O USUÁRIO E SUA BUSCA PELO CUIDADO NAS REDES FORMAIS E REDES VIVAS: UMA PRODUÇÃO CARTOGRÁFICA

Kátia Santos de Oliveira¹, Ana Lúcia De Grandi¹, Maira Sayuri Sakay Bortoletto², Josiane Vivian Camargo de Lima², Rossana Staevie Baduy² e Regina Melchior²

^{1,2} Universidade Estadual de Londrina, Brasil. katia.fit@gmail.com, analudegrandi@yahoo.com.br, mairuska@gmail.com, josivivian@gmail.com, robaday@gmail.com, reginamelchior@gmail.com

Resumo. O cuidado pode ser produzido nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde no encontro entre trabalhadores e usuários, ou de forma autônoma pelo usuário que constrói redes vivas na busca por atender suas necessidades. Este artigo traz como objetivo cartografar a produção de cuidado nas redes percorridas e construídas pelo usuário guia de um serviço de atenção domiciliar, analisando o cuidado produzido e compartilhado no sentido de atender às necessidades de saúde do usuário. Para isso, tomou-se como ponto de partida um usuário do Serviço de Atenção Domiciliar, que guiou a pesquisadora por caminhos e processos percorridos por ele na construção de um mapa cartográfico de cuidado. Ao iniciar o trabalho de campo, iniciou-se o processo de produção da pesquisadora-cartógrafa, que precisou desconstruir o olhar armado do olho retina, e trazer para cena a vibratibilidade do corpo e do olhar, passando a dar visibilidade e dizibilidade aos afetos dos encontros, e com isso colocar em análise suas próprias implicações. A Cartografia, por ser uma ferramenta que oportuniza ao pesquisador dar voz aos afetos, propicia maior proximidade com a vivência do usuário o que permite a valorização da vida do outro por meio da construção da pesquisa.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde; Produção do Cuidado; Trabalho em Saúde; Cartografia; Micropolítica.

THE USER AND HIS SEARCH FOR CARE IN FORMAL NETWORKS AND LIVE NETWORKS: A CARTOGRAPHIC PRODUCTION

Abstract. Care can be produced in services that make up the healthcare network in the encounter between workers and users (patient), or autonomously by the user who builds living networks in search of meeting his/her needs. This article aims to map out the production of care in the networks covered and built by the guide user of homecare service, analyzing the care produced and shared in order to meet the user's health needs. The starting point was with the user of the Home Care Service, who guided the researcher through the paths and processes he traveled in the construction of a cartographic map of care. When the fieldwork started, the production process of the cartographer researcher began with who needed to deconstruct the armored eye retina, and by bring into view the vibration of the body and sight, giving visibility and a voice to those affected, and being able analyze the implications. Cartography, as a tool allows the researcher to give visibility and a voice to those affected, provides greater closeness to the user's experience, which allows the enhancement of their life through this research.

Keywords: Health Care Networks; Care Production; Health Work; Cartography; Micropolitics.

1. INTRODUÇÃO

Dentre diversas definições de cuidado, Feuerwerker (2013) define que cuidar é algo da vida, não se restringe aos seres humanos, sendo um ato que diz respeito a todos os viventes animais. Cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio e com produção de vida. É tema da produção do humano e não é algo exclusivo da saúde. Mesmo com

diferentes arranjos, ao longo do tempo e segundo os diferentes modos de viver, está relacionado com a construção da teia de relações e encontros que conformam a vida (Feuerwerker, 2013). A produção do cuidado é a finalidade do trabalho em saúde e este é produzido no encontro do trabalhador e usuário.

Para se produzir cuidado, é necessário desconstruir a definição hegemônica da abordagem técnica de necessidades de saúde, a partir da clínica e da epidemiologia (Bertussi, 2010). Dessa forma, abre-se espaço para que os usuários entrem no debate sobre necessidades de saúde, trazendo sua lógica de produção de vida para dentro da construção dos projetos terapêuticos que, de maneira dialógica, possibilitem a construção de novos arranjos para o enfrentamento das situações de saúde, buscando a autonomia dos indivíduos.

Dessa forma a concepção de integralidade se faz necessária em todas as ações de saúde. Conceito entendido por Cecílio (2001) como o processo de construção por meio da interpretação das necessidades de saúde dos indivíduos, tomando-as como referência para organizar o cuidado em saúde. Nesse sentido, a integralidade pode ser entendida como a garantia de acesso a todos os serviços e ações que se façam necessários para enfrentar determinado problema de saúde, adotando-se para isso um conceito ampliado de saúde.

