



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOSSOCIOLOGIA DE  
COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL

Maria Clara Garioli Corrêa

**CARTOGRAFIAS DOS ENCONTROS LIGADOS: O TELE-CUIDADO COMO  
DISPOSITIVO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA**

RIO DE JANEIRO

2022

MARIA CLARA GARIOLI CORRÊA

**CARTOGRAFIAS DOS ENCONTROS LIGADOS: O TELE-CUIDADO COMO  
DISPOSITIVO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA**

Projeto de Dissertação para defesa de Mestrado  
submetido ao corpo docente do Programa EICOS  
/ IP - Universidade Federal do Rio de Janeiro –  
UFRJ.

Orientador: Professor Doutor Thiago Benedito  
Livramento Melicio.

RIO DE JANEIRO

2022

### CIP - Catalogação na Publicação

G824? Garioli Correa, Maria Clara  
"CARTOGRAFIAS DOS ENCONTROS LIGADOS: O TELE  
CUIDADO EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA / Maria Clara  
Garioli Correa. -- Rio de Janeiro, 2023.  
96 f.

Orientador: Thiago Benedito Livramento Melicio.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do  
Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa  
de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e  
Ecologia Social, 2023.

1. Encontro. 2. Cuidado. 3. Relações  
intercessoras. 4. Saúde pública. 5. Tele cuidado.  
I. Melicio, Thiago Benedito Livramento , orient.  
II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Instituto de Psicologia

**Programa EICOS – Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social**

### **Ata de Defesa de Mestrado**

Às 15:00 hs do dia **13/02/2023**, o(a) aluno(a) **MARIA CLARA GARIOLI CORRÊA** (registro nº. 121016570), se submeteu à banca examinadora composta pelos Professores Doutores - membros efetivos: Thiago Benedito Livramento Melicio (orientador e presidente da banca), CPF nº 218.779.728-78, Maria Paula Cerqueira Gomes, CPF nº 956.901.827-53 e Laura Cristina de Toledo Quadros, CPF nº 003.211.437-01; membros suplentes: Nereida Lucia Palko dos Santos, CPF nº 028.014.357-59 e Alessandro de Magalhães Gemino, CPF nº 021.509.427-12. O trabalho do(a) aluno(a), intitulado “**CARTOGRAFIAS DOS ENCONTROS LIGADOS: O TELE-CUIDADO EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA**” foi: (  ) aprovado, devendo entregar a versão final encadernada no prazo de 60 dias; (  ) aprovado condicionalmente, devendo apresentar os ajustes exigidos pela banca, no prazo máximo de 90 dias\*; (  ) reprovado. **APROVADO(A)**, o(a) aluno(a) faz jus ao título de **Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social**. Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca e pelo(a) aluno(a).

Banca:

Orientador(a): Thiago Benedito Livramento  
Melicio

\_\_\_\_\_  
Maria Paula Cerqueira Gomes

\_\_\_\_\_  
Laura Cristina de Toledo Quadros

Aluno(a): MARIA CLARA GARIOLI  
CORRÊA

Observações: **O trabalho está aprovado integralmente pela banca, com louvor**  
**A banca reforça que o trabalho tem rigor e vigor, sendo**  
**recomendado a publicação em diferentes formatos.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. I ENCONTRANDO O ENCONTRAR.....</b>	<b>21</b>
i. Viva as relações interseçoras e as tecnologias leves.....	26
<b>3. II ENCONTRANDO O CUIDAR.....</b>	<b>32</b>
i. Governos sobre a vida: biopolítica e o modelo biomédico.....	33
ii. Encontros cuidados e resistências.....	37
<b>4. III ENCONTRANDO A ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>44</b>
i. Sistema Único de Saúde: desafios sobre o instituído, luta pelo instituinte.....	45
ii. Estratégia de Saúde da Família: desafios e potencialidades.....	49
<b>5. ENCONTRANDO O DISPOSITIVO TELE-CUIDADO.....</b>	<b>56</b>
i. Telemonitorar.....	57
ii. Dispositivar o tele-cuidado.....	62
<b>6. ENCONTRANDO A CARTOGRAFIA INMUNDA.....</b>	<b>68</b>
i. Os territórios.....	72
ii. As cenas.....	76
i. Cena 1.....	76
ii. Cena 2.....	78
iii. Cena 3.....	80
<b>7. DISCUSSÕES LEVES.....</b>	<b>82</b>
i. Flecha I.....	83
ii. Flecha II.....	85
iii. Flecha III.....	87
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS? .....</b>	<b>91</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>94</b>

