

POR UM DEVIR BICICLETA NO APOIO À REDE DE SAÚDE
POR UN DEVENIR BICICLETA EN EL APOYO A LA RED DE SALUD
BICYCLE BECOMING SUPPORTING THE HEALTHCARE NETWORK

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30169755>

Mário Francis Petry Londero e Simone Mainieri Paulon
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

RESUMO

Este artigo investiga práticas de apoio na rede de saúde ao problematizar o cuidado à população em situação de rua. Apoiado pelo conceito de biopoder, o estudo analisa as formações disciplinares e a regulamentação da vida que atravessam a rede de cuidados, que, normalmente, espera receber usuários já padronizados, o que traz como efeito a marginalização de determinadas populações. A pesquisa-intervenção cartográfica norteia o método ao desenhar uma trajetória de cuidado em uma situação experienciada entre Consultório na Rua, Unidade Básica de Saúde e usuário morador de rua. Como resultado, o texto aponta para a necessidade de se multiplicar, cada vez mais, trocas de experiências de apoio na rede de atenção para se abrir espaços de “desaprendizagem” permanente, provocadora de atos de cuidados inventivos, desviantes do padrão excludente de diversas singularidades que se apresentam no cotidiano do trabalho em saúde.

Palavras-chave: políticas públicas; assistência à saúde; consultório na rua; apoio ao planejamento em saúde.

RESUMEN

Este trabajo investiga prácticas de apoyo en la red de salud al problematizar el cuidado a la población en situación de calle. Apoyado por el concepto de biopoder, el estudio analiza las formaciones disciplinares y la reglamentación de la vida que atraviesan la red de cuidados, que, normalmente, espera recibir usuarios ya estandarizados, lo que trae como efecto la marginación de determinadas poblaciones. La investigación e intervención cartográfica orienta el método al dibujar una trayectoria de cuidado en una situación experimentada entre Consultório na Rua, Unidad Básica de Salud y usuario que vive en la calle. Como resultado, el texto señala la necesidad de multiplicar, cada vez más, cambios de experiencias de apoyo en la red de atención para abrir espacios de “desaprendizaje” permanente, provocador de acciones de cuidados inventivas, desviadas del estándar excluyente de diversas singularidades que se presentan en el cotidiano del trabajo en salud.

Palabras clave: políticas públicas; prestación de atención de salud; consultório na rua; apoio a la planificación en salud.

ABSTRACT

This paper aims to investigate the support practices to the network of healthcare for homeless people. Based on the concept of biopower this study analyzes how the disciplinary formations and life regulation impact healthcare, marginalizing certain populations. Through the research methodology of cartographic intervention the trajectory that intertwine Consultation office in the street, Basic Health Care services and the homeless population is mapped. The results points towards the necessity to continuously increase experience exchange throughout the healthcare network, opening opportunities to permanently “unlearn” misconceptions brought by a standardized care. To be able to welcome the singularity of diverse and marginalized populations, the health care routes need to be inventive and deviant.

Keywords: public policies; delivery of health care; consultation office in the street; health planning support.

Primeiras pedaladas

Este artigo apresenta um recorte da pesquisa de doutorado intitulada “A ética da escuta clínica em tempos de biopoder” e as respectivas primeiras pedaladas experienciadas em práticas de apoio por um dos autores no tempo em que realizava residência multiprofissional em saúde. Nessa condição, trata-se de pensar as práticas de apoio na rede de saúde brasileira a partir das experimentações dos autores no cuidado ofertado por um serviço transversal da atenção em saúde, constituinte da Rede de Atenção Psicossocial¹ (RAPS), denominado Consultório na Rua (CR). De antemão, cabe anunciar que a proposta das práticas de apoio, tal como aqui compreendida, está pautada por trocas de experimentações de cuidado, gestão compartilhada e atenção em rede no cotidiano das práticas de saúde, “valendo-se tanto dos conhecimentos específicos e desejos do apoiador” quanto das demandas trazidas pelo trabalhador/serviço/gestão “em função de seu conhecimento, desejo, interesse e visão de mundo” (Campos & Domitti, 2007, p. 402). Essa ética do apoio é o que intencionamos trazer para discussão no intuito de pensar as práticas de cuidado que operam na rede de atenção.

Trata-se, portanto, de dialogar com visões de mundo que, no vasto e plural campo da saúde, tornam-se infinitas e, por isso mesmo, acionam forças das mais diversas. Em alguns movimentos, pode-se identificar a potência dos cuidados inovadores a partir de demandas singulares trazidas por algum usuário que acessa um ponto qualquer da rede de atenção e encontra uma escuta sensível, uma acolhida humanizada, uma equipe aberta a compreender e dar conta, no limite de suas possibilidades, daquela dor/sofrimento único. Assim como em outros movimentos, é possível observar um enfraquecimento dessa rede, quando algum acontecimento singular irrompe no cotidiano do cuidado em saúde e tal força não é acolhida como um desafio a enriquecer e compor um território peculiar de vida, mas sim como um processo que decomporia a equipe-rede de cuidado envolvida.