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, p. 4). Tem como objetivo organizar e garantir acesso universal aos serviços de saúde, assegurando equidade e igualdade.

Conforme proposto pelo Ministério da Saúde, a implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, com melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, contribuindo para o avanço do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2010). No entanto para a efetivação destas redes, é necessário que se produzam novos arranjos que adotem estratégias de produção do cuidado, de forma que, diferentemente dos já instituídos, busquem trazer novas metodologias de trabalho para fortalecer e qualificar as ações de saúde.

Em muitas situações é possível perceber que os trabalhadores da RAS são capturados pelas normas e pela forma de organização que foram criadas para garantir acesso e cuidado entre pontos dos diferentes níveis de atenção que compõe esta rede, e acabam

criando descaminhos, com isso as necessidades de saúde do usuário deixam de ser ordenadoras do processo.

Segundo Merhy *et al.* (2016), as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde brasileiros operam ainda por meio do campo das profissões, procedimentos e protocolos, numa lógica burocrática e organizacional, a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões existenciais que perfazem os sujeitos. Complementa, ainda, dizendo que pesquisas realizadas com base na cartografia dos movimentos nômades de certos usuários-guias têm revelado quanto desconhecimento sobre o outro é produzido nas redes formais de saúde (Gomes & Merhy, 2014).

Para os usuários que acessam os serviços de saúde e perpassam por esta rede formal, na maioria das vezes, o que predomina são certos tipos de atendimentos burocráticos, descompromissados com o enfrentamento dos problemas de saúde, em que o cuidado não se constitui como uma missão institucional, mas sim como um acaso. Assim, explicitam-se a baixa resolubilidade e a repetição dos usuários nos diversos estabelecimentos, como forma de buscar o atendimento de sua necessidade (Franco, 2003).

Além das redes instituídas de serviços, observa-se que o usuário e seus familiares produzem outras redes em busca de terem suas necessidades satisfeitas. Merhy *et al.* (2016) atribuem a estas redes a denominação de redes vivas, em que como um nômade, o usuário produz e protagoniza, de forma singular, os acontecimentos do seu processo de cuidado. Em sua produção de vida, o usuário é capaz de circular em territórios muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, construindo múltiplas conexões para sua vida.

Diante do exposto, buscando conhecer mais sobre os processos de cuidado, produzidos nos serviços de saúde ou de forma autônoma pelo próprio usuário, este artigo traz como objetivo cartografar a produção de cuidado nas redes percorridas e construídas pelo usuário-guia de um serviço de cuidado domiciliar, analisando o cuidado produzido e compartilhado no sentido de atender às necessidades de saúde do usuário.

2. DESENVOLVIMENTO

Este artigo compõe uma pesquisa de doutorado que buscou analisar o cuidado produzido e compartilhado no sentido de atender às necessidades de saúde do usuário, buscando assim dar visibilidade aos movimentos produzidos, nos diferentes espaços/equipes cuidadoras e

pelo próprio usuário e seus familiares, para articular redes e produzir cuidado, que se utilizou da abordagem qualitativa, cujo o trabalho de campo foi embasado pela pesquisa cartográfica.

No caminho de construção da cartografia para a construção e imersão no campo, nos apoiamos em Rolnik (2016, p. 67) que descreve como em um “Manual do cartógrafo”, os equipamentos que se levam para a sua experimentação: um critério, um princípio e uma regra. O critério seria o grau de intimidade, a depender das conexões estabelecidas no encontro e do seu grau de abertura para isso; o princípio está relacionado à busca pela vida nos espaços de produção de encontro e o quanto dela se efetua; e, como regra, atenta-se ao limite que condiz as desterritorializações que são suportadas – sendo cuidadoso com o outro e consigo mesmo. A desterritorialização é definida por Deleuze e Guatarri (2015) como o abandono de um território, em um movimento de linha de fuga.