## AGRADECIMENTOS

À minha família, que me apoiou e me incentivou a ser a psicóloga, a seguir com o mestrado e meus sonhos. Mãe, você sempre será minha inspiração na produção de uma saúde pública pautada em cuidado. E pai, você ter nascido na Penha não pode ser mera coincidência. Tudo que sou hoje é porque me inspirei nas pessoas brilhantes que vocês são.

Ju, meu querido irmão, você foi a pessoa que me ensinou a viver. Sempre serei sua pequena gafanhoto, mas agora com mais um diploma. Natália, Carolina e Guilherme, vocês são minhas referências de pessoas desde que eu nasci. Obrigada por tudo. Eu os amo incondicionalmente.

À Dona Vanda, por todo carinho e ajuda oferecida ao longo desses anos. Você me acompanha desde criança, quando ainda estudava no Pedro II, e sempre acreditou em mim. Essa dissertação também só foi possível graças a ti. Te amo muito.

Às minhas amigas da vida e colegas de profissão, Andrezza Melo, Aline Oliveira e Ana Carolina França por todo suporte no meu caminhar profissional. Ser psicóloga e pesquisadora ao lado de pessoas tão sensíveis é um dos maiores orgulhos que sinto na vida. Em especial, meu eterno obrigada à Luíza Mastrangelo e Alan Belém por cada passo que demos juntos na UFRJ. Obrigada por me apoiarem nessa caminhada. Vocês são o melhor presente que a UFRJ poderia ter me dado. Amo vocês.

À Fernanda Peter, meu eterno nó que vive minhas alegrias e tristezas há mais anos do que consigo contar. Você é, depois da minha mãe claro, a melhor Assistente Social do mundo. Seu carinho e sensibilidade sempre serão minhas referências.

Ao Luiz Miguel da Silva, que me ouviu ler a dissertação inúmeras vezes, me admirou por todo percurso e me fez lembrar em meio as muitas mortes, como é gostoso viver.

Ao Programa de Extensão responsável pelo Tele-cuidado e todos seus integrantes, que me proporcionaram viver essa experiência linda, dolorosa e calorosa. Juntos conseguimos produzir cuidado, saúde, amor e até mesmo uma Dissertação. Aqui agradeço sobretudo as pessoas usuárias da Clínica Felipe Cardoso que me ensinaram o que é e como cuidar e ser cuidada. Me tornei uma pessoa melhor (e mais leve) com vocês.

Ao Thiago Melicio, meu querido orientador que, com toda sua sensibilidade e sabedoria, me acolheu e me ajudou em mais uma aventura. Obrigada por confiar em mim. Escrever junto a um orientador como você não só é fácil como também maravilhoso.

À Paula Cerqueira, Laura Quadros e Nereida Santos. As mulheres que compuseram a banca avaliadora com a maior sensibilidade do mundo. Obrigada!