Nesse sentido, temos a intenção de refletir sobre essas tensões de mundos que existem e que são inventadas a partir das composições/decomposições produzidas na rede de saúde em seu cotidiano. Falamos de tensões que, muitas vezes, emergem de práticas de cuidado pautadas por moralidades que elegem certos usuários para dar atenção, e outros para cruzar os braços e desinvestir energias por serem considerados de difícil adesão ao tratamento. Falamos, pois, de certas problemáticas que dizem respeito à falta de uma formação/experimentação em

sintonia com as realidades vividas pelos profissionais no dia a dia da rede de saúde, o que acaba por fazê-los temer o contato com aquilo que desestabiliza os protocolos e desafia o instituído em termos de atenção em saúde. A paralisação e a prática dos sucessivos encaminhamentos – política do “ao-ao”, enviando o usuário “ao” outro ponto de atenção diverso daquele no qual ele se encontra – ainda exercem dominação, resultando em serviços fragmentários e usuários que não recebem uma acolhida naquilo que os levaram a buscar um ponto de apoio em uma suposta rede de atenção em que seriam cuidados.

O exercício, então, proposto neste estudo, se inspira no que Deleuze (1992) comenta sobre o pensar, que propõe a existência como obra de arte, já que incide sobre as relações de força produzindo mais potência para um ato desviante do pensamento. Um pensar permeado pela aposta nas práticas de cuidado em saúde, com seus infinitos pontos de conexão que, muitas vezes, se encontram numa fragilidade paralisadora, mas que também abrigam possíveis experimentações que cada encontro de cuidado é capaz de produzir. Ao menos é isto que percebemos ao transitar por algumas práticas de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS): o quanto há potência, bem como paralisações, no ato de cuidado, e o quão difícil, em meio aos paradoxos que a vida nos apresenta, pode se tornar a proposta de pensar sobre a singularidade de cada vida que acessa os serviços da rede de saúde.

Para dar seguimento a um pensamento ainda em estado larvar, vamos a algumas questões que nortearão o desenrolar do texto: por que tal paralisia parece acometer a rede e seus trabalhadores, sobretudo nos casos em que a singularidade se impõe de modo a não caber nos protocolos e padronizações de cuidado? Como a prática do apoio pode apresentar-se como dispositivo de criação de novos atos de cuidado que se elevem a essa paralisia de entrar em contato com aquilo que foge da alçada padronizável?

Como vimos até agora, temos vários desafios que percorrem as práticas de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde: desde um não saber como fazer algum tipo de escuta-cuidado e, por isso, temer em acolhê-la, até os saberes demasiadamente duros ou excessivos de cada disciplina que se envolve na rede de saúde e que, por suas durezas, limitam suas habilidades e possíveis encontros com o desconhecido, com a surpresa apresentada por aquilo que é singular. À luz do que Foucault (1975-1976/2010) nos traz como crítica à sociedade disciplinar e de controle, temos ainda de percorrer um modo de produção que se apropria da vida, que a coloca numa esteira industrial para sugar lucros em benefício de um social de cunho

capitalístico, que deslegitima tudo aquilo que foge das suas normativas, ou as vampiriza para então reterritorializá-las para um estado não mais anômalo, mas, sim, regulamentado e produtivo. O biopoder (Foucault, 1975-1976/2010), a partir da construção de um saber/poder advindo da medicina e de tantas outras instituições, regulamenta a vida ao desenvolver sobre ela estratégias de controle que visam a um “fazer viver” consoante às demandas de um ideal burguês de produção e consumo. Essa regulamentação, construída ao longo dos séculos, pauta modos de operar o cuidado em saúde ao legitimar o que é normal/anormal, saudável/patológico e ao indicar no que se deve investir em termos de fazer viver ou, ainda, o que se deve fazer morrer para defender a sociedade daqueles que de algum modo possam trazer riscos. Essa forma de operar – o fazer morrer - retoma inclusive práticas de poder dos tempos da sociedade soberana, numa reatualização desta lógica que Foucault (1975-1976/2010) denominará como o poder assassino do Estado.

Diante desse panorama, que presenciamos enquanto pesquisadores/trabalhadores do campo da saúde coletiva/mental, percebemos o quanto o dispositivo apoio na produção do cuidar se faz relevante em suas diversas modalidades, como um amigo que percorre caminhos acidentados junto ao companheiro não somente para lhe dar colo nos momentos ruins, mas para tensioná-lo e incentivá-lo a saltar mais alto durante a vida, sempre que ele puder. Uma prática que propõe o amadurecimento da escuta tal qual ocorre quando estamos a aprender a andar de bicicleta, primeiro com rodinhas e com alguém a nos acompanhar, para depois, seguros pela experiência apoiada, poder pedalar de maneira mais prazerosa por paisagens afetivas antes temerosas. O apoio é visto aqui como um espaço de compartilhamento de angústias, sustentação de vulnerabilidades do trabalhador de saúde, oferecendo um ponto de ancoragem para os momentos difíceis nos quais não se tem no que se agarrar. Mas não só. O apoio é também, e talvez principalmente, um espaço para a invenção de novos sentidos na produção do cuidar, um lugar provocador de passagens que se dão à medida que se percorre paisagens existenciais contemporâneas, uma possibilidade de oxigenar as práticas demasiadamente engessadas por um cotidiano aparentemente já posto e disciplinarizado. Podemos arriscar a afirmar que o dispositivo apoio é uma ferramenta para que possamos ampliar os sentidos do cuidar, da clínica, dos repertórios existenciais, portanto, da vida que não se quer minguada, variações de intensidades e de fluxos, encontros que fazem rizoma e desenraizam conhecimentos prontos (Deleuze & Guattari, 1995). Para dar passagem à ampliação da

clínica, que nunca cessa por estar sempre a se fazer, é que pretendemos estudar o dispositivo apoio em meio às práticas cotidianas da rede de saúde.