Rolnik (2016, p. 31) explica que, no processo de construção da cartografia, quando visualizarmos uma cena, o olho da câmera (que é extensão do olho nu/ olho retina) enxerga apenas aquela cena. Mas, que por trás desse olhar (desta câmera) existe o corpo vibrátil que é tocado pelo invisível que, imediatamente, aciona o primeiro movimento do desejo. A autora avança na discussão descrevendo que algo que nos agencia nos encontros não é percebido pelo olho retina, é captado pelo corpo vibrátil. Este, o corpo vibrátil, para Rolnik (2016, p. 31), é aquele que é tocado pelo invisível, “sensível ao encontro dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, [...]”. A abertura para a percepção dos movimentos sentidos pelo corpo vibrátil que permite colocar em análise o olhar “armado” do olho retina, levando a questionamentos sobre os sentidos do visto e do experienciado.

O ponto de partida da abordagem cartográfica se iniciou com o trabalho de campo por meio de um mergulho no cotidiano do trabalho das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de um estado do sul do Brasil, e a movimentação no campo foi orientada pelos encontros com os trabalhadores das equipes que nos conduziam por seus itinerários de trabalho. O objetivo nesse momento era nos familiarizarmos com o processo de trabalho, para tanto, durante os meses de setembro de 2016 a fevereiro de 2017, íamos ao serviço para acompanhar a equipe em seu cotidiano. As atividades iam desde visitas domiciliares, avaliações para admissão, reuniões de equipe, cursos e capacitações, dentre outros. Participaram desta fase quatro pesquisadores da pós-graduação e duas de graduação.

Na construção da cartografia, percebeu-se a produção do pesquisador enquanto sujeito implicado, reconhecendo que não haveria neutralidade na produção do conhecimento, ou seja, ao se misturar, o pesquisador produz e se produz na construção do conhecimento, ao transitar pelos territórios intrínsecos dos espaços intercessores de suas implicações (Abrahão *et al.*, 2016).

Para Rolnik (2016):

é tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago. (Rolnik, 2016, p. 23).

Com o avanço da mistura dos pesquisadores com os trabalhadores do SAD ocorreu a fase de aproximação mais intensa de um usuário do SAD que seria como um guia na continuidade do processo de construção da cartografia, agora com vistas aos processos vividos pelo usuário, e com isso um certo distanciamento da rotina de trabalho do SAD e imersão na construção de redes existenciais e de cuidado em saúde do usuário guia.

No material didático produzido para o curso Educação Permanente em Saúde (EPS) em Movimento (2014), o usuário-guia é definido como uma ferramenta de pesquisa que:

permite avaliar processos de trabalho de uma equipe de saúde, além de identificar pessoas, outros territórios (lugares, instituições, práticas e saberes) e (re)construir memórias que de alguma forma estão envolvidas com o cuidado do usuário. Só que aqui, ao invés de a equipe e seus movimentos serem o disparador da análise, o usuário é que é. (EPS em Movimento, 2014, p. 6).

Complementado por Moebus, Merhy e Silva (2016) que trazem o usuário-guia como aquele em que a partir de seu próprio olhar, ou seja, do ponto de vista ao qual o usuário pertence, propicia que possamos percorrer seus caminhos, seus trajetos, não o tomando pela mão, mas nos deixando ser levados por ele. Nesta perspectiva, o usuário passa a estar na centralidade da produção do saber, a partir de outros pontos de vista que propiciem outras visibilidades para os encontros e acontecimentos. Permitindo a construção de uma memória não institucional sobre o cuidado produzido, como forma de trazer para a cena o que habita na oralidade dos processos de cuidado, em especial, para fora das redes formais (Moebus, Merhy & Silva, 2016).

A aposta foi transitar pelos encontros percorrendo-os com a usuária, pelos caminhos e pontos da RAS na construção de um mapa cartográfico de cuidado. Acompanhamos a usuária-guia em consultas médicas, conversamos com trabalhadores de serviços de saúde indicados pela família como estando ligados ao cuidado da usuária-guia, conversamos com pessoas que para a família, de alguma forma, faziam parte de seu cuidado, estando presente até mesmo em momentos festivos promovidos pela família. Os encontros com a usuária-guia ou com as pessoas de sua rede de cuidado, não seguiam um roteiro pré-determinado: o pesquisador em campo era afetado pelos acontecimentos e a partir daí travava diálogos e reflexões com as pessoas que dividiam aquele momento. Assim, ao sermos guiados pela usuária/família-guia, o SAD deixa de ser o campo principal da pesquisa e um universo de serviços, trabalhadores de saúde e outros produtores de serviço e cuidado nos foram apresentados. A vivência foi intensa e transcorreu durante os meses de março de 2017 a julho de 2018. Não houve um acontecimento ou um fato que definiu o encerramento e a saída do campo de pesquisa. A finalização do trabalho de campo se deu com a diminuição da frequência e da intensidade dos encontros.

