pensar em caminhos que contribuam para a **transformação** do modelo de cuidado, baseando-se na utilização preponderante de tecnologias leves em relações **intercessoras**, com características de produção de cuidado integral centrado nos usuários.

A utilização de intercessores é essencial para a criação no processo interventivo, sem eles, não há criação e obra. Para criarmos e nos exprimirmos, devemos construir nossos próprios intercessores, entendendo a verdade (que a todo momento deve “falsear” com ideias preestabelecidas) como criação. Intercessores são a potência do falso produzindo o verdadeiro (Deleuze, 2008).

Conceitos são utilizados **como ferramentas intercessoras**, capazes de provocar problematizações, processos de subjetivação, produção de linhas de fuga, e mexer com o inconsciente para a produção do cuidado, de conhecimento e de novos processos de trabalho. **Conceitos-ferramentas** sendo utilizados como nova forma de formação em saúde no campo micropolítico do trabalho vivo em ato.

Conceitos podem funcionar como dispositivos de transformação do cotidiano. Assim, é possível a aplicação de **conceitos** como **ferramentas**, na mudança das práticas do cuidado. Dentre as várias definições, a EPS poderia ser utilizada como um **conceito-ferramenta** no campo de força dos saberes, capaz de produzir deslocamentos e novidades, não repetindo o que não faz sentido para as existências (Higashijima, 2021).

Com efeito, ao aglutinar as considerações elencadas nos parágrafos anteriores, nasce a possibilidade de utilizar conceitos como ferramentas-intercessoras na micropolítica dos encontros ao disparar processos de subjetivação nos encontros intercessores entre trabalhadores e entre estes e os usuários, que passam a buscar novas significações para o que acontece no cotidiano. As subjetivações surgidas

nesses encontros produzem processos de criação e transformações do sujeito coletivo (originado a partir dos sujeitos da ação), em um processo de instituição que é próprio do sujeito coletivo que foi formado (Merhy; Abrahão, 2014).

Mas de quais transformações estou falando? Quando se trata do cuidado em saúde, nestes 27 anos de trabalho no SUS, percebo que os trabalhadores de saúde continuam, na maior parte de suas atividades, fazendo mais do mesmo.

Não me parecem porosos e capazes de dar conta da inclusão de abordagens que considerem e deem a devida relevância à produção dos desejos, linhas de fuga, processos de subjetivação e que mexam com o inconsciente, em permanente processo de criação de cuidado e de mais vida. Nos encontros de máquinas desejantes, todos os aspectos problematizados ao longo desta dissertação são fundamentais para a produção de encontros cuidadores, sendo imprescindível sua inclusão nas práticas no trabalho vivo em ato.

Não há um inconsciente que esteja pronto; o inconsciente deve ser produzido politicamente, economicamente e historicamente. O que devemos questionar é: onde, em que circunstâncias e com auxílio de quais acontecimentos pode haver produção de inconsciente? Deleuze (2004) entende a produção de inconsciente como a mesma coisa que a produção de desejo em um campo social histórico ou o surgimento de enunciados de um gênero novo. Os enunciados produzidos em nós se devem às multiplicidades e aos agenciamentos que nos transpassam, que são interiores e que nós não conhecemos, pois fazem parte do nosso inconsciente.

Aposto no cuidado como um projeto ético-estético-político que se comprometa com a singularidade dos vários sentidos e possibilidades de vida do outro; produza mais vida nas vidas; reconheça as produções desejantes como máquinas de criação do desejo e do cuidado. Uma proposta que compreenda o cuidado como produção, e não como o suprimento assistencial de algo que falta a um órgão do corpo biológico (ao desejo, não falta nada; à máquina desejante, não falta algo).

São necessárias transformações nas práticas das equipes de SF a fim de que atuem com produção do desejo, linhas de fuga, processos de subjetivação, mexendo com o inconsciente em permanente processo de criação de cuidado e de mais vida, e não somente focadas na produção de atos técnicos protocolares que busquem puramente a cura das doenças e a “normalidade” do corpo biológico.

Nesse projeto de cuidado do outro na ESF, há de se ir além do complexo de Édipo¹⁵, o qual produz sujeitos resignados, castrados, dóceis, normalizados, culpados e faltosos, ou seja, edipianizados e sempre devedores. A edipianização esconde a produção desejante, encobre o potencial revolucionário do desejo, o qual possui a capacidade de pôr em questão a ordem preestabelecida pela sociedade (Lima; Bedê, 2020). O inconsciente transborda de produções criativas (Deleuze; Guattari, 2020), permitindo novas possibilidades de existir, reexistir e resistir ao instituído e que nos afastem de preceitos morais, políticos e religiosos que tentam interditar as produções desejantes, contribuindo para a construção do cuidado como produção desejante.