Escreve-se sempre para dar vida, para libertar a vida aí onde ela está aprisionada.  
(*Gilles Deleuze*)

## RESUMO

Tendo como cenário a pandemia do COVID-19, diferentes equipes na Atenção Básica tiveram que se reestruturar e encontrar novas estratégias para o atendimento e cuidado da população, sendo uma delas o tele-monitoramento ou tele-cuidado. A ideia era que ao invés de expor pessoas no encontro presencial, estudantes e professores das Universidades Públicas em uma parceria com UBS telefonassem para determinada população que apresentava sintomas de Síndrome Gripal, associados fortemente ao COVID-19 na época. A presente pesquisa destina-se assim a cartografar as potencialidades e desafios presentes no encontro mediado pelo tele-cuidado entre profissionais da saúde e pessoas usuárias da Clínica da Família Felipe Cardoso, equipe Grotão no Rio de Janeiro. O trabalho utiliza como ferramenta metodológica os diários de campo, descrevendo e acompanhando cenas que emergiram durante as ações de cuidado. O que pode esse encontro? Que produção de cuidado é possível a partir dele? Que relações são criadas quando o telefone é aparentemente a porta de contato? Assim, baseado nas contribuições da filosofia da diferença, utiliza-se aqui o método cartográfico a fim de investigar a potência e obstáculos do encontro e a produção de cuidado via telas dentro de um contexto de saúde pública. A pesquisa percorre linhas-encontros analisadoras em torno da discussões sobre a potência do encontro com outrem; biopoder e resistência; e Clínica ampliada e as tecnologias leves. Entende-se assim como o encontro entre potentes redes vivas é capaz de produzir cuidado e outros modos de existências pautados na afirmação da vida.

**Palavras-chaves:** Encontro; Cuidado; Relações Interceçoras; Saúde pública; Tele-monitoramento



## ABSTRACT

In times of COVID-19 pandemic, different health teams in Primary Care had to restructure and find new strategies for the care and care of the population, one of which is telemonitoring or telecare. The idea was that instead of exposing people at the face-to-face meeting, students and professors from Public Universities in a partnership with UBS would call to a certain population that had symptoms of the flu syndrome, strongly associated with COVID-19 at the time. The present research is therefore intended to map the potentialities and challenges present in the encounter mediated by tele-care between health professionals and users of the Clínica da Família Felipe Cardoso, Grotão team in Rio de Janeiro. The work uses field diaries as a methodological tool, describing and accompanying scenes that emerged during care actions. What can this encounter? What care production is possible from it? What relationships are created when the telephone is apparently the contact point? Thus, based on the contributions of the philosophy of difference, the cartographic method is used here in order to investigate the power and obstacles of the encounter and the production of care via screens within a public health context. The research runs through analyzing lines around the discussions about the potency of the encounter with others; biopower and resistance; and Expanded clinic and light technologies. It is thus understood how the encounter between powerful living networks can produce care and other modes of existence based on the affirmation of life.

**Keywords:** Encounter; Care; Intercessor Relations; Public Health; Tele-care.

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa parte da experiência. Uma experiência que atravessa, alimenta, fura, paralisa, dói, alivia, cuida, entre outras coisas. As palavras que aqui se expressam são frutos e frutas de múltiplas pesquisadoras inmundas (MERHY; CERQUEIRA GOMES, 2014), pesquisadoras no mundo e suja de campos, territórios-existenciais, pessoas e devires. É a partir desse entendimento que todas as palavras foram escritas aqui.

"A prática do cuidado é uma prática de encontro de potentes redes vivas" disse Emerson Merhy em uma aula de Micropolítica do trabalho, na Pós-graduação do EICOS<sup>1</sup>. O encontro, o cuidado e a vida serão três palavras suleadoras<sup>2</sup> desta pesquisa. Encontrar. Como é o encontro quando a distância marca os corpos e as telas (TICs<sup>3</sup>) mediam a relação de cuidado? O que pode esse encontro? Cuidar. Como a produção de cuidado emerge quando uma tecnologia dura é a porta de contato? Ela vaza pela fechadura ou se fecha? Ou talvez outras portas se abram de vez. Viver. Onde entra a vida quando tentamos evitar a morte? Essas perguntas dançam comigo. Dançam e mudançam. E é nessa dança, com tais reflexões no coração, seguimos para o enredo do presente estudo.