A análise do campo se iniciou desde a escolha do tema e o formato da pesquisa que seria desenvolvida. Nas reuniões do grupo de Pesquisa, composto por docentes do programa de pós-graduação e alunos tanto da pós-graduação como da graduação de cursos da área da saúde, nos encontrávamos com periodicidade semanal, momentos em que fazíamos discussões que chamávamos de processamento. Era o espaço em que todos os presentes traziam suas vivências, incertezas, inquietações e dúvidas. Eram longas conversas que contribuíram para a construção de pesquisadores-cartógrafos. Os pesquisadores de campo traziam as narrativas do experimentado e todos os demais pesquisadores podiam de alguma forma experienciá-lo também e assim realizar reflexões e análises do processo.

O processamento era o momento do grupo colocar em discussão todas as experiências e sensações que se produziam, era o espaço de falar sobre o vivido, “dar língua aos afetos” (Rolnik, 2016, p. 23). Segundo Cruz et al. (2016), no texto sobre “A cozinha da pesquisa”, explicitam:

Os acontecimentos (muitos!), a “vida gigantesca”, nos pediam conversa, troca e nos mobilizaram a fabricar muitos espaços-encontro entre nós. Um trabalho intenso de produção de narrativas, algumas vezes solitárias, outras coletivas, sobre o vivido nos encontros (...). As conversas maiores, menores ressoavam em nós de diversas formas: dúvidas, tristezas, alegrias, entre tantas outras sensações que pediam passagem, pediam

língua. (...) tornar visíveis os deslocamentos ocorridos durante nosso processo de imundização no campo da pesquisa, no sentido descrito por Cerqueira, Gomes e Merhy (2014) (...) murmúrios produzidos por tantos de nós, pelos desconfortos sentidos, pelas sensações que não entendíamos, por aquilo que nos acontecia nos vários encontros vividos na pesquisa, que se tornou claro, logo nos primeiros meses do trabalho, o quanto precisávamos de espaços-encontro para dar voz e pensamento ao que sentíamos ao longo do caminhar. Era o que fazíamos! Convidávamo-nos a narrar a experiência como “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”. (Cruz et al., 2016, p. 253).

Ao sermos questionados, e com isso agenciados a nos colocarmos em análise, as provocações eram para nos desterritorializarmos e assim construirmos novos territórios de existência, com novas narratividades. As percepções sobre o vivido iam tomando outros sentidos, e a vibratibilidade do pesquisador-cartógrafo era trazida para a cena, começávamos num movimento de identificar que marcas preexistentes em nossos corpos nos faziam vibrar tão intensamente naqueles encontros.

O registro dos encontros era feito por meio de diário de campo. As conversas e narrativas construídas, assim como os encontros para processamento, eram gravadas em áudio. Embora em muitos momentos a transcrição dos áudios, na íntegra, se fez necessária, este procedimento não figurou como prioritário no processo de análise. As gravações foram importantes, principalmente para trazer à tona as lembranças das conversas que, na maioria das vezes, foram intensas e longas. O que buscamos, ao ouvir repetidas vezes os áudios, foi dar ênfase às memórias e aos deslocamentos vividos e sentidos em cada um dos encontros no campo de pesquisa ou entre os pesquisadores.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, registrada no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) via Plataforma Brasil por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº: 56874616.1.0000.5231. A aprovação foi emitida em 20 de julho de 2016, com parecer número 1.643.145. Os participantes, trabalhadores do SAD, e depois as pessoas (trabalhadores ou não) indicados por Aninha e sua família, foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar da mesma. Aqueles que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. PERCORRENDO E TECENDO REDES

Aninha (pseudônimo escolhido para manutenção do sigilo, assim como os demais que aparecem no texto) é uma criança de 6 anos que tem uma miopatia não classificada, sua família é composta por pai (Antônio), mãe (Lilian) e duas irmãs mais velhas, uma de 20 (Patrícia) e outra de 15 anos (Cecília), esta portadora de paralisia cerebral.

