

**Universidade Federal do Rio Grande
Escola de Enfermagem
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**

**Devires da clínica nas “entrelinhas” do cuidado: pensares sobre
o processo de trabalho em saúde**

Diego Pinto Santos

**Rio Grande
2012**



DIEGO PINTO SANTOS

**DEVIRES DA CLÍNICA NAS “ENTRELINHAS” DO CUIDADO: PENSARES
SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

**TRABALHO DE ESPECIALIZAÇÃO
APRESENTADO AO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA, DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE, PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**ORIENTADORA:
PROF^a. DR^a. MÉRI ROSANE SANTOS DA
SILVA**

**LINHA DO TRABALHO: ATENÇÃO
SUBLINHA: INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

**RIO GRANDE
2012**

O dia em que Gottfried Benn pegou onda.

Alberto Pucheu

É preciso aprender a ficar submerso
por algum tempo. É preciso aprender.
Há dias de sol por cima da prancha,
há outros, em que tudo é caixote, vaca,
caldo. É preciso aprender a ficar submerso
por algum tempo, é preciso aprender
a persistir, a não desistir, é preciso,
é preciso aprender a ficar submerso,
é preciso aprender a ficar lá embaixo,
no círculo sem luz, no furacão de água
que o arremessa ainda mais para baixo,
onde estão os desafiadores dos limites
humanos. É preciso aprender a ficar submerso
por algum tempo, a persistir, a não desistir,
a não achar que o pulmão vai estourar,
a não achar que o estômago vai estourar,
que as veias salgadas como charque
vão estourar, que um coral vai estourar
os miolos – os seus miolos –, que você
nunca mais verá o sol por cima da água.
É preciso aprender a ficar submerso, a não
falar, a não gritar, a não querer gritar
quando a areia cuspir navalhas em seu rosto,
quando a rocha soltar britadeiras
em sua cabeça, quando seu corpo
se retorcer feito meia em máquina de lavar,
é preciso ser duro, é preciso aguentar,
é preciso persistir, é preciso não desistir.
É preciso aprender a ficar submerso
por algum tempo, é preciso aprender
a aguentar, é preciso aguentar
esperar, é preciso aguentar esperar
até se esquecer do tempo, até se esquecer
do que se espera, até se esquecer da espera,
é preciso aguentar ficar submerso
até se esquecer de que está aguentando,
é preciso aguentar ficar submerso
até que o vulcão de água, voluntarioso,
arremesse você de volta para fora dele.

Dedico este trabalho a você, Malu.
Que me respeitou em minha
multiplicidade e diferença,
e me acolheu em minha
singularidade múltipla,
quando talvez eu
não o tenha feito
da mesma maneira.

Muito grato por não deixar
eu esquecer que é preciso
colocar o “pé no barro”,
para poder me encontrar
com os “nossos”.

AGRADECIMENTOS

Em especial, a você, mãe, e a você, pai, Fabiano e Raquel e Valentina, Thiago e Maria Eduarda. E @ tod@s outr@s pessoas que constituem minha família e que são importantes e fundamentais em qualquer caminhar que eu almeje.

Agradeço do fundo do anáhata a você, Vanessa, imprescindível companheira. Por compartilhar de cada momento-acontecimento no meu caminhar nesses processos. Pela escuta e acolhimento às 4 horas da manhã, quando viajava nos fluxos dos pensamentos. Pelos encontros intercessores-interseçores, que me tocam e me ensinam a viver. Tu me inspiras o amor. Te amo, dudu!

A você, Méri, por me acolher, acompanhar e estar junto comigo em mais este sobrevôo rumo a terra do nunca e em companhia das gaivotas.

A tod@s residentes, em especial, aos resistentes e implicantes guerreir@s da São Miguel – Carla, Juliana e Pedro. Aprendi muito estando com vocês tod@s. Grato por tudo.

A você, Zé, o cara da sunguinha branca com coqueiros. Que nos momentos difíceis, quando o mar estava violento, tipo um “ressacão” de sul no Cassino, me ofereceu força e me ajudou a segurar a onda para continuar remando.

A você, Ceres, a pessoa e a trabalhadora da saúde mais louca e irada que encontrei nesse caminhar. Grato por me inspirares a tocar em frente meus surfares.

A tod@s as pessoas da UBSF São Miguel I, trabalhadores e comunidade. Em especial, a você, Vitelmar, por tua sabedoria e acolhimento. E vocês, seu Carlos, seu Arion, dona Iolanda, dona Iracema, seu João e Juvina (*in memorian*). Muito grato por tantos ensinamentos.

Agradeço a coordenação e ao corpo docente do PRMSF. Em especial a Zezé, que nos desencontros de nossa relação, juntos pintamos arte nos encontros de nossos atos. Juntos erramos, juntos acertamos, juntos construímos parte da história desse programa, potencializamos o viver, defendemos a vida e o inventar do SUS.

As pessoas do CRRD, fixos e mutantes. Grato por me movimentarem no pensar este trabalho e me estimularem ao construir do SUS.

RESUMO

Das minhas experiências coletivas junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no município de Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2010 e 2012, surgiram pensares que aqui neste trabalho foram interpretados como ensaios “filosóficos” acerca dos processos de trabalho de cuidado e saúde. Com um pensamento “embriagado” pela teoria do trabalho vivo em ato, de Emerson Merhy, pelo reconhecimento da produção subjetiva do cuidado de Emerson Merhy e Túlio Batista Franco, e inspirado pela filosofia de Gilles Deleuze e Felix Guattari, operei uma problematização no campo da saúde coletiva acerca das linhas de produção do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e, sobretudo, na Estratégia Saúde da Família – ESF, no território micropolítico de uma Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF. Procurando encontrar pontos de conexão e desconexão entre tais formulações e a perspectiva do pensamento filosófico de Deleuze e Guattari, ensaiei a elaboração de uma linha de cuidado cuja perspectiva na micropolítica do processo de trabalho em saúde apostasse na multiplicidade da vida e no reconhecimento da produção subjetiva do cuidado e fosse caracterizada como encontros intercessores-interseçores, na busca por uma clínica do devir-cartográfica-surfista. Uma formulação que, desse modo, possa ser endereçada às relações que ocorrem no trabalho cotidiano dos trabalhadores da área da saúde.

Palavras-chave: 1. Saúde Coletiva. 2. Integralidade. 3. Linha do Cuidado. 4. Processo de Trabalho 5. Clínica do Devir-Cartográfica-Surfista. 6. Encontro Intercessor-Interseçor

LISTA DE SIGLAS

ACD: Auxiliar de Consultório Dentário

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ANEPOP: Articulação Nacional de Extensão Popular

ANEPS: Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CRRD: Centro de Referência para Assessoramento em Redução de Danos

eSB: Equipe de Saúde Bucal

eSF: Equipe da Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

ESP: Escola Saúde Pública

FURG: Universidade Federal do Rio Grande

MDV: Movimento em Defesa da Vida

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PSF: Programa Saúde da Família

PTS: Projeto Terapêutico Singular

PRMSF: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

VEPOP: Vivências em Educação Popular no Extremo Sul

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Diagrama representativo de uma interseção partilhada.....	50
FIGURA 2. Esquema de representação de uma interseção objetal	51
FIGURA 3. Linha de produção do cuidado técnico profissional específica	52
FIGURA 4. Imagem-desenho configurativa do campo relacional da linha de produção do cuidado técnico-profissional específica	52
FIGURA 5. Linha de produção do cuidado técnico multiprofissional interdisciplinar específica	54
FIGURA 6. Imagem-desenho configurativa do campo relacional da linha de produção técnica multiprofissional interdisciplinar específica	54
FIGURA 7. Linha de produção do cuidado técnico do multiprofissional multidisciplinar específica	58
FIGURA 8. Imagem-desenho configurativa do campo relacional da linha de produção do cuidado técnico multiprofissional multidisciplinar específica	58
FIGURA 9. Linha de produção do cuidado intercessora-interseçora subjetiva	66
FIGURA 10. Imagem-desenho configurativa do campo relacional da linha de produção do cuidado intercessora-interseçora subjetiva	67
FIGURA 11. Imagem-desenho de um encontro-momento-processo	68
FIGURA 12. Imagem de pingos de chuva quando caem sobre uma superfície de água	69
FIGURA 13. Bater de ondas na costa do Rio de Janeiro	69
FIGURA 14. Erupções vulcânicas no interior do Oceano Pacífico	70
FIGURA 15. Tempestade oceânica na costa do Oceano Pacífico	70
FIGURA 16. Convergência de duas correntes marítimas no Japão.	70
FIGURA 17. Pororoca.	70
FIGURA 18. Correntes marítimas se deslocando ao redor do mundo.	70
FIGURA 19. Rizoma	71

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Tabela comparativa das linhas de produção do cuidado	73
---	----

SUMÁRIO

Onda 1. Apresentação	11
Onda 2. Do escorrego, ao esfregão, o estar residente e a tentativa de uma escrita cartográfica	17
Onda 3. No caminho do meio avisto uma casa de papel, nas paredes de tijolos, há uma tela expressionista: o construir do SUS em nosso quintal	23
Onda 4. Do localismo das especificidades multiprofissionais ao surfar com a multiplicidade da vida: as rupturas nucleares no processo do trabalho vivo em saúde	28
Onda 5. O cuidar da linha na integralidade do cuidado: a busca da onda perfeita	40
Onda 6. Um desenhar das relações nas “entrelinhas” do cuidado.....	48
Linha de produção do cuidado <i>técnico profissional específica</i>	51
Linha de produção <i>técnico multiprofissional interdisciplinar específica</i>	54
Linha de produção <i>técnico multiprofissional multidisciplinar específica</i>	58
Linha de produção do cuidado <i>intercessora – interseçora subjetiva</i>	66
Onda 7. Na crista da onda – o encontro e a busca por uma clínica do devir, cartográfica e surfista	75
Diário “poético” da residência	82
Desta água que bebo, passarinho não bebe: referências, leituras estimuladoras e outras coisas inspiradoras	89

Onda 1. Apresentação

Início este trabalho inscrevendo, em um conto, um pouco da minha trajetória de vida. “Bigurriho: o Guri e o caminhar com o mar” não trata de falar de minhas competências e/ou incompetências; a finalidade é tornar visível algumas marcas e movimentos que me trazem até o presente momento-acontecimento, vivenciado agora, cuja estada aqui constitui um caminhar trilhado em um devir.

Bigurriho: o guri e o caminhar com o mar

Bigurriho foi o apelido dado pelo tio a um guri bicudinho, franzino e narigudinho, que nasceu lá pelas bandas do Sul, perto do mar. Sua infância foi “marcada” por alguns sofrimentos causados por certo gato peludo que morava dentro de seus pequeninos e apertados pulmões e que, de tempos em tempos, se enfurecia, capturando quase todo o ar de dentro de seu mirrado peito.

O gato era tão bravo que, quando atacava, ficava chiando dia e noite, circunstância que, muitas vezes, impedia Bigurriho de estar no mar, correr na praia, mergulhar nas ondas e nadar como os golfinhos. Por algum tempo, o pequeno guri teve seus prazeres, desejos e vontades obstruídos pelo felino cruel, batizado de *Achaque*. Mas, graças a ele, outros caminhos se revelaram para o franzino bicudinho.

Na tentativa de acalmar o gato enfurecido, a família de Bigurriho foi à busca de inúmeros recursos dessa tal medicina. Foi quando o guri conheceu o lado “B” do cuidado à saúde: consultas e mais consultas com diversos doutores e especialistas, inúmeros exames, medicamentos, procedimentos e até internações numa casa grande de paredes brancas¹.

Seus amigos eram os doutores e seus ajudantes da tal casa. Lá é onde ficam as pessoas que têm “gatos”, outros “bichos” e “coisas” dentro de si. Seus brinquedos, à época, eram umas pequenas bombas portáteis que serviam para fincar e colocar umas águas brancas e coloridas dentro do corpo das pessoas. Tinham também umas mangueirinhas transparentes que levavam outra água, essa meio salgada, que ficava dentro de um quadrado de plástico, até mesmo dentro de seus pequenos e magrinhos bracinhos, e também outros apetrechos e badulaques lá da casa.

¹Tratava-se da Beneficência Portuguesa do Rio Grande, um hospital antigo que atendia pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Na mesma época, seus pais, no Natal, o presentearam com uma bela bicicleta, mas andar nela significava a possibilidade de uma nova revolta do Achaque. Após ganhar a bicicleta, Bigurriho estava assistindo na televisão a uma corrida festiva, que acontece todo o final de ano, lá numa cidade grande do sudeste do Brasil. Vendo aquele montão de pessoas correndo, seus primos, que estavam com ele, resolveram brincar de ser maratonista e saíram porta a fora correndo pela rua.

Assistir àquela cena deixou Bigurriho inquieto, insatisfeito e, num súbito ataque de raiva, ele pegou sua bicicleta e saiu a pedalar atrás deles. Final da história daquele dia: o menino foi parar novamente na casa grande e de paredes brancas, com o gato Achaque embravecido dentro do seu peito. Mas essa foi a última vez que Bigurriho foi incomodado pelo gato, a ponto de precisar ir para aquele lugar que tanto lhe desagradava.

Após este dia tudo mudou: os pais de Bigurriho o levaram para a capital, para ser cuidado por um bruxo maluco, meio médico, meio feiticeiro, que dava para o guri umas gotinhas com gosto de água e álcool. Sua casa era diferente das outras por que o menino havia passado: tinham plantas espalhadas por todos os lados e, nas paredes, muitas fotos de montanhas e praias.

Ele tinha uma barba grande e branca e cabelos compridos feito cola de cavalo. Em cada encontro, eles ficavam lá de duas a três horas, caminhavam pelo jardim cheio de flores e plantas que, segundo o tal bruxo, eram poderosas; conversavam de tudo um pouco: ele falando das plantas, contando algumas de suas histórias, tocando e cheirando as flores. Bigurriho contava do gato, das suas aventuras e das coisas que gostaria de poder fazer e também escutavam música, às vezes. Era uma “viagem” aquele doutor e a maneira como agia. De tempos em tempos, ele telefonava para a casa da família do guri, queria saber como estavam as coisas, mandava cartões e cartas com letras de músicas e poemas para ele ler.

Bigurriho o visitou por pouco tempo, durante uns dois anos no máximo. Em seguida ele e seus pais tiveram uma última conversa com o bruxo, que lhes disse: toda a vez que o gato ficar embravecido, não fique com medo nem se assuste, pense num mar revoltado, pois, em geral, os gatos têm medo de água. Aos poucos, sua respiração transforma esse mar em um lago, tranquilo e sereno. Basta você fazer isso que o gato também se acalma e vai embora.

Depois dessa última visita, ir à praia, para Bigurrilho, era ir ao encontro de si mesmo. Ele ficava lá observando as ondas, escutando os sons em volta, as colorações e as texturas da areia à beira mar. Quando ia embora, sempre levava um caramujo consigo para, mesmo de longe, escutar o som das ondas e o balançar do mar. Passado algum tempo, resolveu que aprenderia a nadar e entrou em uma escola de natação e, aos poucos, conseguiu fazer tudo aquilo que até então era impossível e impensável praticar. Com isso, a relação com seu corpo, com o gato e com a vida se transformou.

Além disso, ele foi morar mais perto da praia, em um lugar chamado Bolaxa, mas que não era aquela de comer, e sim um bairro de zona semirrural de sua cidade. Lá, sua diversão era pular as valetas, brincar de esconder no meio dos bambuzais, subir nas árvores mais altas, andar a cavalo, tomar banho nos arroios em volta, correr pelos campos e brincar de pega-pega dentro do mato.

Sua vida ganhou outros ares e sabores e estar em contato com a natureza se tornou imprescindível para seu viver. Conheceu uns amigos estranhos, que cantavam umas músicas indianas, esticavam seus corpos e depois ficavam horas parados, tentando não pensar em nada e buscando encontrar seu “Púrusha²” para atingir o “Samádhi”³. Na garupa disso tudo, tinha também o Surf. Ah! O Surf... Seus novos amigos eram todos surfistas e Bigurrilho com eles começou a surfar.

Com o Surf, Bigurrilho conheceu um pouco mais da dinâmica dos oceanos, do universo e da interação entre os fluxos e conexões das intensidades dos sistemas encontrados na natureza e em sua vida. Estando dentro do mar, refletiu sobre a espera e o parar no movimento, observou a vaga e a escolha, conheceu melhor seus limites, aprendeu sobre seus medos e superou suas frustrações. Surfando com os amigos, exercitou o respeito, a alteridade, a sensorialidade e a sensibilidade. Com o mar, conviveu com a alegria, o desafio e o desejo por potência em cada onda surfada. Ele ainda surfa até hoje e, toda a vez que entra no mar, aprende um pouco mais sobre si mesmo e o modo próprio de tocar o seu viver.

Nessa mesma época, o menino, agora jovem e crescido, queria conhecer mais das coisas do corpo, da sociedade e da vida. Descobriu que na sua cidade havia uma escola diferente, grande e com várias salas de aulas, diversos estudantes e muitos professores,

² Para o Yôga de linha filosófico-prática Sámkhya e comportamental, Tantra, Púrusha é o próprio si, isto é, a pessoa, espírito ou ser humano, aquilo que a pessoa é ou está.

³ Para o Yôga dessa mesma linha, Samádhi é um estado de hiperconsciência e megalucidez, que conduz os praticantes ao autoconhecimento.

nem um pouco parecida com a escola onde Bigurriho havia estudado antes, localizada lá no bairro Bolaxa. Na “escola grande”, os grupos se organizam conforme seus objetos de estudo: são os tais cientistas, os edificadores dos saberes e conhecimentos acadêmicos.

Bigurriho resolveu se aventurar pelas bandas da universidade e lá conheceu um povo que gostava de pensar e falar das coisas que o interessavam, no caso, a “Saúde”. Recém-chegado por aquelas bandas, descobriu que, mesmo diferentes, os grupos tinham algumas coisas em comum. Conheceu outras pessoas e foi trabalhar num projeto chamado VEPOP – Vivências em Educação Popular no Extremo Sul.

O VEPOP colocou o jovem novamente frente a frente com o SUS – Sistema Único de Saúde, mas, desta vez, apresentando o outro lado do balcão⁴. Estava agora em outra casa⁵, localizada no município vizinho, entre dois bairros, João Landel e Guarida, ambos afastados da cidade, mas coladinhos nas dunas e no mar. A casa era um pouco diferente da que ele conheceu anteriormente, quando ainda era incomodado pelo gato Achaque. Não era tão grande, ficava mais próxima de onde as pessoas moravam, mas tinha as paredes brancas também.

Ali, Bigurriho permaneceu 18 meses, conhecendo e aprendendo sobre o cotidiano da casa e o viver das pessoas que moravam por lá. Nessa época, encontrou outro grupo de pessoas que trabalhavam nesse tipo de casa pelo Brasil afora, eram os Anepopianos e Anepianos, estudantes, professores e trabalhadores da saúde que se encontravam em tendas montadas pelos vários cantos do país e formavam a ANEPOP – Articulação Nacional de Extensão Popular, e da ANEPS – Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde.

As tendas eram coloridas e alegres e, nesse clima, se formavam grandes rodas de discussão sobre a universidade, a política, a sociedade, o SUS e a vida. Tudo isso regado a música, ciranda e outras coisas mais. Logo Bigurriho se enturmou e entrou para o grupo também e foi nestes espaços e com essas pessoas que teceu o pano de fundo durante sua passagem pela universidade.

Nesse meio tempo, entre estudos e vivências, o jovem, agora homem, tornou-se “salva-vidas” e, nessa experiência, viu a vida muitas vezes quase se perder em suas mãos. Ali, nas horas vagas, o menino “frágil” e “doente” agora corria contra o tempo e nadava

⁴ Utilizo este termo para demonstrar um deslocamento, uma mudança de posição referente ao meu lugar de sujeito usuário – sujeito trabalhador.

⁵ Uma Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF.

contra a morte, enquanto que, no resto do tempo, sentado na guarita, observava o mar e sua plenitude.

Trabalhando como salva-vidas, juntou dinheiro e, no término do segundo verão, foi parar no extremo mais oriental das Américas: Ponta do Seixas, João Pessoa – Paraíba, uma terra calorosa e de povo acolhedor e amigo. Lá, acompanhou o trabalho em saúde em diferentes lugares, observando e aprendendo com os mais diversos tipos de gente, mestres da vida e do conhecimento popular, curandeiros, benzedeiros, médicos, pedreiros, filósofos, professores, pescadores, enfermeiros, costureiras, donas de casa, psicólogos, vendedores de frutas, terapeutas ayurvedicas, agricultores ecológicos, índios, ex-escravos, moradores de rua, advogados etc.

Atualmente, está de volta a sua cidade natal onde, mais uma vez, se embrenhou mar adentro no SUS. Encontra-se na casa São Miguel, pretendendo caminhar ainda mais rumo ao entendimento dos processos micropolíticos que acontecem no território do trabalho em saúde. Querendo ser ele mesmo no lugar chamado vida, seguro de si, das coisas que pensa e do trabalho que faz; seguro em suas inseguranças. É nisso que se agarra! Está residente e se diz trabalhador da saúde. Quando a residência e o SUS são Surf e o resto está como uma onda, e o menino, o jovem e o homem estão apenas um mero surfista surfando karmas⁶ e DNA, ou ainda, um pintor querendo pintar o 8, criando e ensaiando invenções, em um surfar no construir do SUS.

⁶ O termo faz referência a uma música dos Engenheiros do Havai.

Onda 2. Do escorrego ao esfregão, o estar residente e a tentativa de uma escrita cartográfica

“O surf é a vida em vibração
e sensações cósmicas.
O oceano é o livro do surfista,
sua prancha uma caneta,
e cada onda um poema”
Daniel Lins

Estar residente, antes de qualquer coisa, é estar “trabalhador” no Sistema Único de Saúde – SUS, um surfista, um ser estar. Quem sabe um potencial amigo do conceito e um aprendiz de cartógrafo. Nesse ensejo, apresento, no presente estudo escrito, relatos, ensaios e devires de uma experiência de trabalho em saúde no âmbito do SUS, em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – PRMSF⁷.

Relatos de uma experiência concreta e real no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF, ensaios inventivos que brotam do vivido e devires nos encontros entre os sujeitos e na produção de subjetividades no processo do trabalho vivo no território do ato. Em cena, trabalhadores de uma UBSF, residentes e usuários do sistema – moradores do bairro São Miguel, localizado no município de Rio Grande – RS –, além, é claro, das inúmeras pessoas que *encontrei* ao longo dos últimos anos.