Cenário. A pandemia do vírus Sar-coV-2, mais conhecido como Coronavírus ou pelo seu nome enquanto doença, COVID-19. O vírus chegou ao Brasil em janeiro de 2020 e ao Rio de Janeiro no começo de março (GANDRA, 2020). Mas a verdade é que é difícil estipular quando tudo começou (talvez não importe o começo). Cálculos estatísticos tentavam definir o fim da crise sanitária que alastrou o mundo, mas poucas eram as previsões que ficaríamos bem mais de 1 ano em quarentena. O número de casos da doença em 2020 crescia exponencialmente, junto ao número de mortes. Mortes essas, em sua maioria, marcadas sobretudo pela cor e pela renda. "Os pobres, em especial os negros, são obrigados a se expor mais, adoecem mais e morrem mais de Covid-19 no Brasil.", afirmou Roberto Medronho, professor de epidemiologia da UFRJ (AZEVEDO, 2021). A frase do professor é direta e dói. A crise sanitária é também política e social, revelando a lógica necropolítica<sup>4</sup> da nossa sociedade que decreta todo dia a

---

<sup>1</sup> 27 de junho de 2021.

<sup>2</sup> O termo sular foi abordado por Paulo Freire em Pedagogia da Esperança (1994) como uma proposta de substituir as ideias "norteadoras", questionando assim a hegemonia do norte e propondo uma nova orientação do sul.

<sup>3</sup> Tecnologias da informação e comunicação.

<sup>4</sup> A necropolítica exerce tanto as políticas de administração da vida como também políticas de administração da morte, tratando-se de ações que definem, ao mesmo tempo, o tipo de vida que são administrativamente rentáveis

forma que algumas pessoas podem viver e como outras vão morrer. Hoje o Brasil configurou mais do que 12,6% dos óbitos por COVID-19 no mundo, mesmo tendo apenas 2,7% da população mundial (SAMPAIO, 2021). A crise sanitária se demonstrou um mal consequente de algo maior, mais perigoso e mais cruel: o poder nas mãos de um homem assassino. A COVID-19 foi a arma biológica de Jair Bolsonaro, anterior presidente do Brasil, que em um cenário de tanta morte atrapalhou - e muito - toda operação de vacinação<sup>5</sup>, recusou auxílio emergencial para milhões de trabalhadores e desempregados<sup>6</sup>, entre outras atrocidades.

Mas "onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor, por isso mesmo) esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder" (FOUCAULT, 1976/2009, p. 105). Diante do cenário exposto, uma flor parece romper esse asfalto (ANDRADE, 2002). O asfalto é duro, seco, pouco propício à vida. Mas a flor, as flores, elas são potentes. Erro de Andrade ao chamá-la de feia. A flor que desabrocha na adversidade é a mais rara e bela de todas, já dizia Mulan. A flor furou o asfalto, o muro, o instituído. A flor me furou também. E fez vazar.

A flor? O dispositivo telemonitoramento. Como estratégia de cuidado e apoio em um período de tanta vulnerabilidade, de tanto asfalto, articulou-se uma equipe de alunos(as) e professores(as) da UFRJ com a Clínica da Família Felipe Cardoso para realização do chamado Telemonitoramento de pessoas com sintomas de Síndrome Gripal ou Respiratória. Tal dispositivo é, em termos prescritos, o acompanhamento à distância de parâmetros de saúde-doença de pessoas por meio das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). A ação foi proposta pela Prefeitura do Rio de Janeiro durante a pandemia com o objetivo de garantir o cuidado longitudinal e abrangente aos pacientes. Era o caminho possível dentro do cenário exposto para que ainda sim as pessoas ainda fossem cuidadas. Desse modo, telefonemas foram realizados a fim de compreender o quadro de saúde-doença da pessoa que apresentava sintomas gripais, o que na época configurava na maioria dos casos sintomas de COVID-19. Após essa