Nessa perspectiva, o desafio da equipe de Saúde da Família (eSF) é ir além do que está dentro de si, transpondo-se para mundos outros que produzam o cuidado que não esteja baseado na representação edipiana, a qual reduz o desejo a esse modelo generalizante, codificado, normativo, como se faltasse algo. Ao desejo e ao cuidado, não falta nada, não há nada a se buscar, mas a se produzir.

Aposto em outras possibilidades de abordagem para a produção do cuidado com fundamento em experimentações vivenciadas na singularidade dos encontros, trabalhando com os agenciamentos nos coletivos, fazendo escutar e falar, produzindo enunciados e cuidado. Essa é mais uma vista do ponto.

Assim, tornam-se necessárias ações que criem espaços de experimentação e subjetivação (nos quais se possa pensar junto com aqueles de quem cuidamos), que deixem trabalhadores e usuários livres e participantes para decidir sobre suas vidas, e, dessa forma, abrir caminhos para produção de mais vida, na micropolítica dos encontros.

Propõe-se a utilização, nestes espaços, de **conceitos** como os de **intercessores** (Deleuze, 2008), em que **corpos sem órgãos** (Deleuze; Guattari, 1997) serão capazes de conectar o ainda inconectável. Seriam espaços do imprevisível e de criação, onde diferentes **potências** e saberes podem conectar-se, constituindo-se em espaço filosófico de exercício do pensamento, de manifestação de mundos possíveis, sem subordinação entre trabalhadores e usuários e de seus saberes.

¹⁵ O complexo de Édipo postula uma formação universalizante para as pessoas (em graus diversos), baseada em desejos amorosos e hostis que a criança sente pelos pais e que desempenhariam papel essencial na orientação do desejo (Lima; Bedê, 2020).

Um exercício de produção do cuidado que preserve a autonomia dos trabalhadores e usuários em encontros transformadores, produzindo novos sentidos para a vida e existências com utilização preponderante das **tecnologias leves**.

Há de se provocar nos trabalhadores das equipes de SF a percepção de que o usuário não é somente alguém que usa o serviço de saúde e com um problema de saúde, mas também alguém que carrega consigo uma história de vida e possui suas **subjetividades, desejos e seus direitos. São usuários-cidadãos**. Trabalhadores que considerem os usuários-cidadãos, suas existências na diferença, seus direitos à vida, e que contribuam para que as existências de ambos saiam fortalecidas ao produzirem mais vida e liberdade no encontro cuidador.

A arte poderia entrar em cena. Quem sabe, possamos produzir ferramentas de produção do cuidado que considerem, conforme afirmam Deleuze e Guattari (1997), o potencial revolucionário e criador da arte e que, assim, os trabalhadores possam incorporar a arte às suas caixas de ferramentas, produzindo, nos encontros, intensos movimentos de desterritorialização, reterritorialização e o atravessamento por linhas de fuga.

A aposta é na produção do cuidado como exercício de experimentação em meio a processos singulares, com relações sempre inéditas que interroguem códigos homogeneizantes e que produzam pessoas em atitudes de reinvenção dos modos de relacionamento consigo, com os outros e com as verdades preestabelecidas (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018).

6 “CONCLUINDO” A PRODUÇÃO DESEJANTE

Com o propósito de atingir o objetivo da pesquisa, esta narrativa demonstra as experiências que tive sobre o cuidado a partir dos encontros cartográficos no trabalho vivo em ato na Rede Básica em duas Unidades de Saúde da Família de Campo Grande (MS).

As características de uma pesquisa que se propõe a experienciar o cuidado, estão intimamente ligadas às subjetivações e ao campo dos sentidos, assim, optei pela pesquisa cartográfica, pois esta possui atributos que me permitiram compreender processos de subjetivação produtores das existências envolvidas na produção do cuidado.

A cartografia foi capaz de produzir em mim novos significados e dar visibilidade a fluxos e interligações que ocorreram nos encontros micropolíticos do trabalho em saúde, permitindo investigar, acompanhar e experienciar processos de cuidado sem a presunção de representação dos acontecimentos vivenciados, tampouco de colocar tais vivências com trabalhadores e usuários como **objetos da pesquisa**.

Os recolhimentos da pesquisa colocam em destaque, na maior parte das experiências, o cuidado em saúde que objetifica os usuários, sendo produzido em **espaços** de disputa de poder sobre o corpo do outro. Predominou o que Foucault chamou de **estados de dominação** “nos quais as relações de poder, em vez de serem móveis e permitirem aos diferentes parceiros uma estratégia que os modifique, se encontravam bloqueadas e cristalizadas” (Foucault, 2004, p. 266). Isso dificulta o exercício da **liberdade** dos atores envolvidos no cuidado.