Assim, este inscrito pretende ser um escorrego, nos termos de Gilles Deleuze, ao escrever cartas e se corresponder com um surfista. Sair da teoria e adentrar na prática ou, ainda mais, sair da prática para embrenhar-se na teoria. Na gíria do Surf, encontro de escorrego é o momento inicial, quando as pessoas tentam surfar e se divertir no movimento do processo dessas tentativas, e é isso que busco aqui.

Logo, pensar uma metodologia para a referida escrita é escorregar no fluxo dos pensamentos, me esfregar nos acontecimentos cotidianos e mergulhar no caos. Tentar,

⁷ A residência se constitui em um programa de pós-graduação *lato sensu*, destinado às profissões que se relacionam com a saúde, caracterizadas por ensino em serviço, com carga-horária de 60 (sessenta) horas semanais, a qual procura uma maior aproximação entre ensino e serviço, oportunizando vivências que permitem o experienciar do cotidiano do sistema e o trabalho multiprofissional e buscando a concretização dos princípios e diretrizes do SUS na prática cotidiana e na formulação de políticas para a formação de trabalhadores do e para o SUS. (Brasil, 2006, 2011)

através de um fluxo-impulso, em um “Free Surf⁸”, criar uma linguagem e escrita, que não destacam somente as manobras de um surfista, mas descortinam o acompanhar dos processos como um todo, descrevendo, discutindo e problematizando alguns aspectos e elementos nessa experiência, em seus diversos movimentos e momentos, desde minha chegada até a saída.

Para tanto, o trabalho aqui proposto constituirá um relato de experiência, cujo movimento é “problematizar” e “analisar” o processo de cuidado em saúde no interior de uma UBSF, quando esquadrinharei, apoiado em minha vivência, aquilo que consegui observar, sentir, perceber e reconhecer no viver dessa experiência. Quando o exercício a ser tentado será o de ler e descrever o pensar do pensamento, o sentir das sensações, bem como o ensaiar inventivo e criativo sobre o agir nos acontecimentos, uma vez que considero tal conjunto de operações como sendo um elemento constitutivo da própria clínica, independentemente se origina ou não um ato de cuidado em saúde, pois parto do pressuposto de que o próprio pensar, sentir e ensaiar sobre o agir é um ato clínico e potente do processo de trabalho e de produção do cuidado e saúde, cujo produto final é o próprio ato e, portanto, também cuidado.

Um ato de cuidado que emerge do território micropolítico do trabalho e das relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos desses encontros. Uma oficina de pranchas, um atelier de pintura, cujo desenho e rasuras edificam as ferramentas utilizadas em nosso fazer laboral. Na saúde, o mar passa a ser o cotidiano; os trabalhadores e usuários, suas ondas; as pranchas, as tecnologias de cuidado⁹ e o *surf*, o encontro enquanto ato-potência implicado com a produção e a defesa da vida.

Assim, inspirado nas palavras de Foucault, ao descrever a filosofia deleuzeana¹⁰, é o desafio de olhar para além do que se vê e pensar um novo pensamento possível, novamente, *impensável* no cuidado em saúde, que motiva este trabalho escrito. Uma pororoca de *filosofia, arte e ciência* no cotidiano de uma UBSF, enquanto *surfista-trabalhador-pintor* do/no Sistema Único de Saúde, na busca de mais potência nas ondas, no trabalho e na vida.

⁸ Um surf livre, aqui utilizado com sentido de um livre pensar.

⁹Para maior aprofundamento da questão, ver a referida discussão no livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, de autoria de Emerson Elias Merhy, 2002.

¹⁰GALLO, Silvio. *Deleuze & a Educação*. 2ed. Belo Horizonte, Autêntica, 2008, p.34.

Parar no movimento, pensar e sentir os processos nos remete às coisas que nos acontecem. A experiência pode se traduzir em palavras, escritas ou ditas, ou ambas, isso não vem ao caso, mas, no acaso do ato, o importante é que os pensamentos são determinados por tais palavras. Narrar uma experiência vai além das palavras e dos pensamentos, chegando a nossos sentidos. Larrosa afirma que

a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça. (LARROSA, 2002, p.21)

A fim de melhor narrar tudo isso, vasculho nos atos aqueles momentos de experiências mais raras, os quais me marcaram significativamente. Falo de mim, valendo-me da tentativa de uma escrita filosófica, artística e científica, traçada em um pano de fundo *imane*¹¹ no vivido. Filosófica no sentido de que discute, problematiza e ensaia a criação de conceitos; artística, uma vez que busca construir afetos e sensações; e científica por querer produzir conhecimentos.

Assim, utilizo, em determinados momentos, a reconstrução de cenas cotidianas, em que determinadas situações nos oferecerem elementos analíticos importantes para o desenvolvimento de minhas ideias e operações. Por vezes, farei uso também de alguns recursos metafóricos: o primeiro, o *surf* e o *ato de surfar* representarão um mergulhar no trabalho em saúde, *dropar*¹², no cuidado e *entubar*¹³, em uma clínica do devir; o segundo, quando o rascunhar desenhos de linhas de cuidado no interior de uma UBSF se faz por uma inspiração no *trabalho de um marceneiro e a produção industrial de uma fábrica-madeira*; e, por fim, o *pintar de uma tela*, no construir do SUS e o *desenho-imagem-representação das ondulações do mar*, na constituição de uma linha de cuidado que aposta na multiplicidade dos processos de um viver e na produção subjetiva do cuidado.

Para tanto, ao longo do texto, utilizo escritas soltas, a que chamo de “*passagens surfísticas*”, notas, citações e trechos, com a intenção de remeter a sensações, afetos e conhecimentos do surf; quando, numa analogia com a clínica, poderão reportar o leitor a uma ampliação de sentidos, significados e a “novas” possibilidades de análise que o

¹¹ Neste caso, minha própria experiência.

¹² Dropar - movimento de 180º graus realizado pelo surfista quando parte na crista da onda e depois desce deslizando até a base. É o ato de descer, de entrar numa onda.

¹³ Entubar - movimento em que o surfista fica entocado dentro da onda e a crista cobre seu corpo. Pegar um tubo é considerado um dos momentos mágicos do surf, quando o surfista e a onda se tornam uma coisa só.

estimulem ao ensaio inventivo e à criação de novos pensamentos e fazeres nos acontecimentos em uma intervenção de cuidado.

A metáfora é uma figura de linguagem com a qual podemos, através da imaginação criativa, pensar uma comparação simbólica entre objetos diferentes, com vistas ao estabelecimento de uma relação de semelhança entre elementos que podem expressar sentidos e significados cognitivos, auxiliando a dizer aquilo que vemos e que desejamos exteriorizar. Nesse sentido, lançar mão de tal recurso é torná-lo singular enquanto forma de linguagem e processo cognitivo, uma vez que cria e expressa algo pertencente à multiplicidade e à diferença de cada experiência. No entender de Gauthier (2004),

a metáfora é um raio que gera uma nova categoria de conhecimento envolvendo dois campos de saber, alterando nossa compreensão de um como do outro e, sobretudo, realizando um deslocamento no pensamento, uma fuga criadora em direção a terras novas. Ela favorece processos intelectuais intuitivos. (GAUTHIER, 2004, p.133)

Para a sociopoética¹⁴, pensar intuitivamente é definir que, a partir de nossas experiências cotidianas, imaginamos e criamos, em nosso pensamento, um universo correspondente a tais experiências. Na metodologia empregada, a intenção é se relacionar de corpo inteiro, isto é, para além da razão, conhecendo as emoções, identificando a gestualidade, experimentando as sensações e familiarizando-se com as intuições.

Nessa direção, me apoio e busco como inspiração a filosofia deleuzeana, cuja *intuição* é um trabalho de pensamento que, articulando multiplicidades de conceitos, concebe novos conceitos, uma forma singular de intuição, antidualética, uma vez que se multiplica e se diferencia em diferentes tonalidades, sem categoria, sem generalidades e sem mediação. (BADIOU, apud GALLO, 2008, p. 32-33)

Trata-se de um pensamento que passa pelo entendimento do que Deleuze e Guatari (1995) denominaram de rizoma¹⁵, em que um de seus princípios, o método cartográfico, não define um conjunto de regras já prontas para serem aplicadas, nem busca um caminho prescritivo e linear para atingir determinado fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*, o que não significa a ausência de uma direção, pois está em sua diretriz reverter o sentido tradicional de um método, isto é, em vez de traçar um caminho, almejando

¹⁴Método de pesquisa qualitativa criado por Jacques Zanidê Gauthier. Para aprofundar mais, consultar in: *A questão da metáfora, da referência e do sentido em pesquisas qualitativas: o aporte da sociopoética*. (GAUTHIER, 2004).

¹⁵ Sobre o desenvolvimento desse pensamento, ver detalhamento a partir da página 59, na Onda 6 que segue neste trabalho.

objetivos e metas pré-determinados, ela se orienta a partir das pistas que emergem da movimentação dos processos de um caminhar. Parte de uma atenção flutuante, concentrada e aberta, quando a relação sujeito-objeto é de afastamento e de espreita dos acontecimentos. (KASTRUP, 2010).

Nessa linha, acompanhar os processos em sua dimensão construtivista do conhecimento e da produção de subjetividades é voltar-se para o interior do objeto e preparar-se para acolher o inesperado, que ocorre nos encontros enquanto experiências. Isto é, rastrear os signos das processualidades, tocar, acionando sensações, pousando e percebendo os enquadres e reconfigurações do território, para, então, reconhecer atentamente o que está acontecendo. (KASTRUP, 2010)

Dessa maneira, desafio-me a ensaiar uma investigação cartográfica, uma vez que almejo acompanhar os processos de produção de subjetividades em um território micropolítico do trabalho vivo em ato¹⁶ em uma UBSF, quando na singularidade do movimentar de meus processos subjetivos, rascunho operações que, na presente escrita, deixam pistas em um trilhar em minha própria experiência e que emergem da criação de um fazer-saber metodológico que acompanha o trabalho aqui apresentado.

Portanto, querer reconhecer e reafirmar uma produção subjetiva de mim mesmo, enquanto sujeito “trabalhador” que analisa e intervém em um processo de trabalho de cuidado em saúde no território de uma UBSF e no SUS. Nesse sentido, quero adentrar no complexo mundo singular e múltiplo da produção do cuidado em saúde, para, assim, poder captar o quanto me aproximei de uma produção do cuidado em que a criação de novos encontros e práticas esteve próxima ao real e ao caos ou, por outro lado, apreender o quanto fui capturado subjetivamente por uma ética do cuidado aprisionada pela normativa da vida e do trabalho (FRANCO E MERHY, 2011).

Por fim, ensaiar um inventar em uma escrita cartográfica é me permitir um experimentar “filosófico” singularizado, cujo trabalho inventivo não tem pretensão de verdade e não se propõe como método a ser seguido, mas apenas como uma proposta de mergulho em alto mar, em busca de uma clínica do devir, cartográfica e surfista.

¹⁶Trabalho vivo em ato é um conceito recuperado para o âmbito da saúde coletiva por Emerson Elias Merhy no seu texto *Em a Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato* (1997), caracterizado como processo agenciado por sujeitos, que traz em si os atributos da liberdade, da criação, da inventividade. (FRANCO, MERHY, 2011)

Parafreseando Silvio Gallo, um ensaio inventivo e uma escrita esforçadamente criativa de luta contra a opinião que se generaliza e nos escraviza.

Onda 3. No caminho do meio avisto uma casa de papel, nas paredes de tijolos há uma tela expressionista: o construir do SUS em nosso quintal¹⁷

Falo aqui de um lugar, uma casa no caminho do meio¹⁸, o SUS, onde escolhi ficar, entrar e atuar. À medida que o tempo passa e participamos mais ativamente do interior do sistema, percebemos um pouco mais dos processos que envolvem seu construir: é do que passo a tratar a seguir.

Num primeiro olhar, casa em questão é feita de paredes de papel. De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas 8080 e 8142, de 1990, trata-se de paredes edificadas pela reforma sanitária, a qual garantiu que essa casa seria de todos, isto é, um dever do estado, uma regra, um princípio ético chamado *Universalidade*. A princípio, tais paredes tornaram-se de tijolos e solidificaram o SUS como algo concreto e garantido até os dias de hoje e, desde então, há 23 anos o operamos nesse construir.

A casa, juntamente com o conceito de saúde, ao longo do tempo, ganhou retoques e ampliou-se, da mesma forma ocorrendo com sua orientação e organização. De tempos em tempos, surgem novos papéis¹⁹, em destaque, para mim, a atenção primária à saúde (APS), e, sobretudo, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Com ela, o SUS que, antes, atendia as pessoas somente de maneira individual, agora, preocupa-se também com ações coletivas. Além disso, abrange atos de promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que cause impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Brasil, 2011)

¹⁷ Este escrito está inspirado em uma conversa, quando estagiário no Centro de Referência para Assessoramento em Redução de Danos - CRRD da Escola de Saúde Pública - ESP, conversamos sobre o SUS e compartilhei com o grupo minhas inquietações e percepções sobre o sistema. Em seguida, realizamos uma importante discussão. Estavam presentes: Rosane, Rose, Gustavo, Renata, Juliano, Ângela, Alina e Eu.

¹⁸ Refiro-me ao fato do SUS estar em constante processo de construção.

¹⁹ Novas políticas públicas de saúde, como, por exemplo, a Política Nacional de Humanização - o Humaniza SUS, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) publicada por meio da Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, a própria lei 10216/02 da Reforma Psiquiátrica, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, o Decreto 7508/11, que regulamenta as leis orgânicas do SUS, além de inúmeros outros decretos, portarias e diretrizes que (re) orientam e (re) organizam o sistema de saúde brasileiro.

Reafirma-se, então, que o campo da saúde abrange um conceito ampliado e não restrito às explicações médicas ou à racionalidade biológica. Logo, a saúde envolve a qualidade de vida das pessoas e passa a ser expressão política de uma vontade coletiva, cujos fatores determinantes e condicionantes, entre outros, são a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Brasil, 1990).

Da APS, ergueu-se um novo “puxadinho”, outro cômodo da casa, cujo papel, a Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, regulamentou-a como sendo uma casa também da família. Com isso, o SUS estrategicamente se reorganizou e aumentou ainda mais, ganhou inúmeras novas casas, as Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSFs, que compõem a Estratégia Saúde da Família – ESF. No novo cenário, as mudanças não ficaram só no nome, mas pressupõem que o processo de trabalho e a produção do cuidado e saúde sejam reorientados e reorganizados pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social²⁰.

Essas casas, as UBSFs, estão colocadas mais próximas das pessoas e tornam-se a porta prioritária de entrada dos usuários no sistema. Com isso, o modelo de atenção à saúde passa a valorizar o vínculo com a comunidade, aproximando-se do processo de cuidado em saúde das famílias, estabelecendo relações com as pessoas e respeitando e incorporando os princípios e diretrizes básicas do SUS. Sendo assim, o trabalho passa a ser desenvolvido por uma equipe composta por diversos profissionais²¹ e por meio do exercício de práticas gerenciais dirigidas às populações de territórios bem delimitados, assumindo a responsabilidade sanitária e considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as populações atendidas.

Por ser um trabalho complexo, exige uma intervenção ampla em diversos aspectos, tanto no que diz respeito às práticas quanto aos saberes necessários para desenvolver um saber-fazer que se aproxime da demanda exigida nesse âmbito do SUS. Com isso, os gestores (governo), trabalhadores e usuários realizam um importante movimento no que se refere às

²⁰ Para saber mais, cf. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Atualmente esta portaria está revogada por meio da Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011.

²¹ São equipes multidisciplinares compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde; quando ampliadas, contam ainda com um dentista e um auxiliar de consultório dentário. (Brasil, 2009)

mudanças na organização do trabalho e, conseqüentemente, na assistência e atenção à saúde, ofertadas pelos serviços, enquanto processo de implementação do modelo preconizado nesse construir.

Todavia, mesmo com a tentativa de reorientação e reformulação do sistema, ainda existem inúmeras dificuldades e obstáculos para a implantação “de fato” dos referidos pressupostos. Portanto, é inegável a fragilidade organizativa e operativa do SUS ainda hoje, visto que nem sempre aquilo que está no papel se dá de fato nos “espaços vivos” do cotidiano de trabalho, no interior do sistema.

A meu ver, o SUS encontra-se no caminho do meio, entre o ideal e o real, no possível. Existe um processo em movimento, não está parado; no entanto, está em meio a um campo ainda com muitos problemas, tensões, conflitos e contradições, que modificam profundamente a capacidade dos serviços em cumprir com seu papel na defesa da vida. Convivemos, ainda, com uma falta de eficácia e efetividade dos serviços, pois o que predomina nas práticas das instituições e serviços de saúde são ações de um modelo tecno-assistencial biomédico, cujo paradigma de saúde está pautado, sobretudo, na ausência de doença.

O modelo aludido, ainda predominante, considera e preocupa-se quase que exclusivamente com a melhora dos fatores funcionais orgânicos das pessoas e é restrito à doença como processo biológico, assumindo uma perspectiva reducionista e fragmentada do fenômeno saúde, uma vez que se limita a condutas que visam “controlar” a doença, desconsiderando os demais acontecimentos que compõem o cotidiano e a multiplicidade da vida das pessoas.

É nesse quadro que estão os trabalhadores da saúde, em sua grande maioria em crise, impotentes, cansados e insatisfeitos com suas realizações ou não realizações. Na mesma cena, também os usuários, queixosos e inseguros com o atendimento que lhes é oferecido. Parece que nos está posto um desafio enquanto trabalhadores e usuários dessa casa. Logo, faz-se importante atentarmos para tal quadro e diante dele apontarmos possibilidades de superação do mesmo.

Merhy (1997), no texto *O SUS e um dos dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*²², nos indica pistas para um possível caminhar:

²²MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Sonia Fleury. (Org.). *Saúde e Democracia – A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997, v. 1, p. 125-143.

Se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representando como doença – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Temos como desafio a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico e da construção de um trabalhador coletivo na área da saúde. (Merhy, 1997, p.127)

Nesse sentido, torna-se necessária a construção de acolhimento e vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, bem como a edificação do compromisso e da responsabilidade do trabalhador diante do usuário e do cuidado que oferta, uma vez que o trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato²³, que se faz no interior das instituições e no cotidiano dos nossos processos de trabalho.

Soma-se a isso o pensar uma produção subjetiva do cuidado, em que seja estabelecida uma relação na qual o trabalhador disponha de seus saberes e conhecimentos como tecnologias que produzem fazeres eficazes e úteis, a serviço do usuário e do seu problema. O processo deve primar pelo desenvolvimento de um trabalho digno do ponto de vista do trabalhador, do usuário e do próprio trabalho vivo, realizado em ato.

Um proceder em saúde construído em uma relação entre os sujeitos que caminham em direção a um cuidado “usuário-centrado”, que acolhe e respeita seus desejos, intenções, necessidades e escolhas, sem normatizar, moralizar, culpabilizar ou marginalizar, que se corresponsabiliza e dá lugar ao protagonismo dos sujeitos, possibilitando o construir de competências/virtudes a partir do encontro entre as pessoas e seus viveres nos espaços micropolíticos no território, em um processo de trabalho de cuidado e saúde. Tal processo busca, em conjunto, trabalhadores e usuários, “desenhar” nas entrelinhas novos contornos para um caminhar na direção da implicação, da efetividade e da edificação dessa “nossa” casa, o SUS.

Assim, inspirado no cantor Oswaldo Montenegro que, para não enlouquecer de verdade e ir para um hospício, pintou o caos, pintou seu apartamento e foi morar “dentro” de

²³ Trabalho realizado por um trabalhador da saúde no exato momento em que é executado e que determina uma produção do cuidado

uma tela expressionista²⁴. É este convite que faço a todos por meio da metáfora de que lanço mão.

Enfrentemos o caos como se construir o SUS fosse também pintar “nossa” casa para adentrarmos em uma tela expressionista, nos lambuzando nas tintas, “pintando o 8” no “set” da vida, misturando-se entre as cores e os tons, permitindo-se o devir dos borrões. Pinceladas e chapadas, tons ora abertos e de profundidade, ora fechados e de realce. Construir o SUS está em se lanhar nos traços do trabalho cotidiano, ora fortes, agressivos e intensos, ora frágeis, esmorecidos e leves. Construir o SUS passa pelo desejo de potência nos encontros com os outros, pelos rabiscos de contornos singulares, diferentes e múltiplos, que retocam aquilo que é necessário e pintam por cima daquilo que está preciso. Construir o SUS requer desenharmos, ensaiarmos invenções e criarmos “novas” possibilidades com aquilo que é descortinado do silenciado e invisível nas subjetividades dos sujeitos, no viver de um processo micropolítico do trabalho em saúde no território do ato.

As tintas, pincéis, bisnagas, espátulas, *spray*, paletas e outros apetrechos estão à nossa frente, são nossas ferramentas tecnológicas, aquelas que já estão sendo utilizadas, as inventadas e as que precisam, ainda, serem inventadas em nosso dia a dia. Quando em nossos fazeres e saberes constituímos as ações do trabalho em ato, enfrentamos, de maneira efetiva, situações que requerem alguma mudança no quintal de nossa casa.

Como disse uma artista: “Todos somos artistas, qualquer um é um pintor, qualquer um pode pintar, dizendo, peguem os pincéis e as tintas, vamos construir o SUS?”

²⁴Expressionismo é um movimento artístico que procura retratar não a realidade objetiva, mas as emoções e respostas subjetivas que objetos e acontecimentos suscitam no artista. Trata-se de uma pintura dramática, subjetiva, que expressa os sentimentos humanos. Suas principais características são: pesquisa no domínio psicológico; uso de cores vibrantes e resplandecentes, fundidas ou separadas; dinamismo improvisado, abrupto, inesperado; pasta grossa, martelada e áspera; técnica violenta – o pincel ou espátula vai e vem, fazendo e refazendo, espantando ou provocando explosões.

Onda 4. Do localismo das especificidades multiprofissionais ao surfar com a multiplicidade da vida: as rupturas nucleares no processo do trabalho em saúde

Certo dia, entre idas e vindas, participava de uma roda de discussão sobre saúde. O “mediador” explanava algumas “verdades absolutas” sobre o que é saúde e o que vem a ser seu trabalho. Segundo ele, devemos partir de determinados conceitos e seus pressupostos para entendermos qual o papel que cada profissional deve assumir ao desenvolver seu labor.