---

<sup>5</sup> A Folha de S. Paulo publicou reportagem em 07 de junho de 2021, com base em e-mails trocados entre representantes da gigante da indústria farmacêutica, a Pfizer, e o governo Bolsonaro, que atestam que o mandatário recusou vacinas em 2020 pela metade do preço pago por Estados Unidos, Reino Unido e União Europeia. Em depoimento à CPI, o ex-ministro da Saúde Eduardo Pazuello reiterou que considerou caras, em agosto de 2020, a proposta de entrega a partir de dezembro do ano passado de até 70 milhões de doses da Pfizer, a US\$10 cada. Bolsonaro recusou no total 11 ofertas para compra de vacinas. (OCTAVIO GUEDES, 2021).

<sup>6</sup> Apesar da tentativa atual de Bolsonaro de adotá-lo como obra sua, o auxílio foi fruto de muita pressão política e social. Na verdade, a versão do ex presidente para o benefício só foi apresentada após uma enxurrada de críticas à sua omissão diante da pandemia e foi completamente insuficiente. Bolsonaro propôs o pagamento de apenas R\$200, limitado a trabalhadores informais, durante somente três meses. Em contraponto, a proposta da oposição ao governo no congresso - que acabou sendo aprovada - previu um auxílio de R\$600,00. Bolsonaro ainda barrou boa parte da ampliação do benefício prevista pelos parlamentares, como o pagamento do auxílio a motoristas de aplicativo de transporte, taxistas, caminhoneiros, agricultores familiares, ambulantes de praias e garçons. (ALVES, 2020)

tele avaliação, preenchia-se uma planilha e um formulário de monitoramento dos casos, o que oferecia dados para ações de vigilância em saúde.

Em termos de vivência, o telemonitoramento surge de uma necessidade doída: "As pessoas estavam morrendo o tempo todo", disse Tatiana Clarkson, orientadora do Programa de Extensão da UFRJ responsável pelo telemonitoramento na Clínica Felipe Cardoso. Foi assim que ela começou a me explicar a razão do projeto existir, do porquê estávamos ali. E foi dentro desse contexto que os(as) alunos(as) recorrentemente ligaram para pessoas com sintomas gripais, mandaram mensagens, *WhatsApp*, contactaram Agente Comunitários de Saúde, ligaram novamente, conversaram com a médica da Clínica, preencheram planilhas, formulários e traçaram estratégias.

O dito monitoramento que por vezes se refere aos sintomas gripais acabou ramificando seus sentidos, multiplicando suas saídas, servindo como estratégia de cuidado e de acolhimento a pessoas em diferentes situações de vulnerabilidade. O nariz escorrendo e a febre se demonstraram aos poucos só mais um dos obstáculos para aquelas vidas, algo que entendemos mais tarde. E os telefonemas permitiram que o encontro fosse possível, encontro esse que quando disposto a um olhar diferente, não limitado aos saberes estruturados, ao diagnóstico, mas ao fluir do movimento, pôde abrir a possibilidade para novos mundos para aqueles que ligam e aqueles que atendem a ligação. Tais ligações produziram flores. As flores que furam. As flores que curam. As flores que resistem ao asfalto, ao tédio, ao nojo e ao ódio.

Adentrei o campo do telemonitoramento em junho de 2021, compondo o time de até então 3 pessoas responsáveis pelos telefonemas-ligações<sup>7</sup> no território do Grotão, bairro situado próximo a Penha, RJ. O bairro é um legado da cultura preta no Rio de Janeiro, tendo sua origem quando ex-escravos encontraram acolhida no entorno da Igreja da Penha no século XIX (JOSÉ, 2017). A acolhida encontrada há muitos anos permanece na memória do território, mesmo que a polícia e o Estado o enxergue pelos seus conflitos, não pela sua potencialidade. Pela sua vulnerabilidade, não pela vida. O Grotão é casa de muita gente. É a acolhida de muitas pessoas. O Grotão acolhe.