Para exemplificar o quanto somos suscetíveis a **estados de dominação**, podemos citar o pensamento cristão, imputado há séculos à nossa sociedade, o qual rompe com a possibilidade de pensar a **liberdade** que não seja vinculada ao Deus cristão – e não mais a si próprio. O cristianismo coloca a liberdade a serviço de Deus com a “verdade” não mais em si, mas em Deus. Assim, ao provocar a ruptura da relação de liberdade consigo e dificultar o governo de si, quem governaria seria o outro por meio de lógicas outras, diferentes das lógicas existenciais do próprio usuário-cidadão (Mendes, 2016).

Uma equipe de SF cuidadora não assujeita as pessoas a códigos preestabelecidos – com a produção de verdades que bloqueiam as relações entre trabalhadores e usuários – mas produz atos cuidadores que corroborem para o

exercício da autonomia das existências, permitindo o cuidar de si, de inventar outras formas de existir a partir de práticas não assujeitadoras (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018). O trabalhador de saúde cuida para que o usuário possa cuidar de si, gerindo seu próprio governo e sua **liberdade**.

Quanto mais o próprio usuário se tornar agente de sua **liberdade**, maior será sua autonomia no percurso da vida. Ao vivenciar essa autonomia, essa liberdade, cada vez menos será necessária a intervenção do trabalhador de saúde.

Esses estados de dominação citados – que são castradores da **liberdade** – foram experienciados em vários encontros (como os com Gabriela e Zilda) narrados nesta dissertação. Provavelmente, são habitualmente reproduzidos em outros encontros entre trabalhadores, usuários e entre estes, em relações de submissão e controle do corpo do outro, produzindo uma “liberdade repressora”, produtora de culpas, que tenta capturar o governo de si e a produção dos desejos. Isso precisa ser **mudado**.

Também tive a oportunidade de conhecer e vivenciar, encontros que produziram potentes espaços de **cuidado**, como os relatos de Solange de seus encontros com Ademir, em meu encontro com Felipe, bem como o da gerente e usuária no uso do celular particular. Nesses encontros, pude perceber a criação de linhas de fuga ao instituído, a criação de redes rizomáticas nas quais os desejos se entrecruzavam produzindo outras possibilidades de cuidado singularizadas, e talvez mais alinhadas aos desejos dos atores envolvidos na produção do cuidado.

Procurei, nesta dissertação, colocar em evidência as práticas do trabalhador de saúde e usuários nos encontros, e as relações micropolíticas estabelecidas entre estes, em que os territórios existenciais entram em disputa. Nesse **espaço micropolítico**, as ações dos sujeitos envolvidos podem se definir, bem como garantir aos sujeitos a **liberdade** ou a dominação na produção do cuidado.

É essencial que os **espaços micropolíticos** que vivenciei durante a pesquisa tornem-se permeáveis a processos que extrapolem a **formação** institucionalizada em saúde, pois tanto os trabalhadores quanto os usuários já estão **formados** por suas existências. Ninguém **forma** ninguém pois, **formar** alguém pode **formatar**, **conformar** e até **deformar**. O cotidiano do trabalho em saúde é um espaço contínuo de formação e aprendizado, com possibilidades inesgotáveis de encontros que promovem a **transformação** dos atores envolvidos no processo do cuidado, em um permanente tornar-se, em um eterno devir.

A administração dos **espaços** de poder nas relações, sem o abuso do poder sobre os outros permitiria não se tornar escravo do que somos e se reinventar com a possibilidade de uma produção singular da existência com outros modos de ver, ouvir, pensar e cuidar (Andrade; Givigi; Abrahão, 2018). Trata-se de relações mais simétricas e horizontais em encontros que produzam **transformações** nas pessoas com a criação de práticas de saúde que sejam mais cuidadoras e menos protocolares.

Precisamos produzir cuidado, e não vigilância e dominação sobre o outro, objetivando a vida, e não as normas, em encontros geradores de cuidado, acolhimento, emancipação e trocas, mediante processos de subjetivação que reinventem as possibilidades de existir e que enfatizem a produção de saúde como produção de subjetividades.

As narrativas e as experimentações dos meus encontros com os trabalhadores/as, usuários/as e com os autores que li foram o produto da dissertação. Compartilho os recolhimentos da pesquisa, minha vida, minhas afecções e afetos e os pensamentos que produzi ao longo do processo da pesquisa. É importante dar visibilidade e dizibilidade para a potência dos encontros e das tecnologias altamente relacionais na micropolítica do trabalho vivo em ato, tanto no sentido de composição ao aumentar a capacidade de existir, de agir e de **produzir cuidado e vida** na Rede Básica, quanto de decomposição ao diminuir a potência de existir (Deleuze, 2017), produzir repetição, interdição, docilidade, vigilância e controle sobre os corpos (Foucault, 1999).