Ele, no intuito de provocar a discussão, solicitou que as pessoas se apresentassem, dizendo a qual núcleo profissional pertencia e quais saberes e fazeres são específicos de seu “*metier*”. Em outras palavras, perguntava que profissional “você é”, e qual sua especificidade, isto é, o que “você faz” no seu local de trabalho, em nosso caso, uma UBSF. Antes mesmo de ser solicitado a falar, tomado por grande inquietação e forte incômodo, organizei e esbocei em minha cabeça um “desenho” daquilo que pretendia dizer.

É o exercício preliminar de pensar que utilizo aqui para apontar algumas reflexões acerca da multiprofissionalidade, quando quero tecer um diálogo de conexões e abeiramentos entre o vivido de minha experiência e as produções acadêmicas de autores da saúde coletiva que, ao tematizarem o assunto em seus trabalhos escritos, convidam-nos a participar dessa discussão.

Desafiado por Merhy, Damico e outros, quis trazer pistas no caminho de tentar refletir acerca de algumas questões levantadas pelos autores e que me inspiraram a pensar e a me interrogar enquanto trabalhador da saúde e, para além disso, apresentar “outras” “novas” provocações, a fim de que possamos continuar pensando juntos.

Mais à frente, pretendo realizar uma operação de ruptura conceitual com relação ao termo multiprofissionalidade, para pensarmos em uma “outra” lógica de gestão e produção do cuidado nos processos de trabalho²⁵ em saúde quando, a partir do pensamento referente

²⁵ Entendo como processo de trabalho a maneira organizacional do trabalho de cada serviço e trabalhador para se produzir o cuidado.

à *multiplicidade*, que utilizei com sentidos semelhantes ao de Gilles Deleuze e Félix Guattari, no primeiro volume do livro *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (1995), desenhei um ensaio inventivo de um esquema figurativo que apresentarei ao longo do desenvolvimento dessa reflexão, cuja linha de produção e organização do trabalho apostam na multiplicidade da vida e na produção subjetiva do cuidado, sendo que o uso do termo está diferente da habitual *multiplicidade clínica*²⁶.

Iniciemos, então!

Quando aqui, neste momento, refiro-me à multiprofissionalidade, falo de um lugar em especial: o espaço do território micropolítico do trabalho vivo; neste caso, o território do ato, uma UBSF. Conforme sabemos, nele se relacionam trabalhadores e usuários, pessoas diversas, diferentes profissionais, cada um acometido por processos históricos e sociais distintos, cujas *subjetividades*²⁷ carregam desejos, vontades e intenções, que se desdobram em conhecimentos e saberes na vida e no trabalho. Alguns deles fazem parte, supostamente, de domínio específico de um núcleo profissional.

Historicamente alguns núcleos profissionais²⁸ ligados às biociências²⁹ vêm construindo e impondo hierarquicamente certo domínio e hegemonia em relação a condutas, saberes e fazeres no território de ação em foco. Fruto de tal movimento é a produção de uma noção de um ato de cuidado, cujas valises³⁰ contêm ferramentas tecnológicas centradas em um modelo fragmentado de atenção à saúde. Segundo Merhy,

dependendo do paradigma de cuidado em foco esse ato tecnológico estará considerando o usuário como um portador de necessidade/fragmento, isto é, ele será visto como um objeto, como um corpo ou parte de um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos. Sob o olhar dos núcleos profissionais consagrados, hegemônicos, o usuário será mais objetivado ainda, pois será olhado como o suporte para a produção de um ato de saúde reduzido a um proceder profissional, o que vem

²⁶ Teia de procedimentos burocráticos e telegráficos que, em uma prática curativa habitual, remete os/as profissionais e usuários/as a uma multiplicidade clínica de estudos, exames, diagnósticos, tratamentos e orientações que pode servir às equipes de saúde. (DAMICO, 2011, p. 277).

²⁷ Entendo por subjetividades a maneira com que cada pessoa, em sua singularidade, significa sua realidade e interage com ela.

²⁸ Dentre os 14 núcleos profissionais constituintes da área da saúde, destaco a medicina, a fisioterapia, a enfermagem, a educação física, o serviço social, a psicologia, a nutrição, entre outros.

²⁹ Biociências: seu paradigma de saúde está centrado num viés biologicista, entendendo que ela é obtida pela melhora dos fatores funcionais orgânicos dos fenômenos fisiológicos do corpo das pessoas. Nessa perspectiva, a saúde é pautada pela ausência de doença e como processo exclusivamente biológico.

³⁰ Valises é um termo utilizado por Franco e Merhy (2006), caracterizado como sendo uma caixa de ferramentas tecnológicas que os trabalhadores carregam consigo. Nela, os trabalhadores, tanto de modo individual quanto coletivo, têm suas ferramentas/máquinas, seus conhecimentos, saberes tecnológicos (o seu saberfazer) e suas relações com todos os outros que participam da produção e do consumo do seu trabalho.

consagrando a construção de modos de cuidar centrado em procedimentos. (MERHY, 2005, p.199)

Cabe lembrar que estamos em um território cujo espaço caracteriza-se por acirradas disputas, um campo tenso, conflituoso e, às vezes, contraditório. Um espaço de relações de poder e que, freqüentemente, nos remete a relacionamentos com esse outro sujeito que se aproxima com algo que, no Surf, chamamos de *Localismo* territorial.

*Localismo*³¹ é o nome dado a uma prática em que um grupo de surfistas “Locais”³² compete e tenta impor um domínio sobre as ondas a serem surfadas em um certo pico³³ no mar e que pode impor um nível de hierarquia, ao ponto de um ter preferência na escolha das ondas a serem surfadas.

Quando a hierarquia em questão não é respeitada pelos “Haoles”³⁴, ocorrem desentendimentos e discussões que podem levar a situações de intenso desrespeito, humilhação e até mesmo violência. O localismo, algumas vezes, é praticado de uma maneira exagerada. Existem situações em que o surfista é expulso do mar apenas por ser uma pessoa estranha ao grupo de surfistas locais. Os “Locais” literalmente partem para a violência, vandalizam carros, motos e bicicletas, quebram as pranchas, agredindo verbal e fisicamente quem é de fora.

Surfar num lugar assim é praticamente “impossível”.

Um conto, no canto direito da praia do Matadeiro.

Certa vez, estava na ilha de Florianópolis - Santa Catarina, participando de um encontro de estudantes da área da saúde. Na época estava em tempos em que o surf era a principal coisa da minha vida. Talvez ainda continue sendo, mas isso não vem ao caso. Estar em “Floripa” era a possibilidade de conhecer uns picos diferentes e ter a chance de pegar “altas” ondas.

Estava em uma daquelas palestras muito chatas e intermináveis, não entendia nada do que o palestrante estava querendo dizer, afinal, em minha cabeça só estavam

³¹ A troca de fonte será utilizada quando em determinados momentos da minha escrita recorro a “passagens surfísticas” enquanto recurso metafórico no desenvolver de uma ideia, reflexão, pensamento.

³² Locais é o nome dado aos surfistas que moram perto ou surfam frequentemente numa determinada praia.

³³ Pico, um determinado local na praia.

³⁴ Haoles é o nome dado aos surfistas que não moram nem surfam com frequência numa determinada praia; são considerados os forasteiros, os surfistas de fora.

as “malditas” ondas. Por melhor que fosse a palestra, com isso na cabeça, nada certamente me agradaria. Olhei para o Tetão, um grande “brother de surf” e parceiro da vida e disse: bah! Tetão, tá “f...” isso aqui, partiu pro surf?

Tetão na mesma hora respondeu: bah meu! ia te falar a mesma coisa e te fazer o mesmo convite. Saímos do auditório e telefonamos para o Buza, outro amigo que estava nos hospedando em sua casa no Campeche e que também era surfista. No telefone, Buza nos disse que estava rolando umas ondas no Campeche, mas que no pico do Jacaré na praia do Matadeiro estava rolando “altas”.

Ouvir isso foi como receber adrenalina direto no coração, ficamos eufóricos e na “pilha” de cair naquele mar e surfar. Saímos correndo do evento e pegamos o primeiro ônibus em direção ao Sul. Lembro que estava um dia bem quente, quando sentei na poltrona suava por todos os poros, afinal, era início da tarde. No caminho da universidade até a estação, literalmente, corremos de baixo daquele sol forte e, ainda por cima, carregávamos nossas mochilas, que estavam bem pesadas.

O percurso até a casa de Buza durou cerca de 30 minutos. Chegando Lá, foi só o tempo de largar as mochilas, pegar as pranchas e já partimos em direção ao sul em busca das ondas. No caminho do Campeche até a praia do Matadeiro, fomos ouvindo Jack Johnson para entrar no clima e na vibe dos momentos que estavam por vir. Lembro que, por um momento, fechei os olhos e fiquei imaginando - mentalizando o mar, a alegria da galera e o encontro - surfar com cada onda. Neste instante, meu corpo vibrou e a energia espiralou forte dentro de mim.

Mais 15 minutos e estávamos chegando à praia do Matadeiro; estacionamos o carro e descemos e, enquanto vestíamos o long, avistamos vários surfistas se dirigindo ao mesmo pico. Recordo ouvir os gritos da galera vibrando e escutar o barulho das ondas quebrando. Já vestidos, pegamos as pranchas e fomos em direção ao mar, atravessamos um córrego para chegar a uma pedra que dá acesso à praia. De repente, o coração acelerou, olhei para o Tetão e para o Buza e a vibração estava estampada em nossos olhos e sorrisos, saímos correndo, pois queríamos ver logo as ondas.

De cima da pedra, avistamos o tão esperado cenário: quebravam séries clássicas de ondas, o mar estava verde claro, o vento soprava suave de sudeste, e os raios de luz do

sol refletiam sobre o espelho d'água. Pareciam cenas de filmes de surf que assistimos nos dias que não rolam ondas. Fiquei um tempo ali sentado, observando as ondulações chegarem, atento ao movimento do mar e dos surfistas, na tentativa de sentir e reconhecer um pouco da energia do lugar e daquele momento-acontecimento.

Tetão já estava entrando no mar, acenou para mim lá de baixo e me chamou para entrar também. Desci rapidamente entre as pedras escorregadias da encosta e, à medida que me aproximava do encontro com o mar, meu corpo vibrava cada vez mais. Fechei os olhos, respirei fundo e, de alguma maneira, a partir daquele instante, já estava em sintonia e conectado com o mar. Mais alguns passos e agora as ondas tocaram meus pés, me agachei e segurei um pouco de água, peguei minha prancha e caminhei um pouco mais para o fundo, me deitei na prancha e saí remando mar adentro. Conforme me movimentava, observava alguns surfistas nas ondas; a água estava fria e o pico muito crowded³⁵.

Remei em direção a uma onda intermediária; junto comigo remaram mais três surfistas, o clima ficou tenso e uma energia estranha tomou conta do meu corpo. Mesmo assim, consegui me posicionar melhor em relação aos outros surfistas e peguei minha primeira onda. Retornando para o inside³⁶, dois surfistas falaram algo para mim, mas com o barulho das ondas quebrando não consegui entender o que disseram. Remei um pouco mais para dentro do mar e me posicionei no outside³⁷. O clima lá estava ainda mais “pesado”, a concentração de surfista era ainda maior. Decidi, então, remar mais ao fundo para tentar pegar uma ondulação mais de fora da crowd.

Lá fora, fiquei um bom tempo sentado na prancha meio que à espreita e à espera de uma melhor oportunidade. Procurei encontrar o Tetão dentro do mar, mas não consegui avistá-lo, me senti um pouco sozinho neste momento. Percebi que no canto esquerdo da praia quebravam boas ondas, mas conseqüentemente a disputa ali era bem maior do que no meio da praia, onde eu estava posicionado. Reconheci uma ondulação cuja séria entrava mais a direita e fora da bancada, portanto, um pouco afastado da crowd. Remei para lá e fiquei na vaga à espera da próxima ondulação.

³⁵ Com excesso de surfista em determinado pico, territorialidade.

³⁶ Territorialidade marítima mais próxima à beira da praia

³⁷ Territorialidade marítima mais distante da beira da praia.

Os três surfistas que haviam “disputado” a onda intermediária comigo, perceberam meu afastamento e remaram em direção ao pico onde eu estava. Ao se aproximarem de mim, perguntaram se eu não havia entendido o que eles tinham me dito, eu respondi que não; eles, então, disseram: nesta praia haole não surfa, o máximo que pode fazer é ficar nos assistindo ou tentar pegar um jacaré lá em cima da pedra. Neste exato momento, sem responder nada avistei a entrada da série e remei em direção das ondas.

Eles vieram atrás e gritando: não rema haole! Não rema haole! Não rema haole! Eu, atrevido que sou, os ignorei e parti ao encontro da primeira onda da série. Era uma esquerda irada, tinha um metro e meio mais ou menos, entrou forte, rápida e abrindo. Porém, quando menos esperava, fui rabeado³⁸ por dois dos três surfistas, que gritavam: saí haole! Sai haole! Se não sair vai apanhar! Nesta situação, não tinha muito que fazer, então, resolvi continuar surfando aquela onda.

No entanto, quando cai da prancha, os dois surfistas que atendiam pelo apelido de chefe e de doutor me intimidaram novamente, dizendo: O que você não entendeu haole? Você é surdo ou quer apanhar mesmo? Nesta hora, respondi que não queria confusão, só pretendia surfar na minha e de boa. E eles reiteraram: aqui haole não surfa, ou você vai pegar jacaré em cima da pedra ou vai embora, se insistires em surfar aqui no nosso pico, as coisas ficarão feias para você.

A essa altura, o clima e a energia daquele encontro com o mar haviam se transformado: o que era desejo, alegria, prazer, felicidade e amor agora era tensão, disputa, desrespeito, desconfiança e desencanto. Então, me retirei do mar e fui à procura dos meus amigos, reencontrei Tetão e o Buza, juntamos nossas coisas e fomos embora. No caminho de volta para casa, ficamos pensando que estratégias poderíamos realizar para conseguir surfar aquelas tão sonhadas ondas, mas enquanto não as encontramos, resolvemos surfar em outras praias, ou ainda, ir para o Cassino, onde somos nós os locais do pico.

³⁸Rabear é o mesmo que entrar na onda que alguém já está surfando.

Não tão distante da situação de localismo enfrentada na praia do Matadeiro, muitas vezes, nos defrontamos com circunstâncias semelhantes no campo da saúde pública e da saúde coletiva, quando as relações entre nós, sujeitos-trabalhadores, no território micropolítico do processo de trabalho, operam na mesma lógica, competitiva, hierárquica, não solidária, instituída e instituinte do modelo médico hegemônico³⁹ de saúde.

Operar com a multiprofissionalidade, a partir da lógica recém-destacada, é considerar que, embora o trabalho em uma UBSF seja realizado por diversos trabalhadores, dos mais variados núcleos profissionais específicos, tal condição não nos garante um ato em saúde que rompa com o atual modelo médico hegemônico, pois o que predomina é a tentativa de cada núcleo; segundo a lógica empregada, é “definir os saberes que é de seu domínio predominante, seus objetos de ações e suas finalidades enquanto produtores de atos de saúde específicos” (Merhy, 2005, p.201)

Em outros termos, surgem movimentos corporativos centrados, quando cada núcleo profissional, por esse viés, produz um cuidado a partir da construção de atos de saúde, cujos saberes e fazeres estão em um conjunto de práticas centradas em procedimentos específicos, propostos como a única solução para os problemas de saúde das pessoas. Um conjunto de ações em que o ato está centrado e restrito a definições de uma especificidade, e suas racionalidades são da ordem biomédica e baseadas no agir de um profissional específico.

Portanto, não basta somente “juntarmos” diversos olhares profissionais específicos para nos aproximarmos de um tipo de ação de cuidado que nos relacione de modo horizontal e altero com o outro. Horizontal no sentido de que quando o encontro entre os diferentes sujeitos se dá, por meio de um posicionamento ético-político de cada um, que permita uma relação de respeito e de proximidade entre os trabalhadores e usuários, cujo ato constrói um tipo de ação de cuidado significativo às demandas e necessidades desse outro. Altero quando, no mencionado encontro, permitimos deixar em segundo plano nossas racionalidades e (pré)condutas disciplinares, já dadas pelo território nuclear das profissões específicas, para nos abriremos a novas possibilidades, a partir do compartilhar e da troca de diferentes olhares com esse outro, trabalhadores e/ou usuários.

O que não significa o abandono daquilo que é inerente à nossa formação específica enquanto profissional da saúde. Falo de um posicionamento em relação ao outro, aos

³⁹ Modelo cuja força representativa da categoria profissional médica captura os demais territórios nucleares das demais profissões e produz ações de cuidado em saúde a partir do paradigma biologicista da medicina hegemônica.

nossos próprios atos e agir nos encontros, em que, ao compor com os diferentes trabalhadores dos distintos núcleos profissionais específicos, universitários ou não, e, ainda, comendo com os usuários, possibilitamos uma integralização de fazeres e saberes que se complementam e constituem-se em uma “competência” e/ou “virtude” em nosso agir. O que Franco e Merhy, em seus escritos, denominaram de o *trabalhador coletivo*. Para eles,

o trabalhador de saúde é sempre coletivo: vale assinalar que não há trabalhador de saúde que consiga sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar: o mundo das necessidades de saúde. Deste modo o trabalho de um técnico da saúde, de um profissional universitário ou de um auxiliar depende um do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. (MERHY e FRANCO, 2006, p. 278)

Portanto, me refiro ao fato de que precisamos deixar de lado a “roupagem” dos núcleos profissionais para, então, romper com as demarcações territoriais específicas, de maneira que consigamos nos encontrar e relacionar como esse outro “sujeito”, seja ele o usuário ou o próprio trabalhador, sem correr o risco de precocemente esterilizarmos a viabilidade de ação de produção de “novos” atos de cuidado “usuário-centrado⁴⁰”, individual e/ou coletivo, e em defesa radical da vida⁴¹ com o outro.

Alia-se a isso, a *amputação de fazeres*.

Damico contribui com uma importante reflexão acerca da discussão em torno dos núcleos profissionais específicos e sua relação com o cuidado em saúde e nos desafia a pensar a partir do que ele metaforicamente denominou de *amputação de fazeres*, isto é, “corte ou perda da especificidade profissional dos trabalhadores que militam na saúde coletiva”. Segundo ele, a operação permitiria passarmos de um campo de certezas e regularidades da lógica do cuidado para o campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. (DAMICO, 2011, p. 274).

Fazendo uso das ideias e roubando⁴² as palavras do autor, traço um caminho na contramão dos discursos hegemônicos que atendem o paradigma de saúde do modelo

⁴⁰ Trata-se de uma operação de descolamento do usuário quando num processo de cuidado em saúde; rumo de uma posição de objeto para assumir um lugar de sujeito na ação.

⁴¹ Defesa radical da vida é uma expressão utilizada por Emerson Elias Merhy, quando se busca um processo produtivo que causa impacto nos ganhos dos graus em defesa de autonomia no modo do usuário andar na sua vida. Luis Fernando Bilibio, em sua tese de doutorado, ao analisar o movimento em defesa da vida (MDV), diz: “A vontade de defender a vida composta pelos nômades, pelas matilhas, pelos bandos interessados em potentes práticas micropolíticas, formuladores de atos de criação. Talvez a vontade de defender a vida mais próxima da trágica afirmação da vida na perspectiva da vontade de poder. Essa tem o nome que Merhy primeiro lhe deu: defesa radical da vida”. (BILIBIO, 2009, p. 107-108)

médico hegemônico ou, ainda, de qualquer outra perspectiva totalizante, que tenta controlar e normatizar as pessoas e suas vidas, responsabilizando, culpabilizando e moralizando os indivíduos.

Amputar os fazeres dos profissionais “especialistas” nos dá a possibilidade de interrogarmos nossas intercessões, de modo a pensarmos intervenções “diferentes”, que “abandonam” nosso fazer técnico específico da área e que não se pautem somente no restabelecimento da funcionalidade de um órgão, como, por exemplo, pensam muitos trabalhadores de instituições/serviços de saúde pretensamente curativas.

É ainda admitir nossos limites e incompletudes, enquanto saber pré-estruturado, percebendo o quanto nossas ferramentas tecnológicas específicas nos limitam a uma intervenção em saúde colocada na perspectiva biológica do processo de cuidado, uma vez que os profissionais transferem e adotam, para seu fazer, práticas bastante tradicionais e corporativas, cujo paradigma de cuidado se pauta em prevenir e/ou curar a “doença”. Isso se manifesta quando, por exemplo, os profissionais, supostamente, sabem responder objetiva e positivamente pedidos e perguntas relativas a uma possível doença e sua cura. E mais: sabem o fazer “ideal” para recuperar a saúde, bem como prevenir e minimizar o padecimento de cada sujeito, usuário individual e/ou coletivo.

Então, a partir desse processo de amputação dos fazeres profissionais específicos, torna-se possível “inventarmos” nosso fazer-saber, de modo a produzir um olhar sobre o cuidado quando nós, “trabalhadores da saúde”, uma vez inseridos e compondo em um processo constituído por diferentes núcleos profissionais, encontramos a possibilidade de construir com estes novas ferramentas de trabalho que apostem nas tecnologias mais relacionais, como, por exemplo, o acolhimento, o vínculo e a escuta qualificada.

Na “outra” lógica aqui referida, nossos atos caminham rumo à desmedicalização⁴³ da demanda e olham, escutam e reconhecem um trabalho vivo, a ser realizado a partir dos encontros com o usuário, individual e/ou coletivo, nas suas subjetividades – intenções, vontades e desejos –, encontradas nas falas, nos gestos e nos signos processuais de cada sujeito; enfim, no território relacional micropolítico do ato.

⁴² “Para Deleuze, a criação de conceitos é também um ato de roubar conceitos dos outros; segundo ele, o roubo é criativo, pois sempre transformamos aquilo que nos apropriamos”. (GALLO, 2008, p.10) Seguindo essa mesma ideia, foi isso que quis fazer: um roubar de palavras criativo, que motive novos roubos e outras criações.

⁴³ Desmedicalização aqui é vista como processo de cuidado em saúde em que se rompe com o modelo médico hegemônico, cuja prática se define bastante tradicional e corporativa. Esse rompimento permite um operar do cuidado em uma perspectiva mais relacional, em um campo das subjetividades.