Como pedalaremos ao longo do percurso

Este percurso toma por base metodológica a pesquisa-intervenção cartográfica, e desenvolve-se em um campo problemático pautado por experiências de apoio. A proposta de análise da escrita aqui tratada pretende cartografar os conflitos, temores e laços afetivos que estão em jogo junto aos profissionais e a um usuário dos serviços de saúde envolvidos, com resistências no encontro do cuidar que aparecem no campo do cuidado a partir do usuário em situação de rua que não deseja ser domado por pontos de vistas disciplinadores da vida, e por trabalhadores que não abrem mão, volta e meia, de certas padronizações que aprenderam ao longo de suas formações e práticas de saúde. Todos esses afetos que compõem o jogo institucional do cuidado podem ser problematizados a partir do método cartográfico, atento a tais intensidades que compõem e decompõem a rede.

A fim de dar corpo a esse campo problemático e cartografá-lo, foram utilizados os registros produzidos pelos pesquisadores em diários de campo, com o resgate reflexivo de cenas tramadas no cotidiano da rede, em uma proposta de analisar um conjunto de situações e encontros desenvolvidos ao longo de um ano entre um serviço de CR, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e um usuário de saúde que reside em um antigo prédio, supostamente não habitável aos olhos das regulamentações da vida. Diários de campo que provocam o pensamento a voar sobre as práticas de cuidado em saúde, com suas problemáticas, desafios e potências frente à rede de saúde que está por ser tecida. Tal análise dos diários foi feita no intuito de perceber os processos de cuidado, a dinâmica dos encontros pautados pelo apoio e as possíveis produções que aí se fizeram no decorrer do processo de cuidado adiante exposto. Barros e Kastrup (2009, p. 69) pensam a potência dos diários de campo como a “hipomnemata dos tempos gregos”, que era o cultivo do cidadão grego de realizar uma escrita sobre si de maneira ética ao problematizar a própria vida.

As escritas e as análises aqui trabalhadas são compostas por fragmentos originados de cenas vivenciadas nas práticas de apoio junto à rede de saúde, mais precisamente, no serviço CR, em uma mistura com fragmentos de cenas do filme *Um conto chinês*². A escolha por misturar atores que participam do fazer apoio com personagens saídos das cenas cinematográficas faz-se no intuito de criar

um movimento imaginativo no plano do cuidado em saúde. Nesse cenário, a escrita se torna um “processo” como descreve Deleuze (1997, p. 11), “uma passagem de vida que atravessa o vivível” em suas infinitas possibilidades de existência, que se formam na medida em que se agenciam os encontros. Quer retiradas da ficção, quer experimentadas por alguns dos autores em suas atividades de cuidadores, as cenas foram escolhidas por constituírem paisagens de cuidado advindas do cotidiano, de quem quer que seja. Colocá-las em análise tem o intuito de compor saberes que conduzam a deslocamentos no que se encontra de alguma forma instituído e sem forças para garantir espaço a experimentações inovadoras, fazer novas linhas e problematizar nós já estrangulados. A ideia é produzir uma cartografia dos afetos engendrados nos encontros de trabalhadores-usuários de saúde ocorridos a partir de movimentos rizomáticos que o CR, junto à rede de cuidados, delineou e que consistem no dispositivo de apoio aqui analisado.

Diários de campo em travessia

“Desaprendizagens” (Merhy, 2010, p. 35) são entendidas como experiências, lugares vividos, acontecimentos que diluem saberes já instituídos, que se fazem enquanto ponto de interrogação para o que está enrijecido, linhas de fuga que deformam os pontos (Deleuze & Guattari, 1996). Para aprender a andar de bicicleta, sem o auxílio das rodinhas e daqueles que investem um olhar de cuidado nas primeiras pedaladas, é necessário esquecer dessa primeira forma de se equilibrar, desaprender a usar as rodinhas para ganhar um impulso de independência sobre elas e atingir um novo estado de equilíbrio em duas rodas. Essas desaprendizagens podem ocorrer nos processos de cuidado vivenciados em uma equipe de CR ao percorrer a rede. Podemos pensar que o CR, ao transitar pela rede, problematiza o cuidar produzido por cada serviço-equipe-integrante de saúde no cuidado das pessoas em situação de rua, quando, em sua radicalidade, percorre o cuidado de forma a diluir as disciplinas que enrijecem as práticas de cuidado, assumindo a ideia de que a atenção à saúde é pautada no singular, e não em uma regulação das anormalidades, proposta por demais higienista. Tal serviço tem como prerrogativa agenciar cuidados de maneira intersetorial, o que tensiona e costura a rede, misturando saberes/disciplinas por vezes duros em termos de compartilhamento a fim de dar conta do usuário que acompanha e que faz transbordar a prática de atenção. Claro que durezas institucionais-disciplinares e de controle atravessam a rede como um todo e por isso afetam trabalhadores, serviços e

mesmo usuários de acordo com a lógica do biopoder, e o CR não está livre disso; contudo, sua dinâmica de rua parece facilitar um desvio dessas afetações normativas, afinal, não ter um teto protegido possibilita estar mais em contato com os ventos, com as chuvas, com as sensações de calor e frio, que, dentro de um ambiente protegido, acabamos por esquecer que existem, acomodando-nos em uma posição mais estática para com a vida e voltados para nós mesmos, anestesiando a acolhida do que difere e que por isso problematiza.