Saúde e cuidado devem ser (e nem sempre são) **produção de mais vida** nas vidas, e não interdição, docilidade, escravização e controle sobre o outro. Ao desejar e escrever esta dissertação, lembrei-me da grande sala esfumada a que assisti em um vídeo (Clinicand, 2021) da Universidade de Vincennes, no qual Deleuze ministrava aula aos seus alunos. Imaginei esta dissertação como a reunião nesta sala, em uma grande conversa, com a presença de Spinoza, Nietzsche, Artaud, Foucault, Deleuze, Guattari, Merhy e tantos outros pensadores. “O Sr. está louco, Sr. Sacadura? E então a morte?”. Como poderiam habitar a mesma sala pessoas que viveram no século XVII com outras que vivem no século XXI e estão separadas pela morte? Responderei que é apenas minha produção desejante não se deixando capturar pela temporalidade da existência. Tolos são os que não resistem às tentativas de captura da produção do desejo, estabelecendo linhas de fuga! Tolos são os que pensam a morte como obstáculo à vida! Aquelas pessoas, de épocas tão distintas, não estão separadas pela

morte, mas sim unidas pela vida. Unidas por tudo que pensaram e escreveram sobre a vida ao longo de suas existências. São imortais, pois nos falam a todo instante sobre a vida. A vida os une e vence a morte! Viva a vida!

Certamente essa cartografia foi intensa em mim e, quem sabe, desloque, provoque ressignificações e pensamentos outros em alguns corpos com os quais encontrei ao longo da pesquisa e ainda encontrarei ao lerem minhas narrativas.

Não foi apenas a escrita de uma dissertação, mas a sua produção como fruto de meu desejo, assim como desejei todos os encontros e experiências ao longo do meu caminhar no mestrado. Esta dissertação é minha produção desejante que pretende se tornar máquina produtora de desejos para todes. Não tive a intenção de produzir algo somente para mim, mas que, além disso, também permanentemente produzisse desacomodações em outros mundos de outres.

No título deste capítulo, a palavra “concluindo” foi grafada entre aspas como forma de demonstrar a infinitude em mim de todo o processo do mestrado, que não se concluiu em meu corpo. Todos os afetos e as afecções ainda vibram intensamente em mim, entretanto tive de finalizar esta narrativa. Dessa maneira, esta dissertação não tem a pretensão de oferecer respostas, mas indagações, e nem se finda ou se conclui aqui nesta narrativa, pois pretende provocar a produção de desejos, e estes, como produção, não têm fim.

Espero que minha “narrativa desejante” produza espaços para novas indagações e inquietações em outros pesquisadores e leitores desta dissertação tais como: Quais caminhos seguir para estabelecer linhas de fuga que escapem ao instituído, que tenta nos normalizar e normatizar? Como aproveitar “a falha” como espaço produtor de novas possibilidades de produção do cuidado? Apesar da vida repleta de julgamentos, de quais julgamentos devemos nos afastar na produção do cuidado? De quais ferramentas e tecnologias em saúde dispomos para provocar mudanças e transformações dos trabalhadores de saúde e nas práticas de cuidado? Como priorizar os desejos na produção do cuidado? Como dar ênfase à vida e não à doença e à morte?

As respostas para essas indagações não estão prontas, pois não há – em algum lugar esperando que alguém as encontre – respostas feitas e universalizantes para a vida e para os modos de existir. Não deveríamos nos preocupar em produzir respostas, mas em produzir mais vida.

Como a vida não pode se tornar refém do conhecimento, o conhecimento produzido por esta dissertação possui a pretensão de estar a serviço da vida e, se isso ocorrer, será válida toda minha jornada.