Conforme nos ensina Damico, um caminhar não totalizante, cuja trilha “é da ordem do borramento de fronteiras, ou melhor, da rasura disciplinar, e envolve múltiplas especialidades que se entrecruzam para dar resposta a demandas e necessidades” (DAMICO, 2011, p.278). Talvez Deleuze e Guattari, ao mencionarem uma lógica de pensamento a partir da multiplicidade, nos deixaram pistas que também podem nos auxiliar a traçar um fazer-saber por um outro caminhar. A multiplicidade está em uma lógica filosófica do pensar, na qual

Deleuze, inspirado em Nietzsche, quis inventar o platonismo. Em lugar de buscar as formas puras expressas numa única idéia, atenta para as miríades de detalhes da sensibilidade; em lugar de buscar a contemplação do Sol, diverte-se com as múltiplas possibilidades do teatro das sombras no interior da caverna. (GALLO, 2008, p.31)

Trata-se, portanto, de um pensar filosófico que busca a multiplicidade no cotidiano concreto, nas diferenças e variações do múltiplo e não do uno que, embora sejam expressões de um mesmo cotidiano, jamais serão unificadas, já que todo acontecimento, pensamento e palavra possuem sentidos múltiplos. Conforme colocado anteriormente, uma forma singular de intuição antidialética, uma vez que propaga e se diferencia em múltiplas tonalidades, sem categoria, sem generalidade e sem mediação. No dizer de Deleuze e Guattari,

As multiplicidades são a própria realidade, e não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito. As subjetivações, as totalizações, as unificações são, ao contrário, processos que se produzem e aparecem nas multiplicidades. Os princípios característicos da multiplicidade concernem a seus elementos, que são *singularidades*; as suas relações, que são *devires*; a seus acontecimentos, que são *hecceidades* (quer dizer, individualizações sem sujeitos); a seus espaços-tempos, que são espaços e tempos *livres*; a seu modelo de realização, que é o *rizoma* (por oposição ao modelo da árvore); a seu plano de composição, que constitui *platôs* (zonas de intensidade contínua); aos vetores que as atravessam, e que constituem *territórios* e graus de *desterritorialização*. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 8)

Nessa linha, pensar uma gestão e organização do cuidado na lógica da multiplicidade nos permite uma operação de ruptura conceitual com o termo multiprofissionalidade, que, quando operacionalizada em um processo de trabalho em saúde, ganha outras significações, já que pode estabelecer uma “outra” relação de cuidado “usuário-centrado”. Um fazer-saber que possibilita a construção de *linhas de fuga*⁴⁴, as quais viabilizam ações de produção de atos de cuidado, que dão lugar e destaque àquilo

⁴⁴ Linhas de fuga – neste trabalho – referem-se as linhas de cuidado, linhas intercessoras .

que está invisível, abafado e silenciado na subjetividade de cada sujeito – trabalhadores e usuários, individual e/ou coletivo – no espaço micropolítico do território do trabalho vivo.

Pois bem, fazer uso da multiplicidade permite um deslocamento do olhar, que rumo de um campo positivista⁴⁵ das relações territoriais nucleares das profissões específicas para um olhar na direção do campo das relações subjetivas nos processos de trabalho em saúde⁴⁶. É no deslocamento proposto que acredito estar a potencialidade de encontros que garantam o favorecimento do protagonismo⁴⁷ desses “sujeitos”, uma vez que se instala um agir pautado no respeito ao diferente, em sua multiplicidade e diferença, acolhendo o usuário, individual e/ou coletivo, em sua singularidade múltipla.

Isso tudo se trata do que, afinal?

Para melhor entendermos as operações realizadas a partir dessa lógica de pensar, precisamos, agora, nos voltar para o debate em torno da *integralidade do cuidado*, para que, de posse de tal ideia, consigamos articular as reflexões a que nos propomos, de maneira a compreendermos o esquema figurativo que “ensaiei”, a partir de um diagrama proposto por Merhy⁴⁸, para designar os espaços intercessores de relações que se produzem nos encontros entre sujeitos. Na sequência, apresento uma possível operação com base na multiplicidade para olharmos essas relações nos processos de trabalho em saúde, a partir do pensar a integralidade e suas linhas de cuidado⁴⁹.

Voltando a pergunta do “mediador”, quais os saberes e fazeres são específicos de nossos núcleos profissionais em nosso “*metier*”?

Confesso que ainda não tenho uma resposta pronta e definitiva, mas continuo pensando e me interrogando ainda mais em relação às questões destacadas. Não para respondê-las, mas sim para me movimentar enquanto sujeito “problematizador”.

⁴⁵ Campo de ordenação das ciências experimentais, dos universais, das verdades absolutas, das certezas e regularidades, e de caráter seguro e definitivo.

⁴⁶ Campo das processualidades, enquanto processos de produção de subjetividades a partir da lógica da multiplicidade, isto é, campo das incertezas e irregularidades, do impreciso e imprevisível, do inseguro e incompleto.

⁴⁷ Refiro-me ao favorecimento de uma relação entre os sujeitos – trabalhadores e usuários – que desloca esse usuário de uma posição cuja intenção de cuidado o objetiva, para uma relação na qual o referido usuário protagoniza um cuidado a partir dos seus diferentes modos de viver, adoecer e morrer enquanto sujeito nesse agir.

⁴⁸ Ver em MERHY (1997, p. 139). Este esquema está mais bem representado a partir da página 37, na Onda 6, que segue neste trabalho.

⁴⁹ As “linhas de cuidado” significam uma assistência que se produz por fluxos contínuos entre os serviços, com o acesso assegurado e tranqüilo, por parte do usuário, a toda a rede assistencial, buscando os recursos necessários à resolução do seu problema de saúde. (FRANCO, 2007, p.14)

Onda 5. O cuidar da linha na integralidade do cuidado: a busca da onda perfeita

Seguindo na esteira das interrogações, ainda me chama atenção o quanto o “fazer real” do SUS, em determinados aspectos, está distante dos pressupostos contidos em seus princípios e diretrizes, enquanto políticas públicas relativas à atenção e à assistência à saúde. Embora o preconizado no SUS seja um modelo de atenção diferenciado do tradicional – biomédico –, o que é possível ver, algumas vezes, no território cotidiano do trabalho, é algo próximo de uma “*Política de Promoção da Doença*”, uma vez que as ações de cuidado se preocupam quase que exclusivamente com o controle das enfermidades de um “corpo doente” e deixam de lado todo um viver das pessoas.

É sabido que, há certo tempo, o movimento sanitário brasileiro, na tentativa de reorganizar os serviços de saúde, vem se interrogando e pensando “alternativas” operacionais capazes de garantir a produção de um cuidado que dê conta de atender as necessidades e demandas das pessoas, de modo que consiga se aproximar do “idealizado” nos pressupostos do SUS.

Vejamos um pouco daquilo que o SUS busca alcançar, a fim de continuarmos pensando.

Adoto como pressupostos os princípios e diretrizes que direcionam ética e politicamente o SUS e que constituem um conjunto de regras, cuja conduta foi instituída pela própria Constituição de 1988, quando a sociedade brasileira organizada elege legitimamente o SUS como sendo o seu sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde foi instituído na Constituição Federal de 1988 e pode ser caracterizado pelo arranjo organizativo das ações e serviços de saúde destinados a promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas e das populações no solo brasileiro. Trata-se de uma imensa e complexa rede de cuidados à saúde que envolve um processo de organização com responsabilidades diferenciadas nas três esferas de gestão do Estado brasileiro: as esferas federal, estadual e municipal. (BILIBIO, 2009, p. 43)

Dentre os princípios ideológicos do SUS, estão **a universalidade** (a saúde é direito de todos e dever do estado), **a integralidade** (o direito ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais) e a

equidade (que, ao mesmo tempo em que igualamos as pessoas no nível do direito no “princípio da universalidade”, diferenciamos-las do ponto de vista das suas necessidades específicas, garantindo ações em saúde conforme tais necessidades). E ainda os princípios da **descentralização** (fundamentado na teoria segundo a qual, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto), da **regionalização** (em que as ações em saúde devem ser organizadas a partir de regiões delimitadas, desde o nível municipal, passando pelo estadual até o federal), da **hierarquização** (garantia de que todas as pessoas tenham disponíveis todas as ações em saúde de que precisam), da **racionalização** (prevê que não haja oferta de procedimentos desnecessários e, portanto, desperdício de recursos), da **complementaridade do setor privado** (o cidadão, quando for atendido no setor privado, da mesma forma como no público, estará garantindo a efetivação do seu direito à saúde) e o da **participação popular** (parte da máxima de que quanto mais envolvimento da sociedade houver na construção e fiscalização do SUS, mais chance haverá de êxito), enquanto princípios que regem sua organização⁵⁰.

Para melhor delimitar o foco deste trabalho, serão abordados aqueles princípios que considero de maior relevância para a discussão proposta neste momento. Logo, irei focar os princípios da universalidade e da integralidade, por entender que ambos evidenciam uma maior direcionalidade no que diz respeito à atenção e ao cuidado suposto pelo sistema único de saúde.

A universalidade é um princípio do SUS que mostra claramente uma intenção de projeto de sociedade, cuja vontade é pautada na igualdade de direito entre todas as pessoas e, no caso aqui tratado, direito à saúde e de acesso a todas as ações e a todos os serviços para que, igualmente, a saúde de todos seja promovida, protegida e recuperada. A universalidade refere-se ao direito de todos à saúde, conforme o artigo 196 da Constituição Federal:

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

A integralidade, por sua vez e em sua origem, é um princípio que trata da proposição de um atendimento, cujo cuidado ao indivíduo e à população pressupõe e exige uma atenção integral, isto é, um cuidado que deve considerar o ser humano em sua integralidade e, portanto, um todo indivisível e integrante de determinada sociedade. Dessa

⁵⁰ Para mais, ver em KUJAWA,H.; BOTH,V.; BRUTSCHER,V. *Cartilha Direito à saúde com controle social*. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde, Fórum Regional da Saúde e Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo, 2003.

maneira, as ações de saúde precisam constituir um cuidado em um âmbito o mais amplo possível, com esse ser humano integral devendo ser atendido em um sistema capaz de cuidar e atender ao máximo as demandas e necessidades dos indivíduos e da população por eles formada.

Ainda na mesma linha, o SUS pressupõe ser um sistema de saúde cujos diversos serviços, em suas diferentes complexidades de atenção, integram ações de promoção, proteção e recuperação de agravos à saúde, individuais e coletivas. Assim, complementando com as palavras de Fernando Bilibio,

A integralidade diz respeito à diversidade dos determinantes do processo saúde-doença e, deste modo, aponta a necessidade de articulação das ações e serviços de saúde com tecnologias de proteção da vida humana de outras áreas do Estado, sociais e econômicas. Trata-se da intersetorialidade das ações na busca do máximo cuidado das necessidades de saúde e, deste modo, a integralidade também tem o caráter de uma política de bem-estar social ampla. (BILIBIO, 2009, p. 41)

É interessante perceber o quanto muitas dessas palavras mencionadas anteriormente e tantas outras são encontradas e se repetem em inúmeros artigos científicos que tematizam a saúde, pronunciadas em rodas de conversas e discussões no meio acadêmico e ainda enunciadas enquanto conceitos “absolutos” no território do trabalho. Dentre elas, destaque: saúde, doença, integralidade, integralidade do cuidado, cuidado integral, cuidado humanizado, autonomia, protagonismo, humanização, multidisciplinaridade, multiprofissionalidade, clínica, clínica ampliada e vida.

No presente trabalho, não é minha intenção esboçar um pensamento acerca de todas essas palavras, seus significados e efeitos no cotidiano do trabalho em saúde, mas, em relação a uma palavra, especificamente, faz-se imprescindível a discussão, no caso e não por acaso, envolvendo a integralidade.

Dando continuidade ao debate, parto de um entendimento em que a integralidade enquanto princípio prioritário do SUS tem seu significado e sentido centrados em uma assistência ao usuário e em tudo o que representa sua necessidade. Assim, pensarmos em uma integralidade do cuidado em saúde é criarmos garantia de boas condições de vida a esse sujeito, bem como de acolhimento nos serviços de saúde, a fim de que possa ter seus problemas resolvidos e, principalmente, garantido o acesso a uma maior diversidade de tecnologias de cuidado. Portanto, “a integralidade está ligada à ideia de uma alta eficácia

nos serviços de saúde e um processo de trabalho centrado no usuário”. (FRANCO, 2007, p. 13)

Nesse contexto, Túlio Franco nos ensina que

A primeira idéia de integralidade no SUS está vinculada ao conceito de integrar serviços de prevenção e promoção à saúde, com os de assistência. Isto está na origem do SUS e inscrito na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080). Mas essa noção de integralidade já foi, há muito tempo, superada por outra, que tem por objetivo a produção de serviços de saúde, em rede, onde a integralidade opere de forma sistêmica, e seja incorporada como algo inerente aos serviços de saúde. Associamos a integralidade, do ponto de vista operacional, com a imagem de uma “linha de produção do cuidado”. (FRANCO, 2007, p.14)

Sendo assim, percebo que o conceito de integralidade está empregado com sentidos e significados que nos remetem a uma conduta totalizante⁵¹ de cuidado e, sobretudo, enquanto ato de saúde que não dá conta de atender à complexidade que envolve a vida das pessoas. Essa utilização se torna mais um engodo discursivo da medicina biologicista, cujo modelo de atenção à saúde – médico hegemônico, já apresentado aqui – não consegue corresponder e atender a todas as suas promessas e está muito distante de formular novas práticas de saúde e mudanças em suas tradicionais implicações no cuidado. Segundo Émerson Merhy,

na maioria das vezes a integralidade está sendo capturada por modelos de praticar a produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativos (...) capturando seus sentidos nos significados dos campos nucleares das profissões, engravidando-a de um paradigma já dado: a perspectiva biologicista da medicina hegemônica. E não podemos dizer que só os médicos fizeram e fazem isso, pois, com um olhar atento, vemos que esse é o movimento realizado por todas as profissões de saúde, universitárias ou não. (MERHY, 2005, p.197 - 198)

Concordo com o autor quando ele afirma que não basta apenas falarmos de integralidade; é necessário adotarmos novas posturas, cuja intenção é de profunda mudança em nossas ações. É preciso criarmos novos modos de agir, que nos possibilitem preencher com outros significados e sentidos nossos atos de saúde para, com isso, ser possível estabelecer posicionamentos em relação ao nosso próprio agir e na relação do trabalhador com o usuário, oportunizando a produção de um cuidado que reconheça a presença do outro e nos desloque para um lugar de encontro com esse “sujeito” e conosco.

Partindo desse deslocamento, poderemos ressignificar e criar outros pensares em relação a nossos saberes e fazeres, que estimulem atos de cuidado em saúde, abertos para a

⁵¹ Totalizante nesta situação refere-se a uma conduta completa, plena e integral de cuidado.

multiplicidade dos processos de viver. Dito de outro modo, um fazer-saber que reconhece a complexidade dos diferentes modos com que as pessoas levam suas vidas e busca perceber os diversos fenômenos sociais que nos cercam, acolhendo a diversidade dos usuários enquanto fabricantes de suas necessidades e demandas em suas produções de vida cotidiana e que respeita a singularidade múltipla dos sujeitos, enquanto seres desejosos de relações, protagonismo e poder no mundo.

Façamos um “desvio” para espreitarmos um pensar que diga respeito a tudo isso, a partir de uma busca no mundo do surf.

Dentre as coisas que o surf pode proporcionar para quem o pratica, algo, em especial, chama atenção e motiva tantos surfistas: refiro-me ao que muitos chamam de “a busca da onda perfeita”. Aquela onda que acrescenta aprendizados e que inspira os mais aventureiros a se movimentarem atrás daquilo que os fazem crescer como pessoas e que traz sentido e potência para o viver de cada um.

Alguns surfistas relatam que a busca pela onda perfeita é o mesmo que buscar felicidade, prazer, desprendimento, liberdade e desafio. Nesse sentido, o que a faz perfeita ou não, independe especificamente da onda; trata-se da integração entre diferentes e diversos elementos. Por exemplo, o caminho que cada surfista percorre, as emoções e sensações no encontro com o mar e os amigos que faz.

Olhemos para o caso das Três Maria

As Três Maria, na praia do Cassino, no litoral sul do Rio Grande do Sul, é uma onda que quebra em uma bancada de areia, cascalho, silte e lama, oriundos da Lagoa dos Patos, que lança águas da bacia de drenagem do Rio Grande do Sul no mar. Ela acontece aproximadamente 5km da costa, que, nas condições certas, oferecem qualidades para o surf de ondas grandes.

A onda quebra em mar aberto, próxima à parte mais distal do Molhe Oeste da Barra do Rio Grande e são semelhantes às ondas da curva⁵², só que em maiores proporções. Quem mora pelo Cassino e, às vezes, vai à praia em dias que o mar está com

⁵²Um outro pico “lugar” onde se formam ondas na praia do CASSINO - RS.

ondulações grandes, já está acostumado a vê-las quebrarem. Conforme as condições do mar, é possível enxergar a onda até mesmo da beira da praia.

Alguns surfistas, windsurfistas e kitesurfistas do Cassino já visualizaram as Três Maria de perto e relataram que a onda é um rampão⁵³, com alturas maiores que a vela de windsurfe, por exemplo. Dizem que alguns já até a surfaram, mas isso não tenho como confirmar.

Surfar esta onda é um dos grandes objetivos e desejo da vida de vários surfistas da região. Porém, este é um desafio ímpar para qualquer um que se aventure, pois problemas e dificuldades existem e não são poucos. A onda quebra no meio do mar e praticamente sem nenhum ponto de referência para se definir um posicionamento no "línep"⁵⁴.

Quem já pegou um mar grande e com pressão⁵⁵ sabe o quanto é penoso tomar um seriadão na cabeça,⁵⁶ tendo que furar mais de uma dezena de espumeiros⁵⁷ para sair da zona de impacto⁵⁸. Agora, mentalize essa situação a 5km mar adentro, multiplique o tamanho e a força das ondas por dez e imagine tomar esse seriadão na cabeça. Sem falar no fato que as Três Maria são na realidade umas "vinte Maria", pelo menos, e ainda tem-se que considerar as correntes que podem te levar direto de volta para a zona de impacto.

Este surf não é para qualquer um. Nas Maria, "o bicho pega"⁵⁹ e o risco é muito grande, pois você está em alto-mar. Um barco ou jetski e equipe de apoio são a pedida e se for na companhia dos amigos e num dia ensolarado, com pouco vento e swell⁶⁰ limpo, séries definidas⁶¹ e espaçadas entre si, aí sim, isto tudo será melhor ainda.

⁵³É uma rampa que, quando quebra uma grande onda, forma uma parede de superfície de água com uma determinada inclinação.

⁵⁴Uma linha onde os surfistas se posicionam dentro do mar para pegarem suas ondas.

⁵⁵Um mar forte e intenso.

⁵⁶Seriadão na cabeça é um conjunto de ondas grandes que quebram sobre o corpo do surfista.

⁵⁷Um conjunto de espumas ondulatorias que se formam após uma série de ondas quebrarem.

⁵⁸Lugar dentro do mar onde as ondas quebram.

⁵⁹Expressão utilizada por alguns surfistas para determinar uma situação em que o mar oferece um perigo grande para quem tenta surfar.

⁶⁰O mesmo que ondulações.

⁶¹Séries definidas é quando um conjunto de ondas quebram em uma bancada, "lugar" bem definido, e com uma formação em que a parede formada pela superfície de água apresenta-se lisa.

O mesmo desafio que estimula o surfar as Três Maria é a energia desejante que impulsiona aventureiros na tentativa de chegarem mais perto de algumas coisas do cotidiano do trabalho vivo em saúde. Mesmo sabendo de toda a dificuldade que se enfrenta, me arrisco a surfar aquilo que muitos dizem que olharam de perto, alguns se atrevem a dizer que já surfaram, mas que poucos talvez já tenham conseguido ver, escutar e sentir.

Para entendermos a noção que envolve a busca da onda perfeita e sua relação com minhas experiências e as discussões propostas neste trabalho, é um caminho simples. A operação que fiz foi a de considerar a possibilidade da não existência de uma onda perfeita; porém, isso não significa literalmente que ela não exista: talvez sim, talvez não, mas isso não é o fundamental.

O importante é o fato de que, ao buscá-la, ativamos movimentos em ato na direção daquilo que acreditamos nos acrescentar aprendizado e potência em nosso surfar. Nesse caso, um caminhar nas processualidades, nas sensações e emoções experienciadas, nos encontros subjetivos com o outro, nos novos desejos e vontades, mas, principalmente, naqueles atos que formulam novas práticas de saúde, cujas intencionalidades e implicações possibilitam potencializar mudanças nos paradigmas tradicionais, vigentes em um processo de cuidado no trabalho vivo em saúde.

Sem querer dar conta de responder tantas interrogações, abrangendo todas as questões que levantei ou, ainda, tudo o que essa discussão possa significar, no presente trabalho, procuro apenas dialogar com as situações apontadas, a fim de desenhar diferentes intencionalidades e implicações no lugar de onde falo e atuo: o território micropolítico de uma UBSF, quando, neste caso, a busca não é pela onda perfeita, mas sim “*a busca por uma outra onda*”.

A partir desse pressuposto, inicio minhas primeiras remadas na busca da “onda perfeita”, neste caso, ensaio um “desenho” de uma “linha de cuidado intercessora”, que rompe e dá novos contornos para algumas linhas de cuidado, cujas condutas embora se movimentem em direção dessa tal integralidade, apresentam-se oriundas da clínica tradicional, seja no cuidado individual ou no coletivo. Em outras palavras, ensaio um desenho cuja organização do trabalho em um processo de produção do cuidado em saúde parta de uma relação entre trabalhadores e usuários, com o campo relacional entre os sujeitos envolvidos, quando em um território micropolítico do trabalho vivo em ato,

operando a edificação de um fazer-saber estabelecido sobre uma lógica distinta dos atos e dos procedimentos biológicos de cuidado em saúde.

Onda 6. Um desenhar das relações nas “entrelinhas” do cuidado

Na tentativa de corresponder ao desafio imposto pela integralidade enquanto princípio e diretriz do SUS, o qual busca uma formulação de novas ações em saúde, os serviços e equipes a adotam na intenção de construir modos de produzir cuidado, a partir da constituição e organização de linhas pretensamente inovadoras, buscando operar grandes mudanças nos modos de produzir cuidado e saúde.

No entanto, muitas dessas tentativas acabam sendo capturadas pelo modelo médico hegemônico e a integralidade, por sua vez, tem seus sentidos e significados aprisionados no campo nuclear das profissões. Isto é, embora no cotidiano dos serviços de saúde os trabalhadores expressem uma análise do pensamento e adotem uma fala relacionada à integralidade, na maioria das vezes, quando operam seus processos de trabalho nos próprios atos, produzem um cuidado em saúde ainda centrado em ações tecnológicas profissionais nucleares específicas.