Quando se trata de pensar o cuidado, não é difícil observar o quanto a lógica biomédica/corporativo-centrada (Ceccim, 2004) predomina entre trabalhadores-equipes-serviços, ocasionando muito mais um fechamento da rede em suas possibilidades de composição do que alternativas para um cuidado singular a cada usuário em questão. Cada profissão/disciplina, equipe ou serviço se protege um(a) do(a) outro(a), dificultando agenciamentos operados no fluxo da rede, o que limita o usuário em atendimento ao território próprio de um serviço ou profissão que, muitas vezes, não contempla a complexidade do sujeito. Uma das pragmáticas utilizadas pela sociedade disciplinar, como apontado por Foucault (1975/2009), era fragmentar e esquadrihar os saberes, dividi-los em um mínimo para especificar e aperfeiçoar cada vez mais a docilização dos corpos. Esse foi um dos mecanismos geradores das múltiplas e facetadas profissões no campo da saúde e de suas corporações, que pouco dialogaram umas com as outras, favorecendo a cristalização de uma lógica no cuidado em saúde da superespecialização com baixa capacidade de integralidade.

Dentro desse panorama, o CR pode se colocar num plano estratégico de cuidado como um serviço em resistência frente ao modelo hegemônico, ao oferecer uma prática conectiva na atenção à saúde, que propõe misturas entre serviços, equipes e profissões. Suas intervenções transitam pelos territórios onde vivem as pessoas em situação de rua, constituindo-se como um serviço em travessia que problematiza a rede de saúde. Sua singularidade se mostra de maneira radical em relação aos demais serviços, principalmente se realizarmos um exercício de observação sobre os aparelhos ofertados dentro da Saúde como um todo. Existem serviços de internação psiquiátrica, de emergência, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das mais variadas modalidades e mesmo as UBS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Todos prestam cuidados para a população e oferecem espaços propícios para determinada demanda em sua complexidade maior ou menor dentro de cuidados ambulatoriais ou de programas específicos. Cada um

deles é formatado, tem uma ideia padrão, um modelo no qual os usuários se inserem para a produção do cuidado. Os serviços, cada qual à sua maneira, têm um lugar, tanto em nível de localidade quanto nas questões imateriais-subjetivas, que atravessa suas práticas.

O CR parece reverter tal lógica de serviço em saúde – voltada para si e previamente planejada para receber/adequar os usuários – com um movimento de desterritorialização que empurra a atenção em saúde para territórios inéditos, pouco comuns ou não existentes, os quais se criam no transitar pela cidade junto à população que atende: trabalho vivo, em ato!³ O cuidado na rua está por se fazer a partir de seus diferentes atores, disciplinas e setores que se compõem em uma produção em ato, com abertura ao ineditismo que o percurso do usuário acolhido indica.

Cada trabalhador que compõe o CR, com sua especificidade profissional, se vê limitado e no limite de seus saberes disciplinares, sendo tensionado a sempre estar em trânsito, na mestiçagem (Ceccim, 2004), visto que a população assistida molda o serviço. Isto implica que cada ato de cuidado seja feito na urgência da relação que se desenvolve durante a intervenção. São relações de cuidado que estão em jogo, e não os saberes disciplinares. Nesse sentido, há que se ter uma zona ética entre-disciplinar (Ceccim, 2004), com as disciplinas se misturando, em um entrelaçamento que envolve uma na outra para possuir vigor no cuidado que se produz diante da singularidade de cada caso. O princípio é do cuidado em rede, e, como as redes se definem por seu caráter acêntrico, nunca se sabe a priori qual o saber pode ser requisitado a qual momento.

Entretanto, tal lógica ainda está em formação, em travessia, tendo muitos entraves para se efetivar em termos de paradigma de cuidado em saúde. Ao percorrer a rede de saúde via CR, podem-se observar múltiplos atravessamentos limitadores de uma perspectiva de cuidado em rede que oferte de fato uma atenção singular a cada usuário: seja por trabalhadores despotencializados, advindos de formações técnicas avessas ao SUS; seja por questões burocráticas que, de certa forma, selecionam os usuários a serem atendidos em uma lógica de cuidado centrada no profissional e nos próprios serviços; seja por identidades culturais, que fazem ocorrer um afastamento de qualquer relação com as pessoas em situação de rua, por exemplo. Essa população, estrategicamente, cai na vala comum do descaso, posto que não está regulada. É o segmento social do qual mais facilmente se desvia o olhar, resgatando a velha prática do fazer morrer soberano (Foucault, 1975-1976/2010).