O estado de saúde de Aninha era muito instável, com complicações respiratórias (broncoespasmos, pneumonias), condição que era agravada devido à doença do refluxo gastroesofágico, que além destas complicações, segundo os médicos que a acompanhavam, dificultava o ganho de peso e, conseqüentemente, o desenvolvimento motor. Devido a esta instabilidade de saúde, Aninha era acompanhada por vários profissionais em diversos serviços, dentre eles médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudióloga, assistente social, dentre outros.

Por ser portadora de uma miopatia não especificada, Aninha foi encaminhada em novembro de 2013, a um serviço de referência para que pudesse realizar uma biópsia muscular. Sua primeira consulta foi em abril de 2014, quando foi encaminhada para um segundo hospital, pois no primeiro a biópsia é feita somente em adultos. O segundo hospital é referência estadual para este exame em crianças. Tal exame foi uma alternativa apresentada a família como possibilidade de classificar o tipo de miopatia, e com isso tentar direcionar o tratamento e prognóstico, no entanto, a realização da biópsia estava condicionada ao acompanhamento ambulatorial por um médico especialista em doenças neuromusculares.

Aninha passou a ir periodicamente, a cada seis meses, para um município a praticamente 400 km de distância de sua cidade, onde se localiza o serviço de referência, visto que a realização do exame estava condicionada ao acompanhamento ambulatorial. No entanto, por diversos motivos, após quatro anos o exame não havia sido realizado.

Entender a experiência deste tipo de viagem só foi possível vivenciando com Aninha e sua família este momento, em trechos do diário de campo, apresentamos o relato do corpo vibrátil, ou seja, das sensações e impressões da viagem experienciada pela pesquisadora em campo:

As portas da ambulância, embora com boas travas, não tinham um encaixe “perfeito” balançavam e faziam muito barulho a cada buraco, defeito ou movimentação abrupta na estrada. O barulho de lataria, dobradiças e travas batendo era companheiro de viagem.

Apesar de não conhecer detalhadamente de mecânica de veículos, posso afirmar que aqueles amortecedores não eram dos mais novos e “macios”, era possível sentir cada irregularidade da estrada, com pulos e trancos que se somavam e intensificavam o barulho das portas. Fiquei sentada, e a sensação de estar me deslocando lateralmente (posição do banco) em relação ao sentido da estrada, era horrível, parecia que tudo rodava e o enjoo era companheiro de viagem. Lilian (a mãe) deitou-se, na maca estreita de transporte de pacientes, com Aninha, tanto na ida quanto na volta. Aninha, a cada movimento mais brusco de curvas ou buracos no asfalto, segurava forte em minha perna ou pedia para que eu segurasse suas mãos. Esboçava o mesmo medo de cair de quando estava sentada na maca (durante a consulta médica), às vezes até gritava assustada, Lilian segurava e apoiava as pernas e o corpo de Aninha, mas a sensação de um pouco mais de segurança vinha quando a própria Aninha estava se segurando em mim. Depois de umas duas horas de estrada Aninha precisou ser aspirada (ela tem traqueostomia), enquanto Lilian separava os materiais, fui fazer a troca do prolongamento da saída do oxigênio para o vácuo (com a ambulância em movimento). Conectamos o equipamento, abri a válvula do oxigênio, e o vácuo não funcionou. Percebemos que a pressão daquele cilindro estava muito baixa. Avisei ao motorista, que disse que pararia no próximo local possível para fazer a troca do cilindro [Diário de Campo].

A viagem além de cansativa e desconfortável foi improdutiva: foram seis horas de ida, quatro horas de espera até a consulta, mais três horas de espera até a ambulância voltar para nos buscar, e seis horas de estrada na volta. Durante a consulta todo exame clínico foi realizado por residentes, a médica não a examinou, se relacionava mais com os papéis, dava mais atenção aos exames do que à criança e sua mãe. O que prevaleceu foi a impessoalidade, e a repetição de um processo de trabalho já enraizado, em que residentes fazem o exame clínico, passam para o médico que “sacramenta”, realizando a renovação de receitas e finalizando o atendimento com o aprazamento de retorno em seis meses. Segundo o pai de Aninha, isso sempre se repetia, *“a gente só vai para lá para fazer um passeio”*, pois a cada consulta, uma desculpa era apresentada para justificar a não realização dos exames, e isso já se repetia há 4 anos. A impressão era de que aquela trabalhadora não entendia o significado daquela viagem para a família (e para tantas outras que lá estavam), e a luta para conseguir fazer o exame, e as consultas com viagens a cada seis meses passaram a fazer parte da rotina de tratamento.