Percebo isso quando observo uma linha de produção do cuidado no interior de uma UBSF, na qual o processo de organização do trabalho está configurado a partir de uma lógica de gestão do cuidado técnico-profissional centrada. Quando, por exemplo, as equipes, ao desenvolverem suas práticas, priorizam ações pautadas no diagnóstico e no tratamento de agravos, por meio de procedimentos específicos. Logo, um fazer ainda distante de uma linha em que integralidade na assistência, atenção e cuidado à saúde se façam existir conforme o preconizado pelos princípios do SUS.

Voltemos, então, ao caso da multiprofissionalidade, a fim de visualizarmos em uma “imagem-desenho” possíveis conexões em determinadas linhas de cuidado, para, sobretudo, nos atentarmos e percebermos as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, a partir de alguns modos de se operar na integralidade enquanto ato, no interior de um processo micropolítico⁶² de mudança nos modos de produzir cuidado em saúde no território de uma UBSF.

⁶² Processo micropolítico de mudança, aqui, refere-se a uma tentativa de produzir um cuidado diferenciado, estabelecido em um campo relacional entre trabalhadores e usuários em um território de trabalho de uma UBSF.

Seguimos na linha esquemática do diagrama proposto por Merhy (1997)⁶³, para designar os espaços intercessores de relações produzidas nos encontros entre os sujeitos em um território micropolítico e nos processos do trabalho vivo em saúde. Permito-me, a título de exemplo, ao atrevimento de esboçar, no papel, alguns esquemas que demonstram as linhas de cuidado observadas e pensadas a partir da minha experiência. Essas imagens-desenho remetem às possíveis lógicas de produção do cuidado evidenciadas em um cotidiano no interior de uma UBSF, cujo trabalho é desenvolvido por equipes da Estratégia Saúde da Família – eSF, ampliada com uma equipe de saúde bucal –eSB e equipes de apoio matricial à saúde.

Trago exemplos para estimular novas ideias e evidenciar “minha” aposta no caminho da multiplicidade, mas deixo claro que minha intenção também é interrogar e convidar cada leitor a tecer sua própria análise, buscando reconhecer, ou não, em seu território cotidiano de trabalho, proximidades ou distanciamentos entre si e seu trabalho com cada linha, de modo que, a partir desse convite-exercício, possa, então, escolher um caminho a apostar ou, ainda, um caminhar a criar e seguir.

Vamos ao esquema proposto por Merhy (1997, p.139):

1. O diagrama abaixo representa uma “interseção partilhada” comum em processos de trabalho em saúde que realizam atos imediatamente de assistência, nos quais o usuário está protagonista e interno ao processo de produção do cuidado.

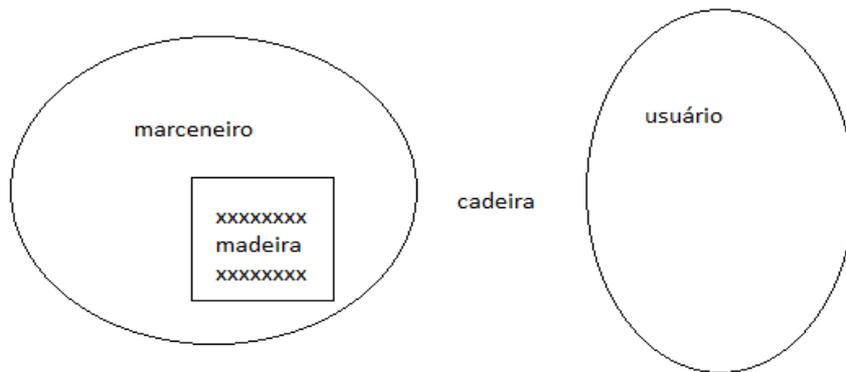
Figura 1

⁶³ Ver em MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e Democracia – A luta do CEBES*. São Paulo – SP: Lemos, 1997, v. 1, p. 125-143.



2. Na representação a seguir, uma “*interseção objetiva*” que se constitui nos casos de processos de trabalho evidenciadores de uma relação em que o usuário está situado em um lugar externo ao processo de produção do cuidado, como, por exemplo, o trabalho de um marceneiro que produz uma cadeira em um momento intercessor, cuja “madeira” está contida plena e somente no espaço do trabalhador.

Figura 2



Percebo, através dos dois esquemas apresentados, duas representações distintas de como podemos constituir uma relação entre trabalhadores e usuários a partir do preenchimento dos espaços intercessores existentes em um encontro entre ambos os sujeitos, que, quando estabelecidos no processo relacional produtor-consumidor, no trabalho, podem ser mais ou menos favoráveis para a produção de um ato em saúde, configurando uma interseção objetiva ou partilhada.

De posse de tal entendimento, vamos às operações de constituição de linhas de cuidado, atentando-nos principalmente para as seguintes questões: que relação está estabelecida entre trabalhadores e usuários? Que modelo de cuidado se faz predominante e quais seus procedimentos? Qual a configuração do processo de trabalho? Qual a imagem-desenho do campo relacional? E quais tecnologias de cuidado se fazem mais presentes e são utilizadas?

Rascunhando as “linhas de cuidado”.

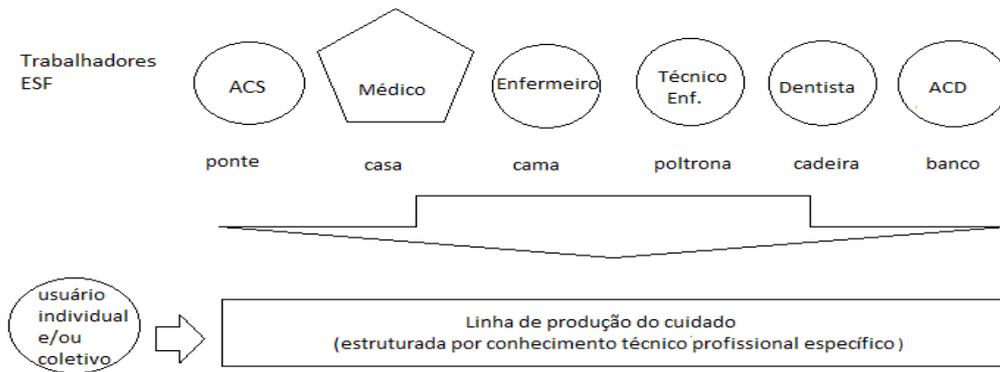
Num primeiro momento, apresento a elaboração de três imagens-desenho de linhas de produção do cuidado, cuja suposição configura exemplos que podem ocorrer durante o operar em um processo de trabalho em saúde no território de uma UBSF. Estabeleço uma analogia com o trabalho do marceneiro (produtor), o qual, com sua madeira, produz uma cadeira (produto) para um usuário (consumidor), a fim de demonstrar as diferenças e semelhanças entre distintos processos de produção do cuidado, em que as profissões negociam com seus núcleos e competências, na tentativa de direcionar suas apostas a uma linha de cuidado específica.

Uma vez feitas essas operações, teço uma hipótese analítica das referidas configurações e dos possíveis desdobramentos e efeitos das linhas em questão, enquanto processos micropolíticos em um trabalho em saúde, quando, a partir delas, intento fornecer pistas para levar os leitores a se interrogarem e a pensarem ainda mais sobre os caminhos propostos.

Pois bem, no primeiro exemplo, configurei uma linha de cuidado a partir da composição de uma equipe básica de saúde da família – eSF, ampliada com uma equipe de saúde bucal – eSB. Denominei-a *linha de produção do cuidado técnico profissional específico*, em que os trabalhadores encontram-se entre si e se relacionam com o usuário no território micropolítico do trabalho em uma UBSF. Nesse caso, tomei como referência a composição de uma eSF ampliada, composta por *médic@*, *enfermeir@*, *técnic@* de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) e agentes comunitári@s de saúde (ACS).

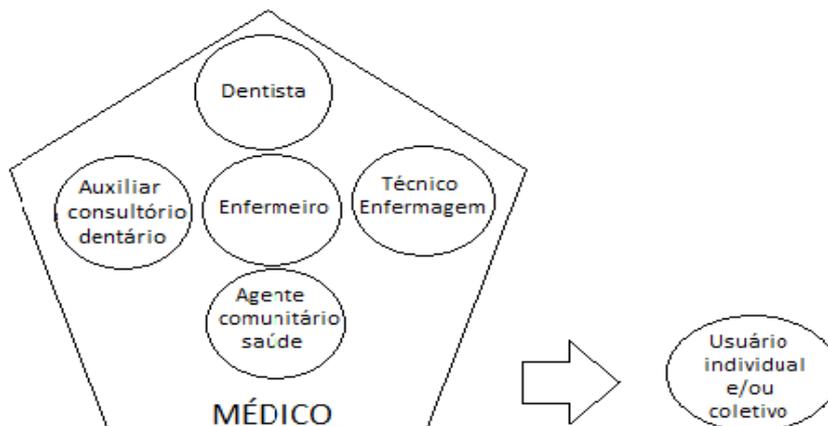
1. Linha de produção do cuidado *técnico profissional específica*

Figura 3



1.1. Imagem-desenho configurativa do campo relacional da linha técnica profissional específica

Figura 4



Na primeira imagem-desenho, elaborei uma linha de produção do cuidado em que predominam ações em saúde, as quais, mesmo estando em um território da Estratégia de Saúde da Família, apresenta um modo de operar o processo de trabalho em que os atos de cuidado se destinam quase que exclusivamente a um usuário individual. As ações partem de um repertório de estratégias dirigido especificamente a um indivíduo e por meio de uma linha de produção do cuidado estruturado pelo conhecimento técnico profissional específico e médico centrado.

Constitui-se, assim, um processo de trabalho em saúde no qual o cuidado se dá em um ato prescritivo e seguindo procedimentos tradicionais. Seu funcionamento está determinado por uma lógica disciplinar⁶⁴, cuja racionalidade prática encontra-se baseada no modelo biomédico de saúde, em um fluxo assistencial preferencialmente voltado às consultas médicas, aos exames clínicos e à prescrição de medicamentos.

Tal situação configura-se como um cuidado que entende o usuário como fragmentado, por meio de um ato em saúde reduzido a procedimentos de conhecimento técnico profissional específico, em que é visto como um corpo, ou como parte dele, com problemas biológicos. Instala-se um cuidado que se dá predominantemente com ações centradas na utilização de ferramentas tecnológicas do tipo duras – as que estão definidas por aparelhos, máquinas, instrumentos, produtos farmacêuticos e intervenções invasivas do corpo, dos órgãos e das células. E as do tipo leves-duras – as definidas pelo conhecimento técnico estruturado e específico.

Nesse “desenho” se dá a configuração de um campo relacional entre os trabalhadores, no qual os modos de operar o trabalho constituem um espaço intercessor⁶⁵, em que os demais profissionais, integrantes do lugar do trabalho, estão “anulados”, na medida em que predomina uma afirmação territorial nuclear médica já instituída e comprometida com o modelo biomédico vinculado à medicina tecnológica⁶⁶ nos modos de operar a atenção à saúde. Dessa maneira, mesmo o território do trabalho vivo sendo sempre um espaço intercessor, a situação em foco estabelece uma relação em que se constitui um lugar de afirmação territorial instituído pelos núcleos profissionais específicos, cujas linhas de força no interior do processo de trabalho em saúde estão comprometidas com tal modelo.

Logo, temos uma relação do tipo interseção objetual entre os próprios trabalhadores e, sobretudo, entre eles e o usuário, individual e/ou coletivo. O usuário, então, é olhado e considerado como um objeto/suporte para a produção de um cuidado reduzido. Os atos, desde seu início, visam produzir um produto sobre um objeto qualquer, no caso em pauta,

⁶⁴ Um funcionamento que se submete a um saber técnico-científico centrado em saberes e conhecimentos específicos em um viés biológico de saúde.

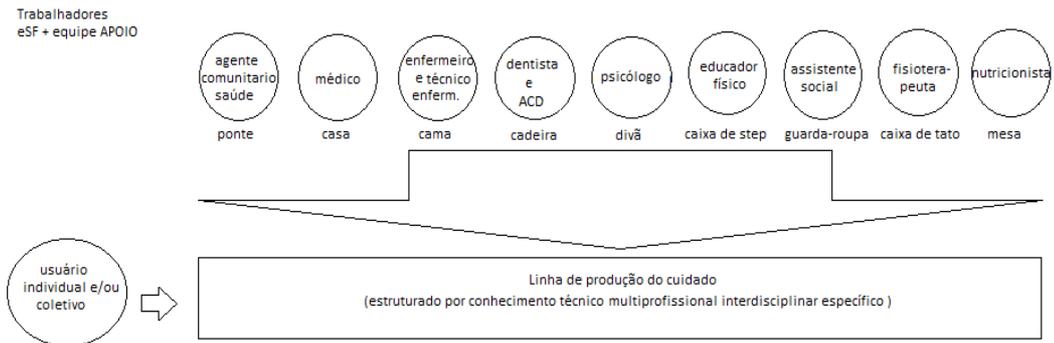
⁶⁵ Espaço de intervenção estabelecido quando em um encontro entre trabalhadores e destes com o usuário, individual e/ou coletivo, na realização do trabalho vivo em ato. No caso em questão, um espaço entre trabalhadores de uma eSF.

⁶⁶ Aquela cujos atos e a produção de procedimentos de cuidado em saúde estão centrados na utilização de ferramentas tecnológicas do tipo duras e leves-duras.

um mero “paciente”, também anulado e abafado por um modelo que não o escuta e se impõe sobre a sua participação enquanto sujeito protagonista de uma ação de cuidado.

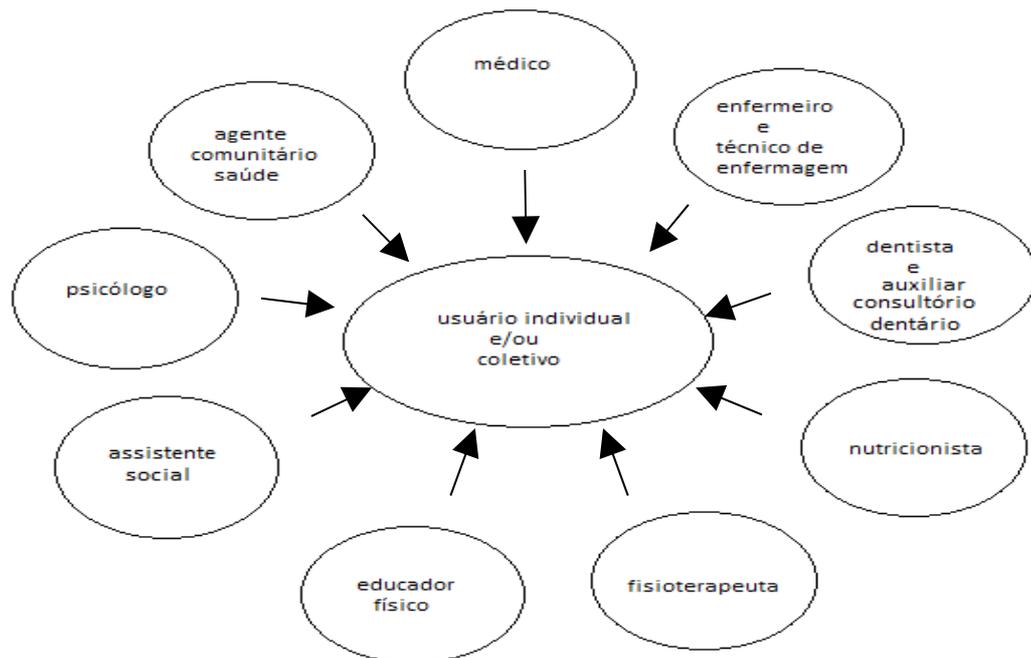
2. Linha de produção *técnico multiprofissional interdisciplinar específica*

Figura 5



2.1. Imagem-desenho configurativa do campo relacional da linha técnica multiprofissional interdisciplinar específica

Figura 6



Na segunda linha de produção técnico multiprofissional interdisciplinar específica, estabeleço uma configuração distinta da anterior, que permite estender um pouco mais minhas hipóteses analíticas referentes a outros elementos situacionais e que ajudam a perceber algumas operações nesse território micropolítico do processo de cuidado e trabalho em saúde.

Na segunda imagem-desenho (Figura 5) e na terceira (Figura 7), tomo como referência a constituição de linhas a partir da composição de uma eSF ampliada (equipe de referência), apoiada por uma equipe de núcleo de apoio à saúde da família – NASF (equipe de apoio matricial em saúde), composta por psicólogo@, nutricionist@, educad@r físic@, fisioterapeuta e assistente social⁶⁷.

A configuração a que nos referimos se dá por meio de uma metodologia de trabalho cuja organização da gestão do cuidado assegura um apoio matricial às equipes de referência e estabelece uma retaguarda assistencial especializada, bem como um suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Nas palavras de Gastão Wagner de Souza Campos e Ana Carla Domitti,

o apoio matricial está implicado com a construção compartilhada de um projeto terapêutico integrado desenvolvido por meio de atendimentos e intervenções conjuntas de diretrizes clínicas sanitárias entre o especialista matricial de um núcleo de conhecimento e perfil distinto que oferta o apoio aos demais profissionais componentes de uma equipe de referência, em situações que exijam atenção específica ao núcleo do saber do apoiador, que pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, é possível ainda, que o apoio restrinja-se à troca de conhecimentos e de orientações entre equipe e apoiador. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400-402)

As equipes de referência são aquelas responsáveis pela realização de um cuidado individual e/ou coletivo e encarregadas do acompanhamento longitudinal da atenção à saúde, por meio de uma relação de vínculo entre trabalhadores e usuários, cujo objetivo é o de realizar uma intervenção na qual distintos especialistas e profissionais, através de seus diversos modos de intervenção, buscam atingir objetivos comuns, quando encarregados de intervir.

O apoio matricial e a equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde,

⁶⁷As equipes de núcleo de apoio à saúde da família – NASF podem ser compostas por: médico-acupunturista; assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; ginecologista/obstetra; homeopata; nutricionista; médico-pediatra; psicólogo; psiquiatra; terapeuta ocupacional; geriatra; médico internista, médico do trabalho, médico-veterinário, arte-educador e profissional de saúde sanitária. Para mais, consultar, Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde.

objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se a clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (...) que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder da equipe interdisciplinar e sua gestão do trabalho. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401-402)

Primeiramente, cabe destacar que, na mencionada composição de trabalho, somam-se à equipe de saúde da família outros profissionais especialistas de núcleos específicos distintos. A situação, de imediato, estabelece outra lógica de se operar o trabalho em saúde, no caso aqui tratado, o trabalho de uma equipe multiprofissional interdisciplinar. O processo de trabalho é realizado por diferentes profissionais específicos que, ao produzirem atos de cuidado em saúde, partem da premissa de que a simples relação estabelecida entre duas ou mais disciplinas constitui uma operação de saberes e conhecimentos partilhados interdisciplinarmente.

Evidencio uma linha de produção do cuidado em que o ato esteja centrado em procedimentos que não somente fragmentam, mas também partilham o usuário, isto é, uma produção baseada em um agir em saúde definido a partir da “somação” das especificidades nucleares profissionais nas ações. Esse modelo de atenção pode produzir um ato prescritivo de procedimentos profissionais isolados e desconectados, uma vez que os mesmos permanecem determinados por uma lógica disciplinar de reafirmação territorial instituída pelos núcleos profissionais específicos e capturados pelo modelo médico hegemônico.

Uma linha de cuidado em que, embora o apoio matricial procure potencializar espaços de compartilhamento de conhecimentos entre os diferentes profissionais de referência e apoio e que, pretensamente, busque ordenar uma relação horizontal no posicionamento do especialista em relação à equipe que demanda seu apoio, é possível perceber, ainda, a configuração de uma linha vertical e hierarquizada de gestão do cuidado, a qual induz a uma repartição do processo de trabalho enquanto produção de atos, que, assim, continua fragmentado e partilhado. O procedimento em foco estabelece também uma relação de interseção objetual entre os trabalhadores e o usuário, uma vez que o lugar do cuidado parte ainda do território nuclear das profissões específicas, agindo também sobre o outro e colocando o usuário em uma posição de “objeto” na ação, isto é, um agir que o considera um ser sem subjetividades, sem desejo, sem intenção, sem vontade.

Tal “desenho” traça uma constituição de cuidado estruturado por meio de um conjunto de atos em saúde, reduzidos a uma soma de conhecimentos técnicos multiprofissionais interdisciplinares isolados e desencontrados, estabelecidos pela aplicação de ações em um cuidado centrado no usuário fragmentado-partilhado, em que predominantemente utilizam ferramentas tecnológicas duras e leves-duras. Entre elas, a prescrição de dietas para os “obesos”; de exercícios físicos e práticas corporais para os “sedentários”, “hipertensos” e “diabéticos”; de exercícios terapêuticos para os “cardiopatas”; sessões de psicoterapia para os “depressivos”; assistência para resolver as questões de violência e pobreza dos “vulneráveis”, bem como a criação de grupos específicos que buscam controlar e normatizar os tantos outros “anormais”.

Voltemos ao exemplo do marceneiro, a fim de tentarmos entender melhor essa suposição.

Na linha de produção em foco, o usuário tem uma necessidade e uma demanda que é a construção de uma casa para poder morar com sua família e “tocar” a vida. Temos um consumidor (usuário), um produto (a casa) e um produtor (a fábrica – uma madeireira, os serviços de saúde, no caso, uma UBSF). A fábrica, por sua vez, tem um operário que é a própria ponte de acesso entre o consumidor e o produtor, cujo trabalho está em abordar, cadastrar e encaminhar o usuário até a madeireira. Chegando lá, outro operário, “o mais poderoso”, já tem construído o modelo de casa “ideal” para ele, já escolheu o tipo de arquitetura, as madeiras a serem utilizadas, o número e a divisão dos cômodos e o posicionamento da casa no terreno.

Ele ainda faz mais: dentro da própria fábrica ou fora dela, encaminha o usuário para outros departamentos e para diversos outros operários, trabalhadores que constroem especificamente aquilo de que ele precisa e que “deve ter” para compor cada parte de sua casa “ideal”.