Desse modo, podemos observar nos encontros que o CR presentifica uma rede demasiadamente

defensiva frente ao inesperado e à complexidade exigida nos processos de cuidado. Muitas vezes, não é a falta de profissional ou de recursos tecnológicos que impede um determinado cuidado, mas, sim, a institucionalização de uma equipe ou trabalhador que olha mais para as impossibilidades em acolher a demanda de uma pessoa em situação de rua do que para a construção de possibilidades. Uma infinidade de “nãos” são ditos: não tem carteira do SUS, não cumpre os horários marcados, não adere ao tratamento, não tem endereço na região, não é uma pessoa bem vista por trabalhadores e outros usuários. Esses “nãos” acabam por produzir uma incrível defesa do serviço e de alguns trabalhadores na ordem estabelecida, com a colocação de uma enorme barreira quase intransponível para os usuários com que o CR produz vínculo e os quais coloca em evidência junto à rede de saúde. No percorrer do CR, a rede de saúde dá a impressão de estar imóvel, remetendo muito mais a uma produção de trabalho morto (Merhy, 2002) do que a um trabalho que está se fazendo em ato, em travessia. Tal lógica está amparada muito mais por tecnologias duras e, quando muito, leve-duras do que por tecnologias leves⁴, as quais têm a capacidade do cuidado em ato e relacional. E isso é fácil de diagnosticar no cotidiano do trabalho em rede, pois as práticas de saúde estão pautadas pela mecanização e disciplinarização do cuidado, fatiando o usuário nas mais diversas modalidades de saberes que rivalizam seus conhecimentos na atenção em saúde.

Para avançarmos na discussão, traremos cenas de cuidado nas quais o CR propiciou uma espécie de apoio a uma equipe da atenção básica que tinha em seu território de cuidado um usuário que morava na rua. É necessário salientar que a tentativa aqui é de produzir uma reflexão sobre a prática de apoio e como ela pode ofertar espaços de desaprendizagens no que tange às durezas institucionais que dificultam o contato com o singular, que, volta e meia, esbarra na rede de atenção à saúde. Nesse sentido, trataremos de apresentar o desenrolar das cenas, os conflitos e as angústias que existiram nos encontros de apoio e cuidado entre os serviços envolvidos e o usuário, sublinhando que os engessamentos disciplinares e de controle perpassaram tanto os trabalhadores do CR como os da UBS que desenvolvem a trama.

Em uma região pobre de Porto Alegre, Jun habita uma casa abandonada onde anteriormente se situava o antigo posto de saúde da região, o qual foi transferido para o terreno ao lado. Vive mais ou menos há quatro anos no mesmo local, tendo o endereço como casa e protegendo o terreno de outros transeuntes que residem na rua. Faz uso de álcool e trabalha catando latinhas para depois revendê-las e tirar seu sustento. Tem uma vida solitária que, às vezes, é compartilhada com uma

companheira que ora mora com ele, ora vive com a irmã, quando o desejo pelo crack fica mais forte.

O CR se aproximou de Jun através de um comentário feito pela irmã de sua companheira em relação à moradia dele. Sabendo de tal lugar frequentado por uma pessoa que se encontra na rua, a equipe do Consultório planejou uma visita para saber se Jun necessitava de algum cuidado. Ao chegarmos a sua casa, nos recebeu muito bem, falando que tinha apenas algumas dores nas costas e eventuais febres noturnas. Perguntamos se alguma vez já tinha ido à UBS ao lado de sua casa procurar ajuda, ao que respondeu negativamente, justificando que tinha vergonha de seu estado e que não gostava de ficar nas filas.

Depois do encontro, a equipe do CR foi conversar com os trabalhadores da UBS para saber a opinião deles sobre o caso. Eles relataram saber da existência de Jun, porém nunca o acolheram, e nem mesmo as agentes comunitárias que transitam pelo território se arriscaram a visitá-lo: “*Dizem que é um lugar perigoso, que o pessoal vai lá usar drogas, não sei como vocês entraram lá*”. Percebemos o quanto o olhar dos trabalhadores da UBS, em sua maioria, estava distante da realidade de Jun, de como temiam uma aproximação para cuidar de alguém que estava plenamente no território de seu serviço. Alguns trabalhadores, inclusive, responsabilizavam Jun por um arrombamento na UBS; contudo, um ou outro trabalhador dizia que isso poderia ser preconceito da equipe.

Com o passar do tempo, fomos visitando ambos. Observamos que Jun poderia estar com tuberculose, além de possivelmente ter HIV, já que sua companheira era diagnosticada como soropositiva. Teríamos que ter um cuidado mais complexo com Jun, o que transcendia as possibilidades do CR. Nesse sentido, cada vez mais tentávamos aproximar UBS e Jun. Não foi fácil, muitos desencontros ocorreram até conseguirmos uma conexão que sustentasse uma estratégia de compartilhamento de cuidado para com esse usuário, e algumas vezes nós, do CR, ficávamos irritados com a resistência da equipe da UBS enunciada por alguns de seus membros em atitudes de desprezo tanto em relação ao usuário como no que diz respeito ao trato com o próprio consultório, com o que percebíamos o quanto tal equipe estava na verdade expondo seus medos nesses momentos. Entretanto, com o tempo e encontros que foram se desenrolando, percebemos certas aberturas entre as equipes que estimulavam a tentativa de investir na parceria de cuidado. Uma relação que nos recordou inúmeras vezes do filme *Um conto chinês*.

O filme se desenvolve a partir da relação entre Roberto, um argentino rabugento, e um chinês simpático e de pouca sorte chamado Jun. De maneira nebulosa, um chinês que não sabe falar outra língua além da sua chega à Argentina para reencontrar um tio distante. No seu caminho, completamente sem rumo em razão de sua total falta de conhecimento sobre a Argentina, esbarra em Roberto, que se comove com esse transeunte perdido e desprovido quase que completamente de linguagem para se expressar com a pátria argentina. Roberto, apesar de não gostar muito de se relacionar com as pessoas, preferindo preservar seu espaço de maneira afastada dos outros, acolhe Jun em sua casa depois das fracassadas tentativas de achar o tio chinês.