REFERÊNCIAS

- O QUE É ser de esquerda (Abecedário - Gilles Deleuze). [S. l.: s. n.], 2018. Facebook Watch, 2018. 1 vídeo (6 min.) Publicado pelo canal Laboratório de Filosofia. Disponível em: <https://www.facebook.com/labfilo/videos/o-que-%C3%A9-ser-de-esquerdaabeced%C3%A1rio-gilles-deleuze/1151885418310451/>. Acesso em: 20 mar. 2022.
- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 18, n. 49, p. 313-324. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nV9LbfrSj7vnMfpZgG6mKfG/?lang=pt#>. Acesso em: 05 ago. 2021.
- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; TALLEMBERG, C.; CHAGAS, M. S.; ROCHA, M.; SANTOS, N. L. P.; SILVA, E.; VIANNA, L. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP JUNIOR, H. (orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 22-30.
- ALMEIDA, S. A.; MERHY E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 65-75, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 maio 2021.
- ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 22, n. 64, p. 67-76 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0643>. Acesso em: 19 set. 2022.
- ARTAUD, A. **Van Gogh: o suicidado pela sociedade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 2002. Disponível em: https://monoskop.org/images/0/08/Artaud_Antonin_Van_Gogh_O_suicidado_pela_sociedade.pdf. Acesso em: 07 abr. 2022.
- ARTAUD, A. Para acabar com o julgamento de Deus. **Escola Nômada**. São Paulo, 19 fev. 2016. Disponível em: <https://www.escolanomade.org/2016/02/19/artaud-para-acabar-com-o-julgamento-de-deus/>. Acesso em: 01 jul. 2022.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>. Acesso em: 01 jul. 2022.
- BERTUSSI, D.; BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 461-486. Disponível em: <http://ccaps.ims.uerj.br/?p=727>. Acesso em: 14 maio 2021.

CARVALHO, S. R.; ANDRADE, H. S. O.; OLIVEIRA, C, F. O governo das condutas e os riscos do risco na saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação** [online], v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190208>. Acesso em: 01 out. 2022.

CARVALHO, M. R. R.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. “Minha filha devolveu minha vida”: uma cartografia da Rede Cegonha. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 757-767, jul.- set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/HXrmxrWzCptfSqfLTxxFyHd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2021.

DELEUZE sur le langage [Deleuze sobre a linguagem] (1975-1976) - Legendado PT/BR. [S. l.: s. n.], 2021. 1 vídeo (1 min.). Publicado pelo canal CLINICAND-Psicanálise e Esquizoanálise. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=021Kf364qAw>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário oficial da União, nº 12, seção 1, página 59. 2012.

COSTA, L. B. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. **Revista digital do LAV**, Santa Maria, v. 7, n. 2, p. 66-77, mai. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/revislav/article/view/15111>. Acesso em: 29 abr. 2021.

DELEUZE, G. **Nietzsche e a Filosofia**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976. Disponível em: <https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/deleuze-g-nietzsche-e-a-filosofia.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2022.

DELEUZE, G. **A ilha deserta e outros textos**. [S. l.]: Iluminuras, 2004. Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/deleuze-g-a-ilha-deserta-e-outros-textos.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

DELEUZE, G. **Espinoza: Filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002. Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/deleuze-g-espinoza-filosofia-pratica.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1974. Disponível em: <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/deleuze-g-logica-do-sentido.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

DELEUZE, G. **Espinoza e o problema da expressão**. São Paulo: Editora 34, 2017. Disponível em: <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/DELEUZE-G.-Espinoza-e-o-Problema-da-Express%C3%A3o1.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

DELEUZE, G. **Conversações**. 7. ed. São Paulo: Editora 34, 2008. Disponível em: <https://grupodeestudosdeleuze.files.wordpress.com/2016/05/deleuze-g-conversacoes3a7c3b5es.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021.

DELEUZE, G. **Cursos sobre Spinoza** (Vincennes, 1978-1981). 3. ed. Fortaleza: Editora UECE, 2019. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2013/07/Cursos-Gilles-Deleuze-sobre-Spinoza-3-Edicao-10Mai2019.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

DELEUZE, G. **Michel Foucault**: As formações históricas. São Paulo: Politéia, 2017. Disponível em: <https://editorapoliteia.com.br/as-formacoes-historicas/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?**. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 1992. Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/deleuze-gilles-guattari-felix-o-que-e-a-filosofia.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Micropolítica e segmentaridade. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. (orgs.). **Mil Platôs**: Capitalismo e Esquizofrenia. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. v. 3, p. 76-106. *E-book*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5663940/mod_resource/content/1/Gilles-Deleuze-Mil-Plato%CC%82s-Vol.-3.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: Capitalismo e esquizofrenia. 5. ed. São Paulo: Editora 34, 1997. v. 4, 176 p. Disponível em: https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/deleuze-g_-guattari-f-mil-platos-capitalismo-e-esquizofrenia-v-4.pdf. Acesso em: 10 jul. 2021.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2010. 560 p. (Coleção TRANS). Disponível em: <https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2013/08/deleuze-guattari-o-anti-c3a9dipo.pdf>. Acesso em 15 jun. 2021.

DIRETAS JÁ. In: FGV CPDOC. [S. l.: s. n.]. Disponível em: <https://www18.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/diretas-ja>. Acesso em: 17 jul. 2023.

FERLA, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 14, n. 1, p. 85-108, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Q4JbpfQLv7JhCs7skCWGWbF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 ago. 2022.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf/view>. Acesso em: 10 ago. 2022.