Seguindo a linha proposta, o usuário passa por diversos departamentos e, em cada um deles, os operários especialistas se encarregam de darem algo. Ele recebe uma cama para se deitar quando estiver enfermo, uma mesa para quando conseguir comer, um divã para deitar e chorar, uma cadeira para sentar e tentar sorrir, um caixa de *step*⁶⁸ para ficar mais ativo, um armário para colocar as roupas que ganhar e, por fim, embora ainda não

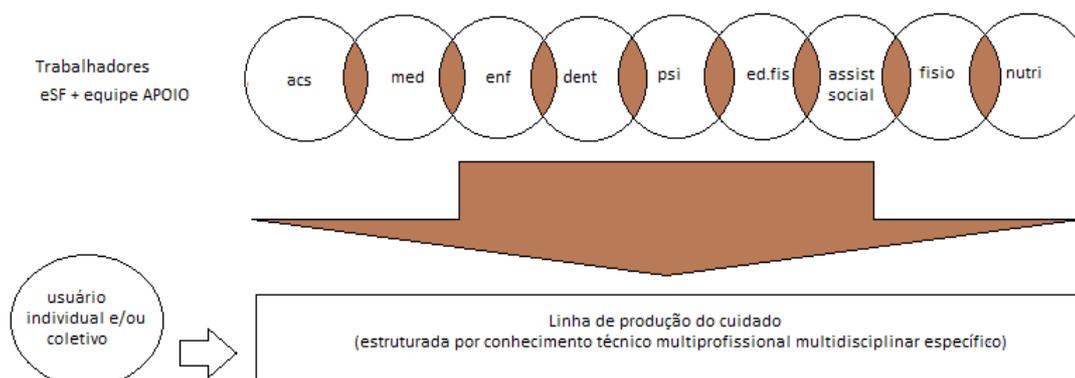
⁶⁸*Step* é uma caixa de madeira utilizada por educadores físicos quando em uma sessão de ginástica.

propriamente o fim, uma caixa de tato⁶⁹, para o caso de, um dia, ele encontrar seu próprio “tocar” a vida.

“Brincadeiras” à parte, estamos diante de uma linha de produção do cuidado cuja clínica assemelha-se a uma linha de produção industrial, na qual o usuário e sua vida são fragmentados em pequenos pedaços e partilhados entre cada operário dessa fábrica. O trabalho é montar e arrumar a casa em correspondência com sua especificidade. Uma fábrica de desmonte na contramão do cuidado, onde se constroem “casas” e “vidas” do mesmo modo como se edificam máquinas.

3. Linha de produção do cuidado *técnico multiprofissional multidisciplinar específico*

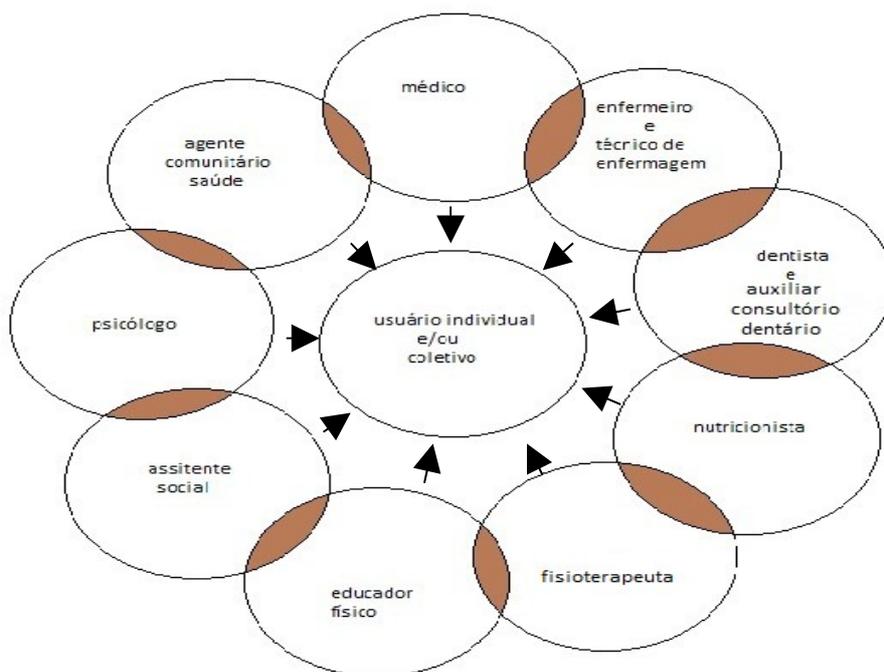
Figura 7



3.1. Imagem-desenho configurativa do campo relacional da linha técnica multiprofissional multidisciplinar específica

Figura 8

⁶⁹Instrumento utilizado por fisioterapeutas para melhorar a percepção sensorial do tato.



O terceiro “desenho” rascunha uma linha de produção do cuidado técnico multiprofissional multidisciplinar específico e nos mostra um processo semelhante ao da linha anterior, porém, distinto em um aspecto que, segundo minha hipótese analítica, torna-se importante salientar.

Refiro-me à relação estabelecida entre os diferentes profissionais específicos, que produzem seus atos de cuidado em uma operação na qual seus saberes e fazeres constituem conhecimentos compartilhados, por meio de uma integração que envolve as várias disciplinas componentes de um processo de trabalho em saúde multiprofissional multidisciplinar. No entanto, essa configuração, ao mesmo tempo em que avança em relação à interação entre os diferentes núcleos profissionais específicos, permanece ainda limitada, enquanto processo de produção de um cuidado cuja prática se mantém corporativa e capturada pelo modelo médico hegemônico e, portanto, fechada em suas linhas territoriais nucleares.

Destaco, então, um cuidado cujos atos são constituídos em uma lógica segundo a qual o processo de trabalho estabelece ações de modo fragmentado-compartilhado-integrativo, isto é, aquele que parte ainda de uma relação com o usuário de interseção objetual, cujos atos prescritivos na produção de procedimentos continuam bastante tradicionais. Agora, as “partes” fragmentadas do usuário são também compartilhadas entre os diferentes trabalhadores especialistas, em um modelo que integra saberes e fazeres

profissionais partidos em um paradigma já dado que, a “priori”, vê no usuário um objeto, um corpo biológico com uma doença e/ou um problema instalado.

Aparece, nesse campo relacional, um operar diferenciado dos demais modos de organização estrutural dos processos de trabalho em saúde, em que a produção do cuidado está “desenhada” por uma composição aqui chamada *nichos territoriais nucleares específicos*, ou seja, uma divisão do trabalho na qual os distintos profissionais se agrupam uns com os outros, conforme a lógica das profissões e especialidades, e definem para si objetos de intervenção em campos de conhecimentos afins e compartilhados.

No caso em questão, percebo a existência de uma estrutura de organização do trabalho em que a atenção ao usuário se faz por meio de diversas fragmentações, com o cuidado multiprofissional multidisciplinar atenuando um processo cujas condutas e abordagens em saúde estão integradas em nichos territoriais nucleares específicos e, logo, aprisionados a normas e protocolos que padronizam as ações em uma lógica corporativa e das profissões. Tal prática estabelece uma produção do cuidado em que as equipes de referência e apoio matricial, ao discutirem determinado caso, elaboram um projeto terapêutico por meio de uma negociação de competências nucleares específicas, via acordo interprofissional, que ordena um conjunto de ações centradas em procedimentos, fabricando para si mesmas um usuário ainda mais objetivado, fragmentado e compartilhado. Na perspectiva adotada, a ética de cuidado é reduzida aos pedaços corporativos centrados e às fatias nucleares das profissões específicas.

Observo isto quando, por exemplo, trabalhadores de uma equipe referência, ao discutirem um caso com uma equipe de apoio, constroem um projeto terapêutico singular – PTS⁷⁰, em um encontro-momento, cujo espaço da referida construção se dá sem a presença do usuário individual e/ou coletivo. Portanto, um lugar que não permite o protagonismo desse sujeito (pessoa individual, família, grupo e própria equipe), uma vez que não escuta suas necessidades e interesses relativos à sua demanda em saúde. E ainda um PTS que desconsidera a complexidade da vida do sujeito, pois, ao definir um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, suas ações têm como elemento central as especificidades de cada

⁷⁰Projeto Terapêutico Singular – PTS “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007, p.40). Para melhor entender o tópico, consultar in: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p: il. color – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

profissão, cujos nichos territoriais nucleares específicos cuidam de um determinado “corpo doente”, isto é: @s educador@s físic@s e @ fisioterapeutas e @ nutricionistas cuidam do corpo físico; @ psicólog@ e @ assistente social, do corpo psicossocial e @ médic@ e @ enfermeir@ e @ dentista e demais profissionais cuidam do corpo biológico.

Pois bem, antes de partir para a quarta linha de produção do cuidado, vejamos algumas hipóteses de desdobramentos e efeitos desses processos de trabalho em saúde na lógica suposta nos “desenhos” apresentados até aqui e que, em nosso caminhar, torna-se importante problematizar, por se tratarem de operações que podem ser evidenciadas no cotidiano de um território micropolítico do trabalho no interior de uma UBSF.

Assim, destaco algumas situações:

a. Quando a relação estabelecida entre os trabalhadores aponta para a possibilidade de existência de um espaço intercessor, cujas disputas de forças institucionais territoriais, no interior do processo de trabalho, mantêm-se verticalizadas, hierárquicas e não solidárias, realizando um ordenamento das relações de poderes, cujo desdobramento é o silêncio e a obediência a um padrão. Nele, a lógica de organização do trabalho pode estar aprisionada aos interesses de uma determinada força hegemônica já instituída;

b. Muitas vezes, o trabalho em ato está capturado pelas forças instituídas pelos núcleos profissionais específicos territorializados, cujo efeito instalado é a não participação e a dependência do usuário, no que diz respeito ao seu modo de representar e construir suas necessidades e demandas de saúde e seu jeito de viver a vida;

c. A evidência de um processo de trabalho em saúde que não escuta os usuários em suas demandas e necessidades, utilizando-se de ações e práticas cujo fazer se dá por meios imperativos morais e valores pessoais, e cujo saber está sustentado pelo discurso técnico-científico universalizante das especificidades nucleares de cada profissão, que culpabiliza e responsabiliza os usuários por sua impotência frente à própria prática de cuidado e opera um modo de agir que valoriza o diagnóstico e não o sujeito;

d. Percepção de que o acesso se restringe a um cuidado que não só deixa de acolher o usuário em todos os momentos possíveis de relacionamento, mas também o exclui, na medida em que a equipe nem sempre está disponível para receber e escutar sua demanda ou, ainda, na redução do atendimento a um número fixo de fichas diárias ou em um dia/hora marcados em uma agenda;

e. Visualização de um modelo de atenção cuja organização do trabalho apresenta uma baixa resolutividade⁷¹ em relação às ações de saúde, já que não causa impactos efetivos nos quadros de saúde, associada à vida individual e coletiva da população do território adstrito;

f. A resolutividade ligada aos recursos instrumentais e aos conhecimentos técnico-profissionais, cujas ações configuram um exercício hegemônico restrito à clínica centrada no ato prescritivo, na produção de procedimentos – insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas, em um modo de operar o cuidado segundo o qual o diagnóstico ganha dimensão cuidadora no processo de trabalho em saúde;

g. A observação de que, muitas vezes, as equipes se mantêm fechadas em seu próprio espaço micropolítico territorial, já que não se articulam com a rede intersetorial de serviço⁷² e operam um modo de trabalho limitado, conforme a lógica de conhecimentos profissionais específicos e sem interação na composição com demais profissionais da equipe e outros trabalhadores, representantes dos diferentes serviços.

h. Constatação de um processo de trabalho em que a organização do cuidado se dá em uma linha na qual o fluxo assistencial se esgota no setor saúde, por não incluir diferentes composições em uma rede intersetorial articulada;

i. Evidência de um processo de trabalho que não reconhece suas processualidades⁷³, mesmo quando não atinge as metas resolutivas a que se propõe e, devido à grande demanda e à sua dinâmica organizacional, não consegue refletir sobre a própria prática para, assim, tentar planejar e qualificar o trabalho, ficando com uma demanda acumulada, com inúmeros encaminhamentos para a rede de atenção especializada, sem antes esgotar as possibilidades de cuidado na própria atenção básica;

j. Observação de um trabalho que limita o acesso dos usuários às ações de saúde, cujo “cardápio” de opções práticas de cuidado apresenta restrições tecnológicas que não oferecem ações significativas para a demanda do usuário e não enfrentam os distintos problemas de saúde da população. Os cuidados se reduzem aos aspectos biológicos, sendo que os serviços partem de uma lógica segundo a qual a escuta do usuário é banalizada, uma

⁷¹ Resolutividade diz respeito à capacidade de os serviços de saúde enfrentarem e resolverem, em nível da sua competência, os casos demandados, ou seja, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde.

⁷² Rede intersetorial é uma articulação entre um conjunto de serviços de saúde, assistência social, educacional, segurança pública, direitos humanos, entre outros.

⁷³ Processualidades no sentido de processo de produção subjetiva dos sujeitos no trabalho em ato.

vez que ele é quem deve se flexibilizar/encaixar no "cardápio" de opções oferecido e não o contrário.

Portanto, para além do que problematizei e aponte até o momento, ficam em aberto outras possibilidades analíticas para as linhas apresentadas, que no presente trabalho não darei conta de querer aprofundar. Deixo, então, a oportunidade para que cada um analise o apresentado e, a partir daí, constitua outros processos de produção de linhas de cuidado em suas operações.

Por fim, deixo claro meu posicionamento em relação a alguns modos nos quais a organização do processo de trabalho em saúde vem capturando e produzindo um cuidado a partir de um modelo de produção que, não por acaso, aponto para outros caminhos que requerem uma imposição de pensamentos e o rumo da construção de agires em outras lógicas.

Uma linha de produção do cuidado “*intercessora – interseçora*”⁷⁴: apostando na multiplicidade da vida e no reconhecimento da produção subjetiva do cuidado

Quando anteriormente aludi à multiprofissionalidade, fiz referência a uma operação de ruptura com o conceito e a lógica vigentes de organização do trabalho em saúde, para trilhar uma aproximação com o pensamento acerca da multiplicidade dos processos que envolvem o cuidado e a vida das pessoas. Nesse sentido, quero mostrar um “desenho” de uma “linha de fuga” no interior do território micropolítico em uma UBSF, em que o processo de trabalho de e em saúde configura outro contorno na produção de uma ética do cuidado que, a “*priori*”, escapa das diretrizes normativas e padronizantes dos modos de atenção predominantemente operados na ESF.

Pois bem: parto de três operações que, para mim, se fazem essenciais nessa constituição, uma vez que estabelecem uma reconfiguração estrutural na organização do trabalho no território micropolítico do cuidado em saúde que, aqui, no material apresentado, considero em uma ordem de significância e importância, mas que não necessariamente precisa ser seguida. São elas: a relação de *interseção partilhada* entre trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários, a *desterritorialização* disciplinar e nuclear das profissões específicas e, sobretudo, o reconhecimento da *produção subjetiva* do cuidado em saúde.

Inspirado nas ideias de Deleuze e Guattari (1995), Merhy (1997) e Franco e Merhy (2011), ensaiei um “desenho” de uma linha de produção do cuidado a que chamo *linha intercessora-interseçora subjetiva*, já que busco evidenciar a existência de uma produção subjetiva do cuidado em saúde, na qual os trabalhadores, mesmo estando sob uma mesma diretriz normativa, agem de modo singular, isto é, suas práticas de cuidado são realizadas diferentemente e se dão pela singularidade de cada um e na relação de encontro com os usuários; logo, não seguem obrigatoriamente um padrão já estabelecido.

Assim, muitas vezes, percebo que, no território cotidiano do trabalho em uma UBSF, alguns trabalhadores em suas singularidades operam um processo de produção do

⁷⁴O termo *intercessora-interseçora* é utilizado a partir deste momento para designar meu entendimento acerca do encontro estabelecido quando um trabalhador da saúde se relaciona com um usuário no interior de um processo de trabalho, em que a relação estabelecida está *intercessora* no sentido de que intervém, e *interseçora* no sentido de que é produzida nas relações entre os sujeitos nos espaços das suas interseções. A designação está mais bem apresentada a partir da página 64, na onda 7 do presente trabalho.

cuidado em que, ao se relacionarem e interagirem entre si e com o usuário, individual e/ou coletivo, são afetados pelo encontro com esses sujeitos em ato e potencializam um agir produzido em uma relação de interseção partilhada⁷⁵. A dinâmica dos corpos em movimento permite a construção de um espaço de encontro entre os sujeitos do processo em questão, na qual se configura um campo relacional no território micropolítico do trabalho, um campo de jogo com o usuário sendo deslocado de um lugar de objeto para ocupar uma posição de sujeito protagonista na/da ação.

Dessa maneira, dispara-se a possibilidade de um processo de produção do cuidado, em que os trabalhadores em ato rompem com as cercas e as demarcações territoriais nucleares das profissões específicas e ultrapassam suas barreiras disciplinares, abrindo-se para suas próprias ações produtivas, constituídas nos encontros com os outros sujeitos, sejam eles trabalhadores ou usuários.

Nesse ensejo, configura-se um processo de trabalho em saúde, no qual os profissionais, “desterritorializados⁷⁶” de seus núcleos específicos, operam nos espaços micropolíticos ações e procedimentos de produção de um cuidado com o usuário também se impondo como um sujeito, com subjetividades,

que também tem desejos, vontades, intenções, modos de expressar necessidades não fragmentárias, um outro que é um mundo de necessidades, rico de complexidades lógicas, pois pode conter desde dimensões restritas às formas corporais de sofrer, até necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com outros, com vontades cidadãs. (MERHY, 2005, p. 199)

Dentro do “desenho” proposto, opera-se um modo de cuidar cujo funcionamento está determinado a partir de uma lógica “usuário centrada” de organização do trabalho, em que o caráter técnico específico cede espaço à multiplicidade dos processos nos modos de viver das pessoas e das produções subjetivas, colocando o cuidado em um lugar muito mais amplo e complexo que qualquer soma ou agrupamento de ações desenvolvidas apenas por um conjunto de trabalhadores de uma eSF, ou mesmo, que a reunião de todos os profissionais de uma equipe de apoio matricial em saúde possam somar.

Portanto, uma linha de cuidado que, em suas rasuras e contornos, possa romper com o modelo médico hegemônico e redimensionar a organização do trabalho, visto que, das

⁷⁵Interseção partilhada diz respeito ao espaço de interseção estabelecido na relação entre trabalhadores e usuários quando em um processo de trabalho, o usuário encontra-se interno a ele, e o produto dessa relação existe para ambos.

⁷⁶Desterritorializados no sentido de que, quando em um encontro do trabalho vivo, em ato, nos pusemos em lugar “de fora” de nossa especificidade nuclear profissional.

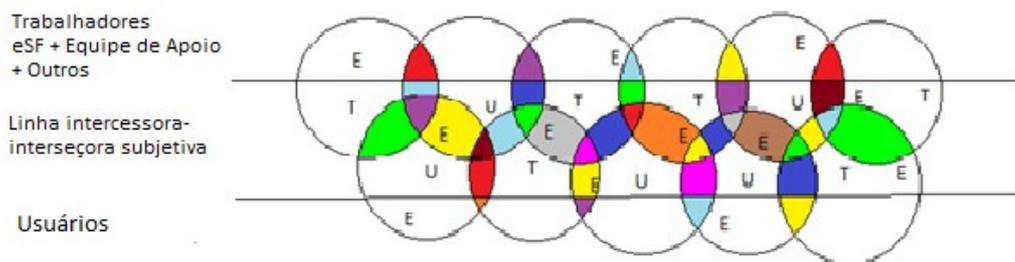
relações estabelecidas nos encontros integralizados entre os trabalhadores e os usuários, busca-se a construção de um cuidado cujos atos adotem sentidos e significados distintos do paradigma de saúde instituído pelos núcleos profissionais específicos.

No cenário em foco, quando trabalhadores, por meio de uma relação de interseção partilhada, encontram-se uns com os outros e, principalmente, com os usuários, individual e/ou coletivo, produzem um espaço cujas interseções entre tais sujeitos estabelecem um processo relacional, cujo produto em ato desse encontro exista para todos e que somente se faça existir nesse momento-acontecimento. Assim, o cuidado em saúde amplia-se, visto que possibilita aos trabalhadores e usuários caminharem juntos em seus atos, inventando um agir potente, criativo e implicado com um cuidado integralizado, a partir dos encontros e das relações estabelecidas em uma linha de produção subjetiva entre os sujeitos no interior de um processo micropolítico do trabalho vivo em ato e, portanto, escapando das cercas disciplinares e repressoras do conhecimento técnico-científico das profissões nucleares.

Vamos ao desenho da linha:

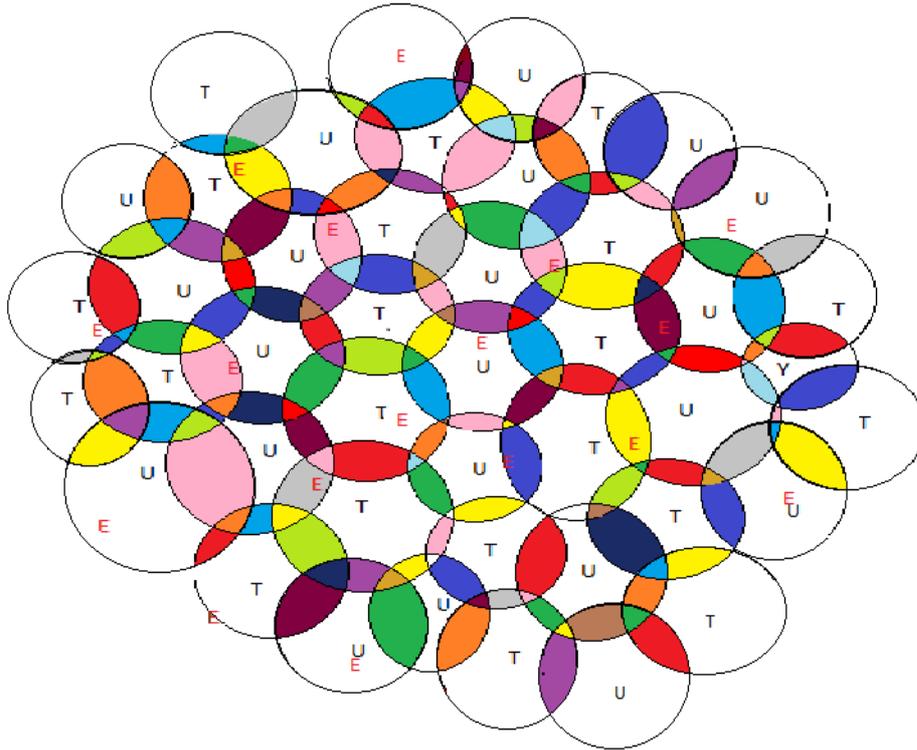
Linha 4: Linha de produção do cuidado *intercessora-interseçora subjetiva*

Figura 9



4.1. Imagem-desenho configurativa do campo relacional da linha intercessora-interseçora subjetiva

Figura 10



Com o “desenho” apresentado, configura-se um processo de trabalho em saúde e de cuidado no qual, uma vez estando os trabalhadores integralizados uns com os outros e com os usuários, o cuidado em ato potencializa caminhos edificadores de um fazer-saber centrado nas relações e nos encontros com o outro, em que o agir e a produção dos procedimentos e atos de cuidado se dão por via de operações tecnológicas, com o predomínio do uso das ferramentas leves – mais relacionais.