Acolhida nada fácil, um verdadeiro caos se colocou na vida dos dois personagens. O chinês, desprovido de sua língua, de seu território, sente-se oprimido nesse lugar estranho que mal consegue lhe acolher. Roberto, por sua vez, já acostumado com sua mesmice metódica de viver a vida, resmunga consigo mesmo sobre esse acaso que lhe invade sem que tenha dado permissão. Com uma linguagem que se desenvolve por gestos, olhares, mímicas e alguns toques, Roberto e Jun se afetam, em um movimento de cumplicidade no qual os estranhamentos passam a servir como potência de criação para suas vidas: uma, até então sem a mínima graça, inicia um desabrochar; a outra encontra ajuda para criar novos sentidos frente ao sentimento de perda pelos fatos marcantes ocorridos na China. Um encontro que proporcionou a ambos desaprendizagens em suas vidas pregressas, para impulsioná-los na criação de vidas futuras.

O incrível é que esse *Cuento Chino* acontece a todo instante com pessoas que vivem no mesmo lugar e falam a mesma língua! Tais encontros desencontrados que mais causam estranhamentos do que entendimentos, muitas vezes, carregam a potência do impensável, daquilo que até então não era vislumbrado nas vidas demasiadamente cotidianizadas.

Os desencontros impensáveis parecem vir ao encontro do que temos como proposta nas práticas de apoio em saúde, já que é a partir deles que saímos de nossa posição cômoda de saber, rumando para mundos antes desconhecidos, o que nos proporciona a desaprendizagem (Merhy, 2010), uma retirada de peles mortas antigas que cobriam possibilidades de novos futuros. Nesse sentido, nos parece que o CR, quando imbuído pela prática do apoio, tenta levar à rede uma ética de cuidado que sustente a possibilidade dos desencontros, com os quais, em suas errâncias, possam ir com o tempo se encontrando, apoiando

o aconchego entre estranhos que, em um primeiro momento, sentem medo da aproximação com aquilo que não se conhece. Jun e a UBS (que passaremos a designar agora também por Roberto em alusão ao outro personagem do filme) vivem praticamente no mesmo terreno, entretanto, não conseguem entender a forma um do outro, suas linguagens parecem estar distantes, não fornecendo uma comunicação possível. O mundo-língua da UBS não diz nada a Jun para ele confiar nas ações ali ofertadas. Da mesma forma, o modo não normativo de Jun irrita e não faz sentido para Roberto - ao menos por uma maioria que compõe seu corpo e que se incomoda com tamanha bagunça - em suas práticas de cuidado pautadas por regulamentações e protocolos bem definidos.

A prática de cuidado junto a Jun passou por um momento estratégico de oferecer apoio por parte do CR a Roberto, para que ele se permitisse conhecer seu vizinho, mesmo que Jun, em um primeiro momento, não cumprisse com as exigências que a UBS tinha como padrão aos seus usuários. Roberto sentia-se angustiado, com medo, abalado em suas regras. Revoltava-se dizendo que *“ir cuidar de Jun em sua casa era muito assistencialismo, que ele já era um homem grande e que deveria se virar”*, ao passo que o CR ponderava as dificuldades que percebia no caso a partir da aproximação com Jun. Ele dava indícios de tuberculose e o cuidado passava por tomar a medicação todos os dias. Contudo, em sua casa não era possível deixar os medicamentos pelo risco de perdê-los ou estragá-los, e Roberto poderia cuidar disso visitando Jun diariamente por alguns minutos.

Era preciso produzir uma língua-ponte – uma linguagem travessia que compartilhasse as línguas que ali estavam em jogo – para desenvolver certa sensibilidade naquele acolhimento em saúde. Sensibilizar a equipe-Roberto e acolhê-la em suas angústias frente ao que nunca tinham feito enquanto prática de cuidado foi o primeiro ponto para avançar naquela relação. Em cenas iniciais da película do cotidiano vivenciado pelo CR, através das frestas da cerca de arame, Jun e Roberto começaram uma relação frágil e incipiente, feita por aqueles trabalhadores mais sensibilizados com a problemática de Jun. Trocavam as medicações a partir das frestas inventadas, se relacionavam e *“quebravam o gelo”*, acostumavam-se um com o outro. Logo mais, a partir de uma lenta aproximação, foi vista a necessidade de Jun se alimentar bem para tomar a medicação, o que foi resolvido através do almoço doado pela UBS todos os dias, negociado inúmeras vezes nas reuniões da UBS devido à resistência a tal atitude por alguns de seus membros. Com essa ação, Jun também se

aproximou mais, confiou mais e começou a acreditar nas combinações de cuidado.

Com essa troca entre CR, UBS e usuário, entendemos que todos se ampliaram, com o CR criando um laço com mais um ponto da rede, com a UBS aprendendo a lidar com uma situação para a qual até então fechava os olhos e com um alargamento das relações de Jun, que com o passar do tempo pôde confiar para algumas pessoas seus sofrimentos. No entanto, isso só ocorreu em um instante em que o pensar sobre a prática se constituiu de uma maneira mais lenta, tempo da reflexão sobre o que angustia, fora da corrida cotidiana que prematuramente atropela a possibilidade de analisar uma intervenção de cuidado. Sair da mesmice metódica do viver e dos procedimentos não é coisa fácil! Produzir espaços de reflexão e de lentificação no turbilhão burocrático torna-se absolutamente importante, para que possam servir enquanto brechas de deslocamento dos cuidados prontos e encaixotados advindos de discursos higienistas e normativos. Entendemos que o apoio se passa no trabalho vivo dos atos de cuidado, um ato que suspende temporariamente aqueles fazeres já postos e que dá limite às burocratizações.