Em meados de 2021 então me encontrei na equipe de telemonitoramento do Grotão e imediatamente a atividade passou a ter um novo significado para mim. No primeiro encontro com a equipe já sabia que o telemonitorar é um dispositivo (FOUCAULT, 2009). Sabia-sentia também que o verbo "monitorar" não cabia mais nessa pesquisa e na proposta que sugiro aqui.

---

<sup>7</sup> Chamo de telefonema-ligação pois foi o telefone era a tecnologia dura que criava a ponte para as ligações, conexões e encontros que nasciam dele. O telefonema é duro, ligação é o leve.

Mais adequada às intenções e objetivos do dispositivo, a partir desse momento o chamaremos de tele-cuidado.

'Telemonitoramento', repito o nome em pensamento. Que palavra longa, soa um tanto 'sociedade disciplinar' aos meus ouvidos. Não me remete alegria, leveza, saúde e muito menos cuidado. Mas a Tati me remete a essas palavras. O João também. A Vic também. E os relatos que eles trouxeram também. Fiz minhas primeiras ligações de tele-cuidado - um nome melhor e mais adequado à prática que fazemos do que o telemonitoramento.

Diário Cartográfico, primeiro de junho de 2021

A estratégia de tele-cuidado na Atenção Básica se mostrou fundamental para a produção de cuidado em diferentes territórios. No Acre, por exemplo, o tele-cuidado serviu não só como intenso aprendizado para os estudantes de medicina que realizavam os telefonemas, mas também teve importância central para o enfrentamento à COVID-19 em Rio Branco, município com alta taxa de casos durante a crise sanitária (SILVEIRA et al, 2020). Na Bahia, o tele-cuidado também surgiu como proposta de educação e cuidado, proporcionando mais segurança aos pacientes em tempos de pandemia, ajudando na coordenação do cuidado e na redução da potencial transmissão comunitária (SANTANA et al, 2021).

No entanto, ainda que necessárias, as investigações em torno do tema ainda se restringem em sua maioria a uma discussão sobre educação e combate ao vírus que aterrorizou o mundo. Aqui vamos nos lançar a uma outra proposta. Uma proposta que não para no olhar dos efeitos do tele-cuidado na Atenção Básica<sup>8</sup>, mas mergulha na cartografia das paisagens que acontecem no encontro mediado pelos telefonemas-ligações entre profissionais da saúde e pessoas usuárias do tele-cuidado.

O que pode esse encontro? Que produção de cuidado é possível a partir dele? Ou, até mesmo, é possível produzir cuidado assim? Que relações são criadas no tele-cuidado? Ligações burocráticas e sumárias ou interceçoras (MERHY, 2003)? Baseado nas contribuições da Esquizoanálise e da filosofia da diferença, me debruço aqui sobre método cartográfico (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009; PASSOS, KASTRUP, TEDESCO, 2014) a fim de

---

<sup>8</sup> A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, 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 impacte positivamente na situação de saúde das coletividades." (SAPS, s/p.). Vale mencionar ainda que APS é a nomenclatura internacional, enquanto Atenção Básica é um termo que trata especificamente da APS no Brasil.

investigar a potência do encontro e a produção de cuidado via tele-cuidado dentro de um contexto de saúde pública.

Enxergo assim a pesquisa como um mapa que possibilita múltiplas entradas e onde é possível transitar livremente em um terreno em permanente mutação. Podemos assim finalmente abordar as diferentes as linhas-encontros que compõem esse estudo-experiência. A nomenclatura linhas equivalente à ideia de platôs tal qual proposta por Deleuze e Guattari (2011) mas também como linhas do dispositivo, entende-o como um novelo de linhas que vou desenredando para fazer ver e falar o cuidado em saúde.