Acredito estarem aí possíveis “pistas” para, em nossas práticas, nos colocarmos enquanto sujeitos de nós mesmos, isto é, trabalhadores-usuários, articulando nossos saberes para compormos valises tecnológicas de modo mais alargado. Quando do acolhimento, do vínculo e da escuta qualificada, possibilitamos uma relação de o usuário ser acolhido enquanto sujeito subjetivo, com saberes e fazeres, escutado em suas demandas e necessidades, reconhecido e respeitado enquanto sujeito protagonista com desejos, poderes e intenções e modos próprios de tocar sua vida.

Nesse particular, reconheço, então, uma produção subjetiva do cuidado quando, nas “brechas” de um processo de trabalho em saúde, acontece um *encontro-momento-processo*, cujo produto das ações em ato, isto é, as práticas de cuidado são constituídas na interseção entre os trabalhadores e deles com os usuários. Quando os profissionais referidos, mesmo estando de posse de suas ferramentas tecnológicas específicas, edificam um cuidado em

um campo de jogo que os desloca desse lugar de especificidade, enquanto sujeitos produtores e consumidores de atos de saúde.

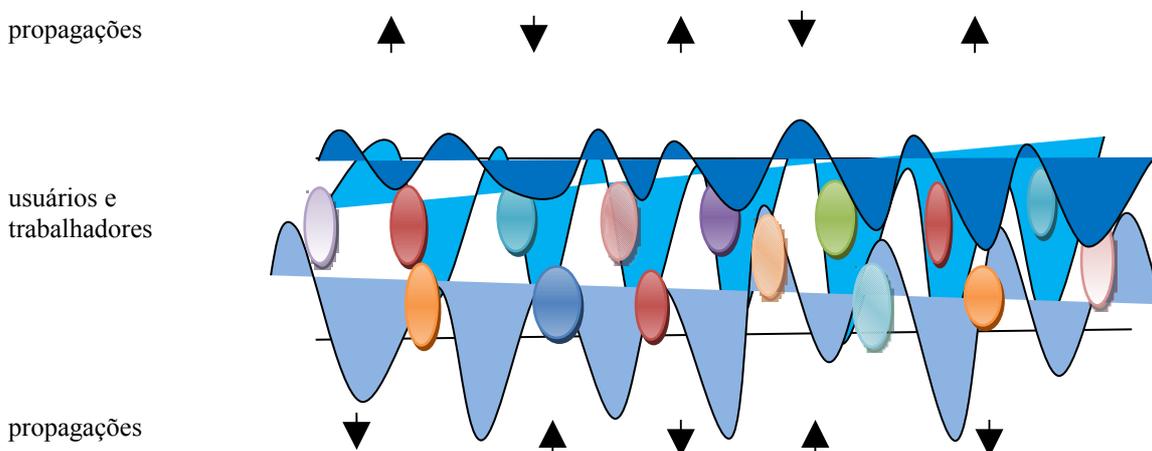
Configura-se um encontro entre “sujeitos” em um processo relacional que nos coloca – a nós, trabalhadores – em um lugar também de objeto, quando mesmo expressando nossos modos de sentir e elaborar as necessidades de saúde, buscamos na integralização de conhecimentos, saberes e sabores para realizar uma intervenção de cuidado, na qual o usuário também compõe sobre sua demanda. Ou seja, um processo relacional que coloca o usuário protagonista em presença da construção de nosso fazer-saber de cuidado, uma vez que, diante do usuário, enriquecemos nossa prática.

Momento, no espaço de tempo no movimento-acontecimento do trabalho vivo em ato, é quando, em ação, estabelecemos conexões nas relações entre os diversos processos de trabalho que se realizam entre os sujeitos nos diferentes fluxos de intensidades da vida de cada trabalhador e de cada usuário, individual e/ou coletivo, circulantes em um ato de produção do cuidado.

Processo, na produção subjetiva do cuidado, é quando, na capacidade de afetarmos e sermos afetados uns aos outros, trilharmos juntos outro caminhar, cujas pistas, em um processo fazer-saber, potencializam um produzir de novas subjetividades que, ao serem operacionalizadas em ato, desdobram-se na criação de um modo de agir coletivo, segundo uma ética do cuidado mais implicada com a defesa radical da vida.

Visualizemos uma suposta *imagem-desenho* de um *encontro-momento-processo* quando em um agir-acontecimento no trabalho vivo em ato.

Figura 11



O movimentar aludido na figura, nos processos subjetivos no interior do território micropolítico do trabalho vivo em ato, constrói um campo relacional, onde a operacionalidade de uma linha de cuidado *intercessora-interseçora* potencializa uma convergência de forças integralizadas, as quais, quando em movimento, operam uma dinâmica cujo fluxo de intensidades se interliga em conexões instituídas nesses *encontros-momentos-processos* e estabelece a produção de novas linhas de forças, que se propagam como ondulações e, ao se encontrarem em movimento com outras, sucessiva e continuamente, potencializam a produção de novas subjetividades e, conseqüentemente, de novas formas de significarmos e agirmos no mundo.

A dinamicidade desse campo relacional tem um efeito representativo equivalente às propagações ondulatórias provocadas pela queda dos pingos de água de uma nuvem de chuva em uma superfície de água. Porém, ao mesmo tempo em que é similar, é também diferente, por se tratarem de propagações que não dependem exclusivamente e necessariamente de algo externo para que ocorram, pois partem da integralização de subjetividades, desejos e intenções, em que o ponto de partida das forças situa-se dentro do próprio território e submerge nos encontros entre os sujeitos, possibilitados em um trabalho vivo em ato.

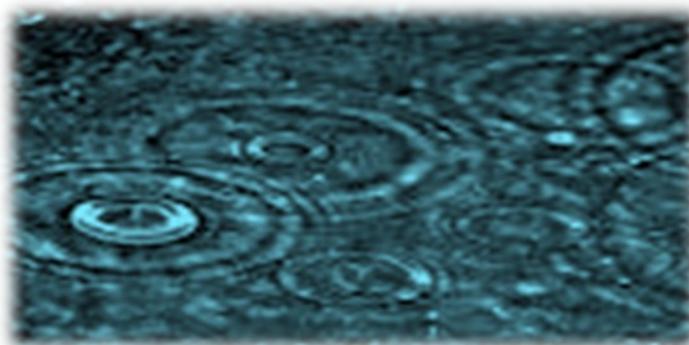


Figura 12. Pingos de chuva quando caem sobre uma superfície de água:
Imagem captura do site: www.google.com.br/imgres

Para melhor entendermos, podemos também visualizar imagens do mar, com suas sucessivas ondulações, que convergem do encontro de forças internas e externas, como, por exemplo, o bater das ondas na costa, o movimento das correntes marítimas, o deslocamento de massa de água no balançar de placas tectônicas, a dinâmica das marés

lunares, as erupções vulcânicas nas profundezas oceânicas e ainda no encontro das águas do mar com as águas de um rio, fenômeno natural conhecido como *pororoca*.



Figura 13. Bater de ondas na costa do Rio de Janeiro

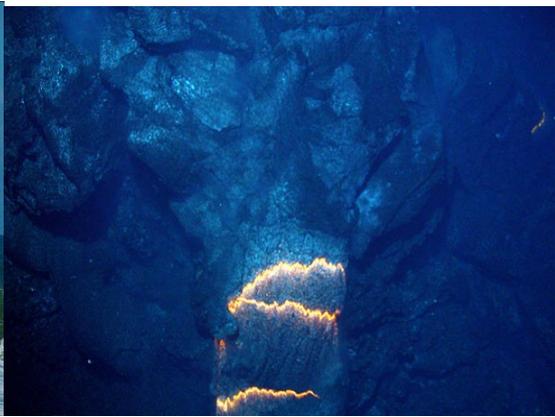


Figura 14. Erupções vulcânicas nas profundezas oceânicas



Figura 15. Tempestade no Oceano Pacífico

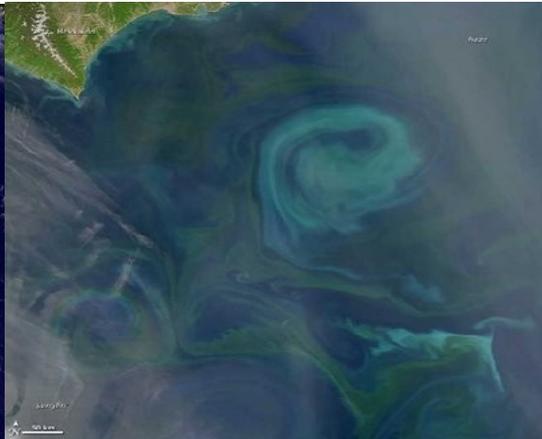


Figura 16. Convergência de correntes marítimas - Japão



Figura 17. Pororoca



Figura 18. Correntes marítimas ao redor do mundo

Imagens capturas do site: www.google.com.br/imgres

Indo mais além no pensar, ensaiei um abeiramento com o “desenho estrutural” de rizoma proposto por Deleuze e Guatari (1995), cuja imagem e significado nos remetem a um tecido, a uma trama de relações as quais potencializam forças que, em movimento, se encontram e convergem em diversas direções ao mesmo tempo. Tal processo liga o múltiplo, o heterogêneo em uma organização dos elementos sem obediência a uma linearidade dos acontecimentos e dos eventos, cujo fluxo de intensidades entre os sujeitos desenha um campo de conexões entre si, um mapa sempre em movimento e aberto, com a possibilidade de qualquer elemento poder afetar ou incidir em outro, possibilitando fazerem-se sempre operantes em novos fluxos e conexões entre diversos planos de existência e intensidades, os platôs, que constituem um lugar de produção e subjetivação.

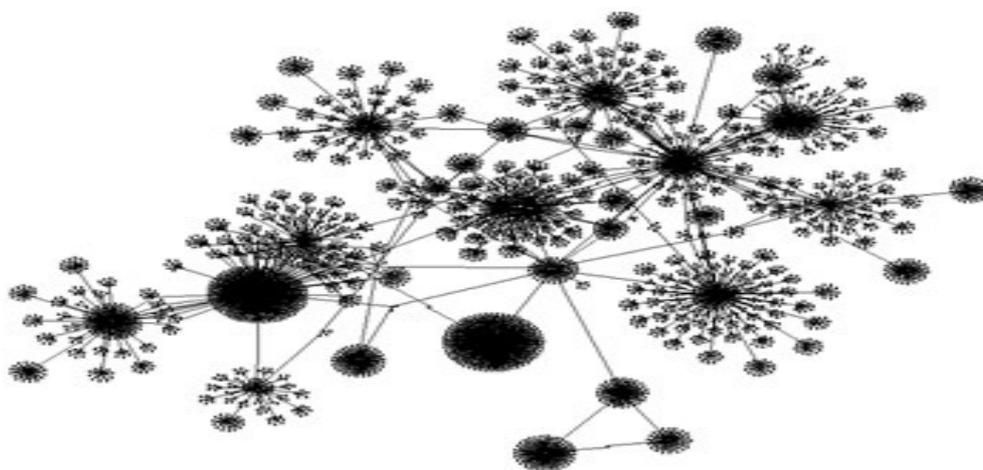


Figura 19. Rizoma
Imagem captura do site: www.google.com.br/imgres

O que quero mostrar com os “desenhos” apresentados é a existência de uma dimensão subjetiva do processo de trabalho, visto que, no âmbito da micropolítica, cada trabalhador, em sua ação cotidiana, ao produzirem uma ação de cuidado e saúde, também se produzem trabalhadores enquanto sujeitos do mundo. Assim, a produção subjetiva se dá no meio em que vivemos e trabalhamos e está marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos atuantes na construção da realidade social. (FRANCO e MERHY, 2011)

Dessa maneira, evidencio a existência de uma linha de produção subjetiva do cuidado em saúde, quando os trabalhadores em ato interagem com os usuários e constroem sua própria relação com o vivenciado em sua realidade. Portanto, diante dos problemas,

assumem uma atitude que pensa sobre o que faz e, a partir disso, operam mudanças em seu processo de trabalho cotidiano e edificam ações de cuidado que possibilitam a produção subjetiva de si mesmos, enquanto novos sujeitos trabalhadores, ao buscarem significar seus modos de atuar no trabalho e de entender e produzir o mundo e a vida.

Assim, retomando minha reflexão acerca da integralidade, trabalho com a *imagem-desenho* de uma linha de produção do cuidado intercessora-interseçora *subjetiva* no interior de uma UBSF, porta preferencial de entrada no SUS, mas que, quando redimensionada para além da atenção básica, ganha maior sentido na ideia de uma organização do processo de trabalho em uma rede intersetorial. Aqui, talvez tenha me aproximado do pensamento e proposto por Franco, Magalhães e Merhy, no projeto BH-VIDA: Saúde Integral⁷⁷(2002) e que, na sequência da apresentação construção de uma “linha de cuidado” em um trabalho escrito, afirmam que:

a questão a integralidade de atenção à saúde, no projeto BH-VIDA, passa a ser vista sob o aspecto não apenas de organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar. (...) No “BH-VIDA: Saúde Integral”, a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Trabalhamos com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais. (FRANCO, MAGALHÃES JR, 2004, p. 2-6)

Logo, utilizo essas *imagens-desenhos* para pensar uma rede intersetorial em um fluxo contínuo entre os serviços, no qual os usuários tenham assegurado toda a assistência necessária para a produção de cuidado e saúde, ao passo que me permito a ousadia de querer operacionalizar, no cotidiano de trabalho, uma linha de produção do cuidado no mínimo forte, poderosa e potente, no que diz respeito à organização de uma rede assistencial. Esse processo de educação, apoio e criação de ações e práticas, constroem novos modelos assistenciais, com base em uma constituição coletiva, e nesses *encontros-*

⁷⁷O Projeto BH-VIDA foi implantado junto à rede básica de assistência à saúde no ano de 2002. Refere-se à formação de Equipes de Saúde da Família (ESF), às quais são adscritos os usuários, com prioridade para áreas de risco. Para apoiar a atenção especializada, em algumas regiões do município, foram organizadas equipes de especialistas referenciados a um determinado número de ESFs. (FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H.M, 2004, p.2) In: FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. Em: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2a.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

momentos-processos é que fortalecemos as conexões em rede entre todos os trabalhadores e os serviços de saúde.

Portanto, uma linha de produção do cuidado em que a integralidade se faz em um campo relacional, o qual reconhece uma produção subjetiva do cuidado, em que nós, trabalhadores, em interseção com outros trabalhadores e, sobretudo, com os usuários, edificamos novos modos de agir e outros procedimentos de produção do cuidado, organizado em modelos assistenciais com maior base nas diretrizes do SUS e centrado nas ferramentas tecnológicas leves, mais relacionais, como, por exemplo, o acolhimento e o vínculo. Um fazer-saber que poderá se tornar potente para um maior protagonismo e um pertencimento do usuário em relação a seu “próprio itinerário singularizado de cuidado” e também a uma maior responsabilização por parte dos trabalhadores e dos serviços com a produção do cuidado com o sujeito em foco.

Por fim, apresento um quadro-síntese, que utilizo como exercício sistemático que serviu de base para a criação dos supostos desenhos apresentados e que pode ajudar o leitor a comparar e entender melhor as diferentes linhas de produção do cuidado em suas distintas configurações.

Quadro 1. Tabela comparativa das linhas de produção do cuidado

Configuração	Linha 1	Linha 2	Linha 3	Linha 4
Nome	<i>Técnico profissional específica</i>	<i>técnico multiprofissional interdisciplinar específica</i>	<i>técnico multiprofissional multidisciplinar específica</i>	<i>intercessora-interseçora subjetiva</i>
Processo trabalho	fragmentado partilhado	fragmentado, compartilhado por somação	fragmentado, compartilhado integrativo	integralizado , desterritorializado subjetivo
Modelo de atenção do cuidado	“médico centrado no usuário” biomédico	“centrado no usuário” médico-hegemônico	“centrado no usuário” médico-hegemônico	“usuário-centrado” multiplicidades na clínica
Relação estabelecida	interseção objetal	interseção objetal	interseção objetal	interseção partilhada

Ferramentas tecnológicas	duras e leves duras	duras e leves duras	duras e leves duras	leves
Composição	eSF ampliada	eSF ampliada + NASF	eSF ampliada + NASF	eSF ampliada + NASF + outros

Onda 7. Na crista da onda – o encontro e a busca por uma clínica do devir, cartográfica e surfista

Um momento-acontecimento mágico do surf se dá quando o surfista, já submerso no mar, depois de muito remar e atravessar toda a zona de arrebentação, se posiciona no “lineup”⁷⁸, e lá fica a espreita, observando as ondulações se aproximarem, escutando os ruídos a sua volta, estudando os possíveis caminhos, e aguardando o instante em que se encontra com a onda e surfa.

Quando em um *momento-acontecimento* do trabalho vivo em ato, trabalhadores e usuários se encontram em um espaço do território micropolítico do cuidado em saúde, configura-se uma relação entre esses sujeitos, cujos atos produzem um lugar que, para mim, determino como sendo a “clínica”. Nesse sentido, a clínica é um encontro ou, ainda, um lugar de produção de encontros quando, o importante, aqui neste material, é discorrer sobre quais encontros afinal estamos falando.

Para pensar sobre a questão e dar continuidade a essa sucessão de ondulações reflexivas que ensaiei desde minhas primeiras remadas⁷⁹. Como num surf de ondas gigantes, utilizei-me de um recurso comum para ele, *Tow-in*⁸⁰, quando, na carona inspiradora de Gilles Deleuze, Emerson Elias Merhy, Túlio Batista Franco, Daniel Linz e outros, quis *dropar* o que, para mim, parece ser a *rainha da série*⁸¹, pois falar da clínica é cogitar algo a respeito de minhas próprias ações em ato.

Atuar no cotidiano de uma UBSF junto aos usuários e trabalhadores do SUS oportuniza evidenciar os encontros que se realizam no território do trabalho analisado,

⁷⁸Lugar dentro do mar atrás da zona de arrebentação onde os surfistas se posicionam e aguardam a chegada das ondas

⁷⁹Primeiras remadas aqui se referem as discussões iniciais deste trabalho.

⁸⁰Técnica onde um surfista é rebocado por um Jet-Ski (mais comum) ou por um Helicóptero até a onda. Este método tem uma vantagem demonstrada nas situações em que a onda é muito grande e se move muito rapidamente para o surfista apanhá-la apenas na remada.

⁸¹Nome atribuído pelos surfistas para denominar a maior onda de uma série de ondulações.

nesse serviço de saúde. Tomo como momento-acontecimento um tipo de encontro em especial que pode se diferenciar dos demais pela maneira com que os trabalhadores atuam diante de uma situação de cuidado. Não tratarei, aqui, de julgar se este encontro é melhor ou pior do que outro. Caberá a mim apenas destacar e confirmar aquilo que, em alguns desses encontros, se diferencia do habitual e que reconheço como possibilidade de abeiramento com o que estou chamando uma “clínica do devir”.

Refiro-me a um encontro no qual o território existencial do outro, o sujeito trabalhador e/ou usuário, é colocado no centro do trabalho vivo em ato e, portanto, em um campo relacional singular do cuidado em saúde. Um encontro potente no sentido do convívio com a alteridade e com a criação e a utilização de tecnologias singularizadas⁸², que resistem às e deslizam das capturas dos conhecimentos técnicos, protocolares e disciplinares das regras e ordens de forças hegemônicas profissionais centradas.

Encontro singularizado e de reconhecimento da produção subjetiva, uma vez que, ao conduzirem atos em algumas situações do trabalho cotidiano, trabalhadores operam intervenções em si mesmos, ao construírem com o usuário um campo relacional singular e de produção de atos em saúde. Ou seja, potencializam a edificação de encontros ativadores de criação em um cuidar, cuja condução dos processos de trabalho em ato levam a momentos de intensa singularização e com quase nada de particularização. Assim, um encontro também intercessor⁸³, que ocorre por inúmeras razões diferenciadas e que é capaz de apresentar certa eficácia na resolução ou na tentativa de diminuição dos sofrimentos tidos como problemas de saúde, já que se desviam de condutas e práticas tradicionais e, logo, não são apreendidos nem capturados por determinado saber-fazer exclusivo (CECCIN e MERHY, 2009; MERHY, 2009).

Desse modo, um encontro “*intercessor-interseção*”, operado por trabalhadores quando a produção de um cuidado está estabelecida em uma relação “*interseção*” de um sujeito com o outro, isto é, no espaço de interseção *entre* trabalhadores com trabalhadores e trabalhadores com o usuário individual e/ou coletivo, ao se exporem e exporem nesse *entre*, ambos viabilizam conexões rizomáticas em devires que criam linhas de fuga nas

⁸²Tecnologias cujas ferramentas de cuidado se diferem das tecnologias duras (intervenções mais invasivas) e leves-duras (intervenções cabalmente protocolares). Para melhor compreender o ponto, consultar In: CECCIN, RB; MERHY, EE. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização, entrelaços e perspicácias: a educação da Saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Acesso em 12 de Novembro de 2011.

⁸³ Intercessor no sentido literal da palavra: que intercede, intervém; mediano.

trilhas da singularização implicada com a multiplicidade, nas quais o produzido no espaço *inter-ser* existe para os dois, no momento-acontecimento da relação em processo, na qual os “*inter*” se colocam como instituintes da constituição de novos modos de pensar-propor-fazer determinados atos de produção de saúde. (DELEUZE e GUATTARI, 1995; FRANCO e MERHY, 2011; MERHY, 2002; DAMICO e BILIBIO, 2011).