Há de se pensar o quanto os profissionais de saúde como um todo deveriam ter mais presentes esses momentos de prática reflexiva junto às intervenções, pois parece que é neles que mais se produz a possibilidade de proximidade com os usuários. Momentos de sintonização de corpos em encontro, momentos em que o equilíbrio entre as pedaladas, o chão, o corpo em cima da bicicleta e as rodas se encontram para um deslizar suave e prazeroso. Instantes em que se efetiva a escuta do sujeito em sua dor, não tanto para logo solucionar, mas para indicar que não se está sozinho nesse caminho. É propiciada uma zona de cuidado que acolhe a problemática do sujeito para com ele desenrolar soluções. Como comentam Barros e Dimenstein (2010, p. 55), a prática do apoio busca a *“problematização dos problemas”*, abrindo espaço para a análise das implicações, de nossas posições frente a uma determinada relação de cuidado, com as quais possibilitamos *“intervenções com os recursos da própria equipe, apostando-se em novas maneiras de enfrentar os velhos problemas”*. Não se trata de algo fácil, mas de um interessante convite. Afinal, até o turrão do Roberto conseguiu alargar seus modos de vida com o amigo chinês.

Nesses instantes reflexivos em que nos permitimos contaminar pelo outro enquanto diferença, parece que os cuidadores e o entre-equipes colocam-se ao lado dos usuários em uma composição de

cuidado. Por sinal, essa é a perspectiva do cuidado em rede, que se passa em uma zona “mestiça capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de expor à alteridade” (Ceccim, 2004, p. 261). Compõe-se, portanto, de instantes de coragem nos quais se entra em uma lógica caotizada em relação ao lugar que se encontrava habituado pelas normas disciplinares das formações demasiadamente duras de cada profissional de saúde. Instantes de biopotência (Pelbart, 2003), a potência de abrir brechas a vidas nascentes, que resistem à mania institucionalizada de um cuidado voltado ao controle das populações em suas patologias e possíveis contaminações do social, multidão a diluir o que ilusoriamente se tornou unitário.

Talvez, na correria das intervenções, na urgência requerida pela lógica institucionalizada do cuidado hospitalar, higienista e moral que atravessa todo e qualquer cuidado em saúde, perca-se o senso do acompanhar, do compartilhar questões. Os momentos em que lentificamos as ações para estar em sintonia com o usuário são os instantes em que se freia o tempo arraigado na lógica linear, em uma tentativa de produzir um outro tipo de escuta. Ação difícil essa de desalinhar-se para alinhar a respiração no tempo do outro, já que a limitação é o sentimento que mais abarca os profissionais nesses momentos em que é preciso sair da linha de montagem das respostas imediatas para, com as linhas emaranhadas da complexidade rizomática, costurar e compor com o usuário um cuidado singular que ali faça sentido. A prática do apoio parece estar, justamente, nesse desafio de produzir um cuidado que seja conectivo com os vários atores implicados no processo.

Com apoio, foi possível a Roberto vislumbrar a cada encontro com o chinês a constituição de uma proximidade na qual se construiu uma passagem de comunicação que estava para além dos idiomas desconhecidos. O encontro foi possível através dos olhares, dos gestos, do conhecer o outro para fora do estigma do anormal marcado na população de rua, um autoconhecer-se a partir da diferença que um outro, aparentemente distante, nos oferece quando em contato. Desaprendemos um pouco de nós, de nosso eu disciplinado e ensimesmado, para que a exterioridade nos preencha com novidades.

Essa cena trazida para o texto mostra que o cuidado e o apoio se passam quando entramos em um nível de encontro no qual podemos expor nossos não saberes, nossas angústias frente à demanda com que não sabemos lidar. Muitas vezes, um ato de cuidado dentro da rede não ocorre, justamente, porque os profissionais nunca sentiram/pensaram/conheceram aquilo que, inusitadamente, aparece em sua frente

para atender. Afinal, sentem-se despreparados, desfilados de seu saber profissional. E, nesse mal-estar que o não saber traz, o recorrente é colocar-se em uma postura defensiva frente ao cuidado a ser efetivado, no qual estamos a esconder nossa fraqueza e a limitação de nossa formação. Talvez por isso, como apontam Belotti e Lavrador (2012, p. 139), “muitos profissionais de saúde se fixam em protocolos e normas que determinam os comportamentos e condutas, aprisionando seus atos de cuidado com o usuário em um padrão previamente estabelecido”.

Contudo, o interessante é que justo no encontro com o limite dos protocolos e de nossas frágeis formações que nos deparamos com a maior potência, isto é, com a possibilidade de adquirir novos saberes, experimentações que se apresentam para movimentarmos a aprendizagem tão dura e protocolada advinda da academia corporativa e de tantos bancos escolares. Na realidade, a prática do trabalho vivo, em ato, nos joga para um processo de “desaprendizagem”, abrindo a possibilidade “de ocupar esse vazio produzido com novos sentidos nesses encontros-acontecimentos” (Merhy, 2010, p. 35). Pedalar, deslocar-se ao sabor do vento para criar mundos, é preciso...