Uma das estratégias de organização da RAS é a definição de fluxos, como, por exemplo, dos casos que vão para Tratamento Fora do Domicílio, com isso o foco fica no cumprimento destes fluxos e não no cuidado do usuário, como no caso de Aninha, que é submetida a

viagens, para se manter vinculada a um serviço, que quando “for possível” realizará o exame de que ela necessita.

O sujeito da ação passa a ser o fluxo, e o usuário a ferramenta para mantê-lo, havendo uma inversão do processo de produção do cuidado, em que a rede acaba por promover uma torção colocando como regra o cumprimento do fluxo no qual o usuário tem de seguir um protocolo, e não estes servirem para atender às necessidades do usuário. Bertussi, Feuerwerker, Freire e Louvison (2016) discutem que os fluxos e protocolos têm o papel de sistematizar a abordagem para diferentes situações clínicas. No entanto, não devem ser tomados como única forma de agir e conduzir o cuidado dentro da rede, devem servir como “ponto de partida para o manejo clínico, pois este, necessariamente, precisa levar em conta a singularidade das existências/experiências dos diferentes usuários” (Bertussi, Feuerwerker, Freire & Louvison, 2016, p. 258). Ou seja, fluxos e protocolos devem ser elaborados como ferramentas para atender às necessidades dos usuários, e não o contrário.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, Aninha é uma criança vivaz, que não se deixa abater pelas limitações que sua saúde lhe condiciona, pelo contrário, mostrando seu desejo de viver, ela cria potência e se reinventa em seu modo de produzir vida. Algumas situações relatadas pela família chamaram a atenção para a potencialidade de agregar pessoas.

Embora a limitação de recursos financeiros faça parte da rotina familiar, isso nunca foi empecilho para que buscassem meios de atender às necessidades de Aninha. E a determinação da família em tentar todas as possibilidades nos marcou. Seus pais sempre aproveitavam todas as oportunidades de arrecadar recursos, como quando a família realizou uma festa junina - festa popular típica no Brasil - na rua em que moravam. A percepção da potência de Aninha na mobilização de pessoas para ajudar sua causa mais uma vez foi reforçada por familiares, vizinhos, padrinhos, além de tantos desconhecidos que ali estavam participando do evento. Aninha mobiliza nas pessoas a vontade de facilitar processos e produzir alegria em sua vida, e com isso diferentes espaços de produção de vida são construídos com quem se relaciona.

Ao estar com Aninha e sua família acompanhando a busca por processos cuidadores, foi-se percebendo o quanto a família constrói redes de cuidado que ultrapassam os limites estabelecidos pela rede formal instituída nos serviços de saúde. A família de Aninha não se prende às formalidades da rede de saúde, eles vazam o instituído e produzem linhas de

fuga em defesa de sua existência, buscando efetivação no atendimento de suas necessidades e dos seus modos de viver.

Esta construção formada a partir de conexões estabelecidas pela interação entre serviços e/ou ações que podem ou não estar relacionadas à área da saúde, este processo Merhy *et al.* (2016) dão o nome de Rede Viva. É um processo vivo, que monta e desmonta, que pode emergir de qualquer ponto sem seguir uma norma lógica de redes instituídas, “marcados por códigos específicos e plurais, a solidariedade, as trocas, os compartilhamentos, assim como as disputas e desavenças, vão indicando a produção de vida”.

Por ser uma criança que precisa de muitos recursos materiais para os cuidados diários, a família foi construindo redes para conseguir o que o serviço de saúde não dava conta de oferecer. Na tentativa de arrecadar recursos, fizeram campanhas em programas locais de rádio e televisão e nas redes sociais, com isso construíram vínculos até mesmo em outros Estados, como o contato que mantém com algumas mães, fazendo troca de ideias e recursos. O usuário é em si a rede viva que ele produz, está o tempo todo produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados, visto que é ele que tem a compreensão dos cuidados que precisa e das dúvidas que tem (Merhy *et al.*, 2016).