Na linha proposta, a clínica está em um campo relacional de “encontros”, cujo espaço configura-se em um lugar estabelecido por meio de uma ética e estética, pois ambas são consideradas forças contrárias à passividade negativa. Logo, vontade pura de potência, em que os sujeitos desejantes em processos consideram seu contexto social e se propõem a pensar a vida e a realidade. A partir disso, constroem outra relação, mais agradável com as pessoas e com o que vivenciam e, ao reconhecerem seu lugar no mundo, evidenciam o belo da vida e concebem outros modos de operar seus viveres e estares nesse mesmo lugar. Além disso, por carregarem consigo uma intenção política “transformadora” que intervém de modo responsável e comprometido com o mundo dos usuários e em defesa radical da vida, produz ainda um encontro político. Nas palavras de Damico e Bilibio,

entendemos o encontro em saúde como espaço-dispositivo pautado de implicação ética-estética-política. Ética, porque se propõe a pensar a vida, deixando de lado valores de verdade e julgamentos *a priori*, considerando as pessoas em relação. Estética, na medida em que concebe a *vida como obra de arte* (Deleuze, 1992) e, dessa forma, produz outros modos de pensar, sentir e estar no mundo. Política, a partir da afirmação dos processos coletivos, múltiplos e heterogêneos que atravessam cada existência, tendo contornos nas práticas sociais. (DAMICO, BILIBIO, 2012, p. 19)

Assim, destaco que todo o encontro está intercessor; no entanto, nem todo o encontro intercessor está “interseçor”. Para mim, tal diferença se faz relevante, já que a clínica está uma interferência, assim como o surfista em uma onda. Cabe-nos interrogar que movimentos éticos, estéticos e políticos operacionalizamos, quando em um ato do trabalho vivo do cuidado em saúde, nos afetamos uns aos outros? Afinal de contas, de que clínica e encontros estamos falando? Será tudo isso mais um “tirar de onda acadêmico”? Quem sabe uma rabeada? Quem está nesta praia? Locais, *haoles*, nativos? Quem realmente está um surfista? Olhemos para o mar!

Falar de devir é falar de surf; logo, surfar é jogar, criar movimento.

Surfar é criar movimento. O que qualifica um bom surfista é, pois, a facilidade com a qual ele realiza seu movimento numa superfície de jogo pertencente a uma velocidade nômade do movimento e do tempo da onda. No entanto, ele brinca de brincar com a onda excedendo os limites da própria onda e de suas regras não

estabelecidas. Sua ação poderá superar a chegada da vaga, fazendo dos limites o lugar de transmutação da conformidade e da violência da calma da própria onda. Superar regras e limites é o que Deleuze nomeia O jogo ideal e que, pessoalmente, chamo um movimento louco para um jogo ideal. (LINZ, 2009, s/p)

Pensar em uma clínica como um encontro e, ainda, refletir acerca de um movimento em devir, em que o ato em saúde reside em um jogar, assim como o próprio surf, é considerar que as regras desse jogo se estabelecem no próprio território do trabalho e nas fronteiras relacionais nele “desenhadas”. Assim, pensar uma trilha em uma clínica do devir, antes de qualquer coisa, é ensaiar um entendimento, no qual ela se encontra em constante movimento e, conseqüentemente, em permanente construção, pois sua dinâmica parte das singularidades de cada sujeito na referida relação e, assim, contrapõe-se às invenções e às fabricações tomadas como naturais ou como demonstrações causais da evolução histórica de uma medicina tradicional, por exemplo.

Logo, enquanto trabalhadores da saúde, precisamos, sobretudo, nos movimentarmos mais pelas trilhas das desconfianças e das incertezas do impensável e do inesperado e menos pelo caminho das verdades absolutas de um pensamento único, cujos sentidos e significados estáveis e completos estão fixados em uma lógica hegemônica de atenção à saúde. Dito de outra forma, nós, trabalhadores devemos assumir nossa incompletude enquanto sujeitos que pretensamente buscam produzir atos de saúde e aceitar que nossas ações e práticas estejam sempre incompletas. Dessa maneira, pusemo-nos ancorados em um pensamento sem imagem, isto é, em um simples pensar por vir; logo, um novo para, então, admitirmos nossa própria constituição sempre em devir, que não é ainda e, a cada instante, inacabada e sempre por vir a ser.

Contudo, ensaiar um refletir em uma clínica do devir é pensar num jogo com a vida, cujos atos precisam partir de um estranhamento e de uma negação ao pensamento preso em uma especificidade prática, seja ela qual for. Nessa direção, trilhamos rumo a um encontro potente para a produção de um fazer-saber mutante, cuja especificidade se faz nas relações em um *momento-acontecimento*, que se move em um campo singularizado, na multiplicidade do jogo jogado em um ato, nos múltiplos modos de viver no cotidiano. Nesse ponto, recorreremos às palavras de Daniel Linz:

Jogar para além do acaso, no acaso das próprias ondas, é uma arte, um conhecimento de seu corpo e do corpo da onda: gorda ou magra, ela tem um corpo, um corpo sem órgãos, uma leveza ativa, que é a própria leveza do ser em devir (...) Um limite vale tanto pelo que contém quanto pelo que rejeita, e marca a sedentariedade do surfista à espreita da boa onda. Se o surfista é o “sedentário

do esporte”, é parado que ele se movimenta mais: parar é ter o corpo em movimento, em articulações e namoro com a onda. Devir pássaro, ele voa e não precisa dos órgãos. Seu movimento líquido encontra na vaga seu elemento: ele é natureza com a natureza. (LINZ, 2009, s/p)

O que acaba de ser dito significa que esta não é uma clínica de um deixar acontecer, mas sim um agir em saúde, enquanto produto imbricado na micropolítica do trabalho vivo em ato, cujas ações e práticas de pensamento não partem de determinadas racionalidades apoiadas numa noção de realidade realmente “real”. No jogo da vida cotidiana em uma UBSF, o trabalhador é um sujeito ser-estar que abre sua caixa de ferramentas e constrói novas tecnológicas de cuidado em um *encontro-momento-processo* com o outro. Mas isso não significa dizer que esse mesmo trabalhador esteja impossibilitado de utilizar suas ferramentas enquanto práticas nucleares específicas, quando em um ato de cuidado implicado com a produção e defesa da vida. No caso em questão, é importante estar atento e se colocar como um surfista:

O Surfista é a onda com a onda, e não onda sobre a onda; ele não existe apenas para aquilo que o tornará vencedor, mas se realiza afirmando o acaso; temos aqui certamente uma bela definição do ser, sempre em devir. É um puro sensitivo à escuta do meio no qual ele dança com seu corpo-onda para não "dançar" na vida. Escorregar é antes de tudo reduzir o esfregão, o caldo, a "vaca". (LINZ, 2009, s/p)

Compreender a clínica surfista como um encontro “intercessor-interseçor” e, ainda, reconhecê-la enquanto um jogo jogado em um campo relacional subjetivo: trata-se de considerarmos um *espaço-lugar* estabelecido em um *encontro-momento-processo* do *movimento-acontecimento* do trabalho vivo em ato. Por isso, uma clínica singularizada, aberta, múltipla, incerta, flexível, plural, dinâmica e rizomática, que aposta nas multiplicidades da vida.

Uma aposta nas multiplicidades, que rizomaticamente se conectam e interconectam, gerando novas multiplicidades. Assim, todo ato singular se coletiviza e todo ato coletivo se singulariza. Num rizoma, as *singularidades* desenvolvem *devires* que implicam hecceidades. Não há sujeitos, não há objetos, não há ações centradas em um ou outro; há projetos acontecimentos, individualizações sem sujeito. Todo projeto é coletivo. Todo valor é coletivo. Todo fracasso é coletivo. (GALLO, 2008, p. 69)

Neste ensejo, como um surfista, me atiro ao mar e remo em direção ao acaso. Fico à espreita, acompanhando os processos trilhados nas conexões múltiplas estabelecidas em um *encontro-momento-processo*, no instante *movimento-acontecimento* do ato. Desse modo, me oriento embalado pelas pistas que vêm e vão, como uma onda na multiplicidade da vida, cujos fluxos sucessivos criam ondulações as quais me levam a um surfar sem um pico de chegada,

nem uma bancada definida, apenas surfista-onda, “corpos vibráteis”⁸⁴ em um movimento, sempre em devir. Em outras palavras, trabalhador em uma clínica cartográfica quando, no encontro com o outro, afeta e é afetado enquanto sujeito em um processo de produção de subjetividades, cuja vontade é de potência e está em um trilhar criativo de linhas de fuga em outro caminhar.

Dito de outro modo, remeto a uma clínica cartográfica do jogo-jogado e de uma produção de cuidado no acompanhar dos processos com o usuário, como um surfar com uma onda, isto é, parto de um primeiro dropar, pois, a partir deste instante, só existe um vir a ser. Sendo assim, é importante pensarmos um projeto terapêutico singularizado – PTS, não exclusivo nem autocentrado em qualquer núcleo ou nicho territorial nuclear das profissões específicas, mas um fazer-saber que abre sua caixa de ferramentas e se constitui no movimentar acolhedor e vinculante nas relações estabelecidas em um *encontro-momento-processo*, quando, por exemplo, no cotidiano de trabalho, emergem situações nas quais precisamos considerar outros aspectos e dimensões da vida das pessoas⁸⁵ e que se fazem relevantes na produção de um cuidado.

Nesse caso, somos trabalhadores e também usuários que não mais buscam somente a cura de um corpo doente, mas sim uma produção de vida, conforme nos ensina Merhy:

nós, os usuários, enquanto portadores e fabricantes das necessidades de saúde somos mais complexos, somos modos qualitativos de viver a vida, somos coletivos expostos a riscos, somos necessitados de relações de encontros vinculantes e acolhedores, somos tensões entre autonomia e heteronomia para andar a vida, somos desejantes, somos também corpos biológicos. (MERHY, 2003, p. 2)

Ressalto, por fim, que esse fazer-saber “clínico” instituído nos *encontros-momentos-processos* do trabalho vivo não pertence a ninguém e, tampouco é exclusivo de um ou outro trabalhador da saúde, independentemente do núcleo profissional a que pertencer. Quero enfatizar a importância e a potência do encontro *intercessor-interseção* enquanto proposta de intervenção em uma ação de cuidado em saúde implicada,

⁸⁴Corpo vibrátil, “o que quer é aprender o movimento que surge da tensão fecunda entre fluxo e representação: fluxo de intensidades escapando do plano de organização de territórios, desorientando suas cartografias, desestabilizando suas representações e, por sua vez, representações estacando o fluxo, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido (...) corpo que capta no ar: uma espécie de feeling que varia inteiramente em função da singularidade de cada situação e reconhece muito bem – a reatividade das forças deixa de ser reconversível em atividade e começa a agir no sentido da pura destruição de si mesmo e/ou do outro”. (ROLNIK, 1989, p. 4)

⁸⁵Referimo-me a questões também de educação, moradia, alimentação, segurança, política, ambiente, trabalho, entre outros aspectos

comprometida e corresponsável com as demandas, necessidades, desejos, intenções e, sobretudo, com o protagonismo dos usuários.

Assim, reitero minha aposta em um processo de trabalho cuja produção do cuidado afirme a multiplicidade da vida do outro, enquanto prática singularizada na criação e na produção de atos em saúde, que acolham e respeitem os usuários em suas diferenças e multiplicidades singulares. Isto é: uma luta contra a normatização de uma especificidade dos processos, uma luta pelo não fazer igual, pelo não punir, não culpar, não moralizar, não criminalizar. Uma luta contra o localismo e pelo não rabear “parceiro”; logo, um surfar potente e enriquecedor com o outro, na busca de outra onda, cujo desafio aposta na multiplicidade do mar e na defesa radical da vida.

Diário “poético” da residência

A Primeira Vista

Um livro aberto
Páginas em branco
Cabeças pensantes
Mãos e braços
O que fazer? O que fazer?
Trabalhar
Viver
Acertar e errar
Errar e acertar
Construir, (des)construir
Um livro aberto
Traços borrados
Cabeças mutantes
Mãos dadas
Há braços

03/08/2010

Chato

Tem dias que estamos assim
Meio não estando, entende?
Chato, como incisivos, parágrafos únicos, agendamentos etc e tal
Trabalho duro entre paredes (pré) moldadas
Entre um mate e outro
Uma bala de mel,
Sorriso encantador
Olhar indignado, embrabecido, CHATO!
Palavra animadora
O sol se despede
Até amanhã

10/08/2010

O gosto amargo do trabalho

A sensação é de morbidade
O pré-tesão brochou
A espiral movimentada lentamente
Onde está o prazer?

Onde está a vontade?
Onde está a liberdade que aprisiona o compromisso e nos faz levantar cedo?
Onde está o amor?
Onde está o entusiasmo?
Espero que do outro lado da sala!

11/08/2010

Lá vem o “chato”

Ouvi dizer que TODA UNIDADE TEM UM CHATO

O cara é participativo, quer se envolver com as coisas da unidade

Vê na unidade um lugar de encontrar novos amigos e nova família, já que uma parte se foi.
Quer acolher e ser acolhido.

O cara é muito chato!

Ele pensa e reflete sobre tudo que tu fala e propõe para que ele faça.

Te questiona, te faz pensar e te faz (re)inventar.

Que coisa mais chata!!!

Ele OPINA E SUGERE mudanças.

Fala tudo de forma minuciosa e explicativa.

ELE FAZ QUESTÃO DE CUMPRIMENTAR A TODOS QUANDO CHEGA.

Demonstra carinho, atenção, respeito

Ah, ele é um porre!!!

ELE É ARGUMENTATIVO.

Sabe de tudo um pouco.

E se não sabe, ele se informa, estuda e no outro dia volta a tocar no assunto.

Xiii, lá vem ele.

NINGUÉM MERECE, se ele perguntar por mim eu NÃO ESTOU.

Ei, salva lá teu amigo, senão ele ficará a manhã inteira aturando o chato.

Como tudo isso é chato!

Lá vem ele novamente.

Feche a porta rápido!

18/09/2010

Amizade

Sentimento que une.

Necessidade desprezada por muitos.

Muitos abraços perdidos, corações partidos.

A fofoca já separou grandes amigos,

Mas o amor e o companheirismo juntaram tantos outros.

Mais vale a pena um amigo por perto do que um irmão que está longe.

Sair para caminhar, bater um papo, trocar e compartilhar ideias.

Um filósofo escreveu: amizade é como um vício, se ganha com a perda, referindo-se às más companhias.

O poeta perguntou: o que você quer ganhar?

Há dois fatores preponderantes na amizade: a confiança e o tempo.

O que é o tempo?

É uma qualidade e, ao mesmo tempo, um defeito. É uma vantagem ou desvantagem, depende das circunstâncias, se a nosso favor ou contra nós, é um amigo ou inimigo, depende...

O tempo, amigo de uns, inimigo de outros... Outros instantes... Outros momentos... Tempos de guerra... Tempos de paz... Tempo de fazer amigos.

Amigos, amigos... Negócios à parte.

(poesia coletiva – Diego P. Santos e Carlos Alberto Oliveira de Paula – 27/09/2010)

Hoje é dia do controle

A “doença” predomina por toda a parte

Está no posto lotado

Valetas abertas

Reunião de equipes

O sofrimento estampado no olhar do Seu Fulano

Rosto da Dona Sicrana

Angústia da espera

Cansaço do trabalhador

Um suspiro...

Jalecos a desfilar

A fila está grande

Passa mais um

O tempo não passa

40 minutos

Faz mais um HGT?

Hoje é dia do controle

Vou atender dentro do banheiro

05/10/2010

Guerreiro da São Miguel

Três meses se passaram,

O momento ainda é presente,

Ensaio os primeiros passos, paro, ando mais um pouco, paro de novo,

Sigo em frente, surfando no fluxo dos acontecimentos,

Sem atropelos, rabeadas e imediatismos,

Respeito a multiplicidade da vida e, sobretudo, a dinâmica do viver das pessoas e o espiralar dos fatos.

A cada passo dado, impressões, sentimentos, sensações, dúvidas, in-certezas.

In-constância, In-permanência ... apenas movimentos em um processo.

Como é gostoso andar “livremente”: afinal de contas, não existe um caminho certo ou errado, todo caminho nos leva a algum lugar como disse Manoel Mendes em uma palestra outro dia.

Até então caminho solitário, na maioria das vezes, ou de solitude.

Sigo andando

Determino minhas próprias competências.

Faço aquilo que acredito ser o melhor percurso

Livre e autônomo,

Tento inovar, criar e fazer diferente

Lutando contra as regras, normas, padrões, modelos e manuais

Sigo satisfeito, consciente do trabalho trabalhado

Incontrolável

Sou apenas eu sendo apenas eu

Não sou você, não sou o que você deseja e/ou espera que eu seja

Não sou o SUS, nem partido político

Sou militante da vida,

Guerreiro da São Miguel

28/10/2010

Quem sabe um potencial amigo do conceito?

Um mero surfista a trabalhar, um pintor.

Artista que olha para o mar e rastreia a *vida* no cotidiano,

Que toca as ondas pintando as ereções do mar.

Um surfar potente, traçado em um ato de cuidado.

Pausa no movimento, na vaga e a espera,

À espreita dos processos.

Ensaio em um devir da clínica

Criação de Encontros

Escolhas.

15/06/2012

A principal característica do surfista não é a incompetência intelectual, mas, ao contrário, uma competência muito específica, muito rara, e que é modelar, tanto para quem faz ciência quanto para a vida cotidiana, para a vida política, para a vida ética.

Que competência é essa própria do surfista?

O surfista sabe pegar onda.

(Charles Feitosa)

13/11/2011

“as tartarugas apreciam melhor a paisagem do que as lebres” (Autor desconhecido)

27/10/2010

Para surfar de verdade você tem que sair dessa mente julgadora, dessa mente racional, discriminativa, que está sempre pensando e analisando aqueles aspectos. Como estou indo? Como estou? É simplesmente se unificar com as coisas e fluir.

(Isshni- Monja Zen Budista e Surfista)

27/10/2010

Parafraseando Lenine – Paciência

Enquanto o tempo acelera e pede pressa...
Eu me recuso, faço hora, vou na valsa...
A vida é tão rara...e o *corpo pede um pouco mais de alma...*
Calma!!!
A vida não para... Para! Não para?
Não temos tempo a perder...não temos tempo a perder?
Peço paciência...espera!
Enquanto todo mundo espera a cura do mal...
A loucura finge que isso tudo é normal...
Isso tudo é real?
Peço paciência...Me recuso!
Faço hora!... vou na valsa...
Vamos dançar?
Pois a vida não para ... a vida não para?
A vida é tão rara!
Tão rara!
A vida
A vida!

27/09/2010

Atrás da Porta

Explodem
Atrás da porta
Vidas
Que se guardam
Em algum lugar
Que não sabemos
Atrás da porta
Vidas vividas
Em dores
Que não vemos
Que não queremos
Que não vivemos
Mas que ainda assim
São vidas
Atrás da porta
(Leandro Selister)

11/05/2012

Desta água que bebo, passarinho não bebe: referências, leituras inspiradoras e coisas estimuladoras

Artigos, textos e documentos

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 25 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____*Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____*Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____*Ministério da Saúde e Educação. Portaria Interministerial 45 de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2007a*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf Acesso em: 19 set. 2011.

_____*Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____*Ministério da Saúde, gabinete do ministro, Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Que aprova a política nacional de atenção básica* Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> Acesso em: 21 jul. de 2012.

_____*Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27, 152 p)*, Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

_____*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular – 2. ed. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)*, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____*Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, 2011b.

BARLETTA, R. *As míticas 3maria*, retirado de reportagem do Jornal Agora – Disponível em: <http://edicoesanteriores.jornalagora.com.br/site/index.php?caderno=51¬icia=52331>
Acesso em: 20 nov. 2011.

BILIBIO, L.F.S. *Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: 2009. 191p.

BILIBIO, L.F.S.; DAMICO, J.G.S. *Experimentação e encontro intercessor, produzindo pistas para a educação física na saúde mental*. No prelo, 2012. 23p.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CECCIN, RB; MERHY, EE. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização, entrelaços e perspicácias: a educação da Saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. 2009. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Acesso em: 12 nov. 2011.

DAMICO, J.G.S. Rasuras disciplinares e amputação de fazeres. *Revista Movimento* 2011, p.269 – 287.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

FRANCO, T. B.. A Integralidade é uma diretriz que traz em si o significado ético-político do "cuidado-cuidador" de trabalho em rede. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, v. 233, p. 13-15, 2007.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. Em: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2a. edição. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. El Reconocimiento de la Producción Subjetiva del Cuidado. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 7, p. 9-20, Enero-Abril, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho em saúde. In: *Escola Politécnica Joaquim Venâncio. (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006, v. 1, p. 276-282.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H.M; MERHY, E. E Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Acesso em: 02 ago 2012.

GALLO, Silvio. *Deleuze & a Educação*. 2ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

GAUTHIER, J. Z. A questão da metáfora, da referência e do sentido em pesquisas qualitativas: o aporte da sociopoética. *Revista Brasileira de Educação*, nº 25, p.127-142, 2004.

HECKTHEUER, LF. Educação física, pedagogia do devir. *Palestra proferida em aula de abertura do II semestre do curso de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande*, 2007.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010.

KUJAWA, H.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. Cartilha Direito à saúde com controle social. Passo Fundo: *Fórum Sul da Saúde, Fórum regional da Saúde e Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo*, 2003.

LARROSA, J.B. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, nº 19, p. 20-29, 2002.

LINZ, D. Deleuze surfista da imanência: a relação entre o surf e a inspiração do filósofo francês Gilles Deleuze. *Revista Cult* – Edição 139. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/novo/site.asp?edtCode=405A8403-AD34-47FE-9051-22017E8B23A9&nwsCode=C9F6BB16-5981-4AEA-9347-17017B62091F>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e Democracia – A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997, v. 1, p. 125-143.

_____. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. *Lugar Comum (UFRJ)*, v. 27, p. 281-306, 2009. Disponível em: www.universidadenomade.org.br Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. Como fatiar um usuário: ato médico + ato enfermagem + ato X + ato Y. Conselhos regionais de saúde MG: *jornal unificado*, 2003 (publicação dos conselhos regionais de saúde de Minas Gerais).

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, v. 1, p. 195-206.

_____. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONTENEGRO, O. *Entrevista dada à revista Isto é*, Edição: 2094, 2009. Disponível em: http://www.istoe.com.br/reportagens/33634_O+HOSPICIO+PARTICULAR+DE+OSWALDO+MONTENEGRO. Acesso em: 30 jun. 2012 - 17:38.

ROLNIK, S. Trechos de Suely Rolnik: *Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Editora Estação Liberdade, 1989.

Músicas

Metáfora – Gilberto Gil

Não vou me adaptar – Titãs

Paciência – Lenine

Sonho de uma flauta – Teatro Mágico

Surfando Karmas e Dna – Engenheiros do Havaí

Tocando em Frente – Renato Teixeira

Poemas

A função da arte – Eduardo Galeano

É preciso ficar submerso – Alberto Pucho

Filmes

A vaga – Danielle Fonseca

Anjos da Vida – mais bravos do que o mar

Caçadores de Emoção

Matrix

Nas mãos de Deus

Patch Adams

Poder além da vida

Fonte de figuras

www.google.com.br/imgres