FEUERWERKER, L.; MERHY, E.; SILVA, E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental. In:

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 10-24.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. *In*: FOUCAULT, Michel. **Ética, Política e Sexualidade**: Ditos e escritos. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. v. 5, p. 264-287. Disponível em: http://www.historiacultural.mpbnet.com.br/pos-modernismo/Foucault-A_escrita_de_si.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977. Disponível em: <https://docplayer.com.br/18755844-O-nascimento-da-clinica.html>. Acesso em: 20 ago. 2021.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/centrocultural/foucault_vigiar_punir.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. Disponível em: https://www.academia.edu/40226655/FOUCAULT_Michel_Ditos_e_escritos_vol_V_%C3%89tica_sexualidade_pol%C3%ADtica. Acesso em: 21 set. 2022.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. *In*: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (orgs.) **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. Disponível em: <https://xdocs.com.br/doc/em-busca-da-clinica-dos-afetos-resenha-xn45d3kxqjoj>. Acesso em: 21 ago. 2022.

FRANCO, T. B.; HUBNER, L. C. M. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe6, p. 93-103, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JdtdgQDJyVqVDtMJ5K6bhq/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2021.

FUGANTI, L. Ética como potência e moral como servidão. **Escola nômade**. São Paulo, 23 fev. 2016. Disponível em: <https://www.escolanomade.org/2016/02/23/681/>. Acesso em: 11 ago. 2021.

GOMES, A. M. **O cuidado domiciliar a familiar restrito ao domicílio por deficiência adquirida**: caminhos cartográficos com a cuidadora-guia e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. 2021. 11 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2021.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (orgs.). **Pesquisadores In-Mundo**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 11. ed. Campinas: Papirus, 2001. *E-book*. Disponível em: https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5290521/mod_resource/content/1/guattari-as-tres-ecologias.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

HAESBAERT, R.; GLAUCO, B. A Desterritorialização na Obra de Deleuze e Guattari. **GEOgraphia**, v. 4, n. 7, p. 7-22, 21 set. 2002. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13419>. Acesso em: 18 maio 2021.

JULIÃO, J. N. Assim falou Zaratustra como poema didático. **Estudos Nietzsche**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 43-58, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/estudosNietzsche/article/view/22591/21672#>. Acesso em: 15 jul. 2021.

KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas da cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

KASTRUP, Virgínia. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1273-1288, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/bG374G5nJQ6jtVgCbb7Vsvb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2023.

LARROSA, J. Experiência e alteridade em educação. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 19, n. 2, p. 04-27, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/2444/1898>. Acesso em: 01 jul. 2021.

LIMA, V. M.; BEDÊ, H. M. Para além do Édipo: entre Deleuze-Guattari e Laplanche. **Fractal: Revista de Psicologia** [online], v. 32, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/VKPfKXzDDhLcm5VvR4Mdwzq/?lang=pt#:~:text=Hist%C3%B3rico-,Resumo,autores%20de%20O%20anti%2D%C3%89dipo>. Acesso em: 26 fev. 2023.

MAURICIO, E.; MANGUEIRA, M. Imagens do pensamento em Gilles Deleuze: representação e criação. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, p. 291-304, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/pWS8bKmNCD8z3CSBkYyc4dK/>. Acesso em: 14 jul. 2023.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. São Paulo: n-1 edições, 2018. Disponível em: <https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2018/03/mbembe-critica-da-razacc830-negra.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2023.

MENDES, P. P. S. **Políticas de Amizade**: diante da fragilidade da clínica, uma oferta para fortalecer a produção dos cuidados em Saúde. Rio de Janeiro: UFRJ; Faculdade de Medicina, 2016. Disponível em: https://minerva.ufrj.br/F/?func=direct&doc_number=000860131&local_base=UFR01. Acesso em: 26 fev. 2023.

MERHY, E. E. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. **Rev. Bras. Saúde Família** [internet], v. 15, n. 35/36, p. 1-7, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO C. R. (orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde**: desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (orgs.). **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: <http://ccaps.ims.uerj.br/?p=1015>. Acesso em: 22 maio 2021.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. *In*: **Observatório de tecnologias em informação e comunicação em sistemas e serviços de saúde**. Formação em Educação Permanente em Saúde - EPS em Movimento. [S. l.]: Otics, 2006. Disponível em: <https://docplayer.com.br/31268299-O-cuidado-e-um-acontecimento-e-nao-um-ato-emerson-elias-merhy-medico-sanitarista-professor-colaborador-na-unicamp-e-na-ufrj.html>. Acesso em: 16 ago. 2022.

MERHY, E. E.; CECCIM, R. B. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>. <https://doceru.com/doc/8evn0xe>. Acesso em: 13 ago. 2022.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP JUNIOR, H. (orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 59-72.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, abr.-jun. 2014a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nV9LbfrSj7vnMfpZgG6mKfG/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde.

Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014b. Disponível em: <https://docplayer.com.br/54886905-Redes-vivas-multiplicidades-girando-as-existencias-sinais-da-rua-implicacoes-para-a-producao-do-cuidado-e-a-producao-do-conhecimento-em-saude.html>. Acesso em: 15 ago. 2022.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; GOMES, M. P. C. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *In*: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 25-34. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5798651/mod_resource/content/1/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol2.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe6, p. 70-83, jul. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001100070&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2021.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set.-dez. 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_em_erson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *In*: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP JUNIOR, H. (orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 31-42.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C. A micropolítica do processo de trabalho em saúde-revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jul. 2003. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/786>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MOEBUS, R. L. N. **Tragicamentalidade**. A Estética do Trágico na Produção do Cuidado. 2011. 270 f. Tese (Doutorado em Medicina em clínica médica) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/50/teses/d/CCS_D_RicardoLuizNarcisoMoebus.PDF. Acesso em: 10 nov. 2022.

MOEBUS, R. L. N. Pesquisa interferência desde Heisenberg. **Diversitates International Journal**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 54-61, jul. 2015. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/93/71>. Acesso em: 18 jun. 2021.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. E.; SILVA, E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? *In*: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP JUNIOR, H. (orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 43-53.

NIETZSCHE, F. W. **O Nascimento da Tragédia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

NIETZSCHE, F. W. **Assim falou Zaratustra**. Um livro para todos e para ninguém. 11. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

NIETZSCHE, F. W. **Humano, demasiado humano**. Um livro para espíritos livres. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

NIETZSCHE, F. W. **Além do bem e do mal ou prelúdio de uma filosofia do futuro**. Curitiba: Hemus, 2001. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6569487/mod_resource/content/1/Friedrich%20Nietzsche%20-%20Al%C3%A9m%20do%20Bem%20e%20do%20Mal.pdf. Acesso realizado em: 30 set. 2022.

PESSOA, F. A. N. **Odes de Ricardo Reis**. Lisboa: Ática, 1994. Disponível em: <http://arquivopessoa.net/textos/602>. Acesso em: 12 maio 2021.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: Transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; editora da UFRGS, 2011. Disponível em: https://monoskop.org/images/e/e3/Rolnik_Suely_Cartografia_sentimental_transformacoes_contemporaneas_do_desejo_2006.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

SANTOS, M. L. M.; ROSA, N. S. F.; BERTUSSI, D. C.; COELHO, K. S. C.; MERHY, E. E. Pessoas com deficiência, corpos políticos e insurgentes, existências singulares. *In*: BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E.; COELHO, K. S. C.; SANTOS, M. L. M.; ROSA, N. S. F. (orgs.). **O CER que precisa SER: os desafios da rede viva com o outro**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021. p. 13-16.

SIMAS, L. A.; RUFINO, L. **Encantamento**. Sobre política de vida. Rio de Janeiro. Mórula, 2020. Disponível em: <https://morula.com.br/wp-content/uploads/2020/05/Encantamento.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

SLOMP JUNIOR, H.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. E-book. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/projeto-terapeutico-como-dispositivo-para-o-cuidado-compartilhado/#:~:text=O%20projeto%20terap%C3%AAutico%20singular%2C%20aqui,em%20outros%20cen%C3%A1rios%20de%20cuidado>. Acesso em: 01 ago. 2022.

SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E. E.; ROCHA, M. M.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; CRUZ, K. T. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea digital**, v. 20, n. 3, p. 1-21, nov. 2020. Disponível em: <https://docplayer.com.br/213590879-Athenea-digital-20-3-e2617-noviembre-2020-ensayos-issn.html>. Acesso em: 15 abr. 2021.

VASCONCELOS, M. O. D.; GOMES, A. N.; ANDRADE, M. S.; GOMES, L. B. O usuário que incomoda. *In*: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP JUNIOR, H. (orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 104-106.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROFISSIONAIS DA USF