Nesta produção da rede viva, o usuário vai acionando e construindo pontos e linhas que se cruzam por diversos lados, produzindo a todo tempo uma nova rede viva, a partir de seus desconfortos e necessidades. Neste sentido nos apoiamos na ideia de rizoma trabalhada por Deleuze e Guattari (2017) que se utilizam da imagem botânica, a partir de uma gramínea ou de um tubérculo, contrapondo o modelo – de redes – arborescente que segue uma lógica sequencial das coisas: raízes, caule, folhas e frutos. Ao contrário da árvore, o rizoma segue um movimento de proliferação – “cada talo, cada haste vai criando uma superfície aberta a todas as torções que os encontros promovam” ou provocam (Barros, 2007, p.291). Nas redes rizomáticas, qualquer ponto pode se conectar a outro ponto qualquer como sistemas abertos de conexões, produzidos por agenciamentos nos encontros (Franco, 2006).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Cartografia por ser uma ferramenta que oportuniza ao pesquisador dar voz aos afetos a partir da vibratibilidade de seu corpo, propicia maior proximidade com a vivência do usuário o que permite a valorização da vida do outro por meio da construção da pesquisa.

A potência de vida da usuária-guia, identificada e valorizada por sua família, fazia com que dificuldades, como as limitações de recursos financeiros, não fossem empecilhos para a busca de cuidado, pelo contrário, acabava por se tornar mais uma das possibilidades de construir redes. Aninha e sua família vão construindo sua rede, sem um eixo estruturado, ampliando para além do que é oferecido pelo serviço de saúde, em que sempre está presente um certo tensionamento com modos de produção instituídos, as conexões em busca de cuidado: no movimento rizomático a cada obstáculo que encontram, muda-se a direção e novas conexões são estabelecidas.

A RAS foi pensada para garantir o acesso ao cuidado, no entanto, observa-se que tanto a conformação da rede quanto o modo acrítico como trabalhadores a operam têm produzido um distanciamento do cuidado e da singularidade, levando a mais sofrimento do que cuidado em si. Valorizar o encontro, fazendo com que seja mais resolutivo e produtor de cuidado é fundamental para atender à necessidade dos usuários. A sensação é de que há uma banalização da vida do outro e do esforço que a pessoa precisa despender para garantir o acesso ao que tem direito. Para que a RAS se torne mais resolutiva e cuidadora é necessário que os trabalhadores nela envolvidos além de conhecerem seus processos e funcionamento, olhem para a história e as necessidades de cada usuário tornando o encontro um processo singular de cuidado.

5. REFERÊNCIAS

- Abrahão, A. L., Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Tallembert, C., Chagas, M. S., Rocha, M., Santos, N. L. P., Silva, E., & Vianna, L. (2016). O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (pp. 22-30). (Vol. 1). Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Barros, R. B. (2007). *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina Ed.
- Bertussi, D. C. (2010). *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. 243fl. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Bertussi, D. C., Feuerwerker, L. C. M., Freire, M. P., & Louvison, M. C. P. (2016). Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde. In Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (pp. 354-364). (Vol. 2). Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde.
- Cecílio, L. C. O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. (pp. 113-126). In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ.

- Cruz, K. T., Kulpa, S., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Baduy, R. S., Lima, J. V. C., Lopes, M. L. S., Slomp, H. Jr., Lopes, C. V. A., Bortoletto, M. S. S., & Tallemberg, C. (2016). Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. (pp. 252-269). In: Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2015). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*. (2ª ed. 1ª reimpressão). (Vol. 3). São Paulo. SP: Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2017). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*. (2ª ed. 2ª reimpressão). (Vol. 1). São Paulo. SP: Editora 34.
- EPS EM MOVIMENTO. (2014). *Usuário guia*. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/usuario-guia>>. Acesso em: 06 dez. 2015.
- Feuerwerker, L.C.M. (2013). Cuidar em saúde. *Caderno de Textos: Ver-SUS* (pp. 51-65). (Vol. 1). Porto Alegre: Rede Unida.
- Franco, T. B. (2003). *Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Franco, T. B. (2006). As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS.
- Gomes, M. P. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). (2014). *Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. F. L., Cruz, K. T., & Franco, T. B. (2016). Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. (pp. 31-42). In: Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (Vol. 1). Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Moebus, R. L. N., Merhy E. E., & Silva, E. (2016) O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? (pp. 43-53). In: Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (Vol. 1) Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Rolnik, S. (2016). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. (2ª edição). Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS.99). *Teaching for quality learning at university*. Philadelphia: Open University Press.