Apontamentos finais para uma pedalada interminável

Neste ponto em que chegamos desta escrita-percurso pela qual passeamos, trazemos uma lembrança da infância que nos remete ao dispositivo apoio aqui explorado a partir de certa analogia com o aprender a andar de bicicleta. Voltemos à infância em sua pujança inventiva...

Um dia, ganhamos uma bicicleta, ficamos felizes mesmo sem saber usar tal objeto que nos faz percorrer ruas. Saímos com ela ao lado, cheios de emoção e doidos para experimentar as pedaladas. Talvez, ao subirmos nela é que venha a pergunta: como fazemos isso? As primeiras pedaladas dão medo, impera a certeza de que iremos nos esborrachar no chão, porém para sermos dignos de pedalar temos que superar tal temor.

Ainda bem que ela vem com rodinhas e que, normalmente, alguém nos olha e nos guia sobre como proceder nas pedaladas um tanto desequilibradas de começo. Os dois apoios são necessários, acoplados um no outro: as rodinhas que sustentam a bicicleta ainda bamba para se andar com apenas duas rodas e o olhar que nos investe de coragem daquele que nos transmite sua experiência. Ambos são determinantes para aprendermos a sentir a brisa leve que bate no

rosto em decorrência da velocidade que ganhamos no pedalar.

Aos poucos, ganhamos independência do olhar e das rodinhas, tira-se uma primeiramente, equilibra-se meio torto ao tirá-la, mas já não temos o mesmo medo de cair e vamos adiante. Arriscamo-nos um pouco mais!

Certo dia, como quando um dente de leite cai de nossa boca, nos surpreendemos ao pedalarmos livres das rodinhas e mesmo do olhar que, sem dúvida, era o mais importante. Importante no sentido de acreditar em nós, de nos demonstrar segurança, de apontar de maneira sensível o quão capazes somos de pedalarmos ao longo da vida.

A prática do apoio em saúde passa muito pelo tal do atributo do olhar que nos investe e nos enche de segurança e também de alegria. A alegria de acompanhar a ser livre em determinada trajetória de cuidado, de experienciar em conjunto uma prática que até então se tinha medo de executar por ser demasiadamente inesperada e nova dentro do que se conhecia no cuidar. A desaprendizagem que produz saber passa pelo apoio a um mundo novo, por nascer, produtor de deformidades no que se faz instituído.

Notas

- ¹ A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria Ministerial 3088 da pasta da Saúde com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além de diretrizes gerais e objetivos, em seu artigo 5º a portaria elenca um conjunto de pontos de atenção, incluindo desde a atenção básica até serviços hospitalares e estratégias de reabilitação psicossocial.
- ² Borensztein, S. (Dir.). (2011). *Um conto chinês*. Argentina/Espanha: Pampa films/Tornasol Films.
- ³ Segundo Merhy, (2002, p. 49), o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção.
- ⁴ Merhy (2002, p. 49) comenta que as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a

epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas, estruturas organizacionais).

Referências

- Barros, S. C. M. & Dimenstein, M. (2010). O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 48-67.
- Barros, L. P. & Kastrup, V. (2009). Pista 3 – Cartografar é acompanhar processos. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 52-75). Porto Alegre: Sulina.
- Belotti, M. & Lavrador, M. C. C. (2012). Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. *Polis e Psique*, 2(3), 128-146.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Ceccim, R. B. (2004). Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 259-278). Rio de Janeiro: Hucitec.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. (1997). *Crítica e clínica*. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia Vol. 1* (A. Guerra & C. P. Costa, trans.). Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1996). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia Vol. 3* (A. Guerra & C. P. Costa, trans.). Rio de Janeiro: Editora 34.
- Foucault, M. (2009). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1975)
- Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins fontes. (Original publicado em 1975-1976)
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2010). Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In A. M. Lobosque (Org.), *Cadernos Saúde Mental: os desafios da formação*. (pp. 23-36). Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.
- Pelbart, P. P. (2003). *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras.

Submissão em: 25/09/2016

Revisão em: 30/05/2017

Aceite em: 26/07/2017

Agência de fomento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [CAPES], processo 1405107 (bolsa concedida a Mário Francis Londero).

Mário Francis Petry Londero é psicólogo, doutor e mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 2011). Especialista em Saúde Mental pela Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (2013). Atualmente é pesquisador no grupo INTERVIRES do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. Desenvolve atividades de docência assim como atua na clínica em consultório particular e na rede de saúde mental, sobretudo, a partir da prática de acompanhamento terapêutico e do apoio matricial e institucional. Endereço para correspondência: R. Ernesto Dornelles, 142, Jardim Carvalho. CEP 91430-290. Porto Alegre/RS, Brasil. E-mail: francislonder@hotmail.com

Simone Mainieri Paulon é psicóloga (PUCRS) com mestrado em Educação (UFRGS) e doutorado em Psicologia Clínica (PUCSP). É professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na qual atua junto ao laboratório de políticas públicas do Departamento de Psicologia Social e Institucional, ao PPG de Psicologia Social e Institucional. Também pertence ao PPG de Saúde Coletiva e coordena o grupo de pesquisa INTERVIRES. Integra o grupo de trabalho “Políticas de subjetivação, invenção do cotidiano e clínica da resistência” da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). E-mail: simone.paulon@ufrgs.br