I Encontrando o Encontrar. Como já levantado, busca-se compreender - no mais amplo dos sentidos - o que pode um encontro mediado por tecnologias da informação e comunicação. No entanto, proponho que voltemos duas casas nessa discussão a fim de entender sobre qual ótica de encontro nos referimos. O encontrar pressupõe uma relação que se estabelece em ato, num acontecimento, tal como elaborado pelos filósofos Gilles Deleuze e Baruch Espinosa. Segundo Deleuze (2002), assim como uma forma musical depende da relação entre velocidades e lentidões das partículas sonoras, para Espinosa a maneira de viver depende de uma complexa relação de ritmos com os quais estabelecemos com outros corpos. Esses ritmos são manifestados em termos de afecções, o que nos leva a uma grande afirmação: o que o corpo pode é afetar e ser afetado tendo em vista seu caráter sempre relacional (AZEVEDO, 2018). Em outras palavras, nossa vida é profundamente marcada e apenas possível por causa das relações que estabelecemos.

Os encontros que realizamos podem, no entanto, aumentar a potência de agir de um corpo - correspondendo a um afeto de alegria - ou podem decompor esse corpo - um afeto de tristeza (ESPINOSA, 2008). Nesse sentido, as relações que acontecem e emergem podem servir como produtoras de novos mundos, de cuidado, assim como podem cristalizar modos de vida opacos. Mas é ainda a partir delas que se é possível romper com as formas instituídas de ser no mundo, abrindo nossas viseiras para outras maneiras de viver. Além disso, é pelo ato do encontro que o trabalho em saúde e a produção de cuidado se tornam possíveis, mesmo que junto a eles tenham instrumentos e técnicas já produzidas a priori. Desse modo, parte-se aqui do pressuposto de que a prática de cuidado é uma prática de encontro. Porém, que cuidado seria esse a que nos referimos?

II Encontrando o Cuidar. Assim como a vida, os corpos e o trabalho em saúde, o cuidar é uma prática sempre relacional. Diante disso, não se entende o cuidado como um vetor único e centralizado que parte do profissional de saúde e segue até o paciente. Não se entende cuidado como algo pronto, único e aplicável. O cuidado em saúde se dá a partir de uma relação subjetiva

que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, só será possível em sua integridade se abrir espaço para o saber, os desejos e as necessidades do outro (PINHEIRO, 2009). Nesse sentido, tal cuidar não se fecha em uma teoria ou conhecimento a priori, mas permite uma troca que só é possível pelo encontro.

Ademais, o cuidado vivido, de forma idealizada segundo Malta e Merhy (2010, p. 599), se trata do "somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida dos serviços de saúde". Assim, quando se fala em cuidar, fala-se automaticamente de uma complexa trama de atos, fluxos, saberes, sentidos num processo dialético de complementação e de disputa que formam redes vivas – como mencionado acima (*ibid.*, 2010).

Junto à característica relacional do cuidar, acredita-se ainda no caráter coletivo-criativo dessa. Trazer essa afirmação nos lança em direção ao que Annemarie Mol (2008) traz: o cuidado é algo que as pessoas moldam, inventam e adaptam, todos os dias, nas práticas do seu dia a dia. Sendo assim, a produção de cuidado não pode ser universal, mas uma prática criada dentro das circunstâncias em que os sujeitos se encontram, situado nos entremeios das suas vivências e experiências. Tendo isso em vista, pode-se agora situar onde o cuidar acontece na presente pesquisa.

III Encontrando a Atenção Básica. Atenção Primária à saúde. A principal porta de entrada do SUS e o primeiro nível de atenção em saúde, a conhecida APS é caracterizada por ser "um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde" (SAPS, s/p). Para além de sua função prática e prescrita, a APS exerce desde sua criação e até os dias de hoje um papel político de suma importância.

A ideia de atenção primária foi utilizada pela primeira vez como forma de organização dos sistemas de saúde no chamado Relatório Dawson, em 1920.

Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano estadunidense de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. (MATTA; MOROSINI, 2009).

Assim, a concepção da Atenção Primária à saúde surge junto aos princípios de regionalização e hierarquização. Regionalização pois os centros de saúde primários devem se

situar ali onde a vida acontece, capilarizados por todo território, sendo de fácil acesso à população; hierárquico tendo em vista que, sendo a porta de entrada do Sistema de Saúde, os casos em que profissionais da saúde não tivessem condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária ou hospitais onde haveriam especialistas e outros aparelhos específicos (MATTA, MOROSINI, 2009).