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA MICROPOLÍTICA DOS ENCONTROS” desenvolvida pelo pesquisador Sacadura Espada Lima Junior. O objetivo central do estudo é cartografar experiências de EPS a partir dos encontros no trabalho vivo em ato na Rede Básica, assim como problematizar a EPS na micropolítica dos encontros como produtora do cuidado em saúde para o usuário e explorar as tecnologias leves nos processos de EPS no cotidiano dos trabalhadores da Rede Básica. O convite para a sua participação se deve ao fato de você ser membro de uma Equipe de Saúde da Família de Campo Grande. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. A sua participação consistirá em trocar experiências de EPS durante o cotidiano do seu trabalho. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/2012. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a melhoria dos métodos de sua formação profissional no serviço. Esta pesquisa apresenta riscos e desconfortos mínimos, como o risco de constrangimento ao responder questionamentos, ao ser observado no cotidiano do trabalho e participar de momentos que possam envolver outras pessoas; sendo que nenhum dos processos adotados causa danos imediatos ou futuros aos participantes. Como forma de evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, você está ciente que não será utilizado nenhum procedimento que possa lhe prejudicar; contudo, diante de qualquer risco/desconforto, você poderá interromper sua participação na pesquisa e comunicar a pesquisador. Os benefícios poderão ser observados após a sua finalização, com a utilização dos dados que emergirão da pesquisa e que poderão reorientar as ações de EPS. Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será ressarcido. Em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será indenizado. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação. Ao aceitar, após a assinatura deste termo, você participará de conversas com o pesquisador, que irá

acompanhá-lo em seu cotidiano de trabalho. Pretende-se que os encontros para acompanhamento possam ocorrer a cada quinze dias, em momentos diversos, podendo ser privados com o pesquisador, ou ainda em reunião de equipe, no atendimento à população, no contato com outros profissionais, no acolhimento de demandas, enfim, no exercício de suas funções. A coleta de dados será feita por meio de observação, conversas, reuniões, interações no ambiente de trabalho. O armazenamento dos dados ocorrerá por gravações de áudio e/ou registro em diário de campo; sendo resguardado o sigilo das informações e anonimato. Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do email sacajac@yahoo.com.br, do telefone (67)996134504 ou por meio do endereço USF Dra Maria José de Pauli – Rodovia MS 040-Km 10 . Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias ‘Hércules Maymone’ – 1o andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Nome e assinatura do pesquisador

_____, _____ de _____ de _____

Local e data

Nome e assinatura do participante da pesquisa

_____, _____ de _____ de _____

Local e data

Autorizo a gravação das informações: () Sim () Não

_____ Assinatura

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USUÁRIOS

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA MICROPOLÍTICA DOS ENCONTROS” desenvolvida pelo pesquisador Sacadura Espada Lima Junior. O objetivo central do estudo é cartografar (“fazer um mapa”) experiências de Educação Permanente em Saúde (EPS) a partir dos encontros no trabalho vivo em ato na Rede Básica, assim como problematizar a Educação Permanente em Saúde na micropolítica dos encontros como produtora do cuidado em saúde para o usuário e explorar as tecnologias leves nos processos de EPS no cotidiano dos trabalhadores da Rede Básica. O convite para a sua participação se deve ao fato de você ser usuário dos serviços desta Unidade de Saúde da Família de Campo Grande. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Por gentileza, não sinta-se pressionado a tomar essa decisão. Leia atentamente este termo e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que surgir. Se você concordar em participar da pesquisa, você será perguntado sobre o que considera melhor e mais positivo no atendimento recebido na UBS e o que você considera como o aspecto mais problemático nesse processo de cuidado. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. A sua participação consistirá em trocar experiências através de uma conversa com o pesquisador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/2012. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a possível melhoria da qualidade de prestação do cuidado pelos profissionais das unidades de saúde. Esta pesquisa apresenta riscos e desconfortos mínimos, como o risco de constrangimento ao responder questionamentos, sendo que nenhuma das perguntas formuladas causarão danos imediato ou futuro para você. Como forma de evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, você está ciente que não será utilizado nenhum procedimento que possa lhe prejudicar; contudo, diante de qualquer risco/desconforto, você poderá interromper sua participação na pesquisa e comunicar a pesquisador. Não haverá qualquer compensação financeira para quem participar da pesquisa pois a mesma não irá gerar custos para você. Os benefícios poderão ser observados após a sua finalização, com a utilização dos dados que emergirão da

pesquisa e que poderão qualificar o cuidado em saúde desenvolvido na Unidade de Saúde. Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será ressarcido. Em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será indenizado. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação. Ao aceitar, após a assinatura deste termo, você participará de conversas com o pesquisador. A coleta de dados será feita por meio da conversa em um encontro. O armazenamento dos dados ocorrerá por gravações de áudio e/ou registro em diário de campo; sendo resguardado o sigilo das informações e anonimato. Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do email sacajac@yahoo.com.br, do telefone (67)996134504 ou por meio do endereço USF Dra Maria José de Pauli – Rodovia MS 040-Km 10 . Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias ‘Hércules Maymone’ – 1o andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconeppropp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Nome e assinatura do pesquisador

_____, _____ de _____ de _____

Local e data _____

Nome e assinatura do participante da pesquisa

_____, _____ de _____ de _____

Local e data

Autorizo a gravação das informações: () Sim () Não

_____ Assinatura