Hoje, a estratégia preferencial de configuração da APS no Brasil é conhecida como saúde da família, aprofundando assim as noções de territorialização e regionalização, além da responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico(a) generalista, enfermeiro(a), auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Mas como ficou a porta de entrada do SUS em um contexto de pandemia, em que o mundo e as relações são atravessados por um vírus facilmente transmissível? Sendo um espaço de atendimento sobretudo para pessoas com comorbidades tais como diabetes e hipertensão, população de risco frente ao COVID-19, a porta agora ficava ainda mais restrita a fim de não expor pessoas à doença que tomou conta de 2020. O que nos leva ao dispositivo.

Encontrando o dispositivo tele-cuidado. A pandemia do COVID-19 impôs respostas rápidas e reestruturações na forma de organização dos serviços de saúde. No Brasil, e em diversos países do mundo, a resposta sanitária ao cenário viral foi centrada nos serviços hospitalares, com ações para a ampliação do número de leitos, especialmente, de unidades de tratamento intensivo e respiradores pulmonares (MEDINA et al., 2020). No entanto, no âmbito da atenção primária à saúde (APS), muito teve que ser feito e repensado. Uma das iniciativas estruturadas com o fim de evitar as mortes exponencialmente crescentes foi o tele-cuidado.

Estudantes e professores de Universidade públicas telefonavam para pessoas que chegavam às Clínicas da Família com sintomas de Síndrome Gripal com o objetivo de garantir o cuidado longitudinal e abrangente aos pacientes. Tendo em vista a alta demanda por cuidado e a necessidade de atenção a sintomas quase silenciosos que levaram muitos a internação, o tele-cuidado é uma estratégia de se articular territorialmente, orientando pessoas sobre cuidados importantes, prestando acolhimento e escuta ativa, além de mapear vulnerabilidades sociais a fim de pensar ações e estratégias possíveis sobre esses. A partir desse dispositivo, as ligações que se forjavam possibilitaram o encontro entre usuário e profissional de saúde, onde incontáveis histórias, vivências e experiências surgiram. Tais ligações - nos múltiplos sentidos dessa palavra -, que poderiam cumprir um papel burocrático e sumário, também traziam no cerne a possibilidade de ir além, favorecendo a criação de relações interseçoras (MERHY, 2003).



Diante disso, a presente pesquisa busca cartografar as experiências vividas, vívidas e vivas no tele-cuidado de uma Clínica da Família no Rio de Janeiro (CAAE 64196922.2.0000.5582). A proposta é entender em que grau relações mediadas pelo tele-cuidado conseguiram ser interseçoras (MERHY, 2003), além de que produção de cuidado um dispositivo que se situa entre o virtual e o real é possível. Partindo desse referencial teórico, toma-se a experiência como primordial para construção da pesquisa, invertendo a lógica de planejar um objetivo para caminhar (meta-hódos) para uma lógica de caminhar e aí então entender o real objetivo. A Cartografia enquanto método permite ainda que a imagem de um só detentor e produtor de conhecimento se desfça, colocando todos os atores envolvidos no campo como pesquisadores, numa proposta ética e múltipla de pesquisar que acreditamos e apostamos.

## I ENCONTRANDO O ENCONTRAR

### Os mundos que se abrem a partir do encontro com outrem

Presente  
eu encontro  
tu encontras  
ele, ela, você encontra  
nós encontramos  
vós encontrais  
eles, elas, vocês encontram  
e nessa conjugação  
conjuramos mundos  
Presentes, potentes, afetados.

Ele me agradeceu tanto e eu nem sou a médica que pode curar sua mãe. Eu sou uma pessoa que de longe tenta ser o espaço de cuidado. Eu não tenho a resposta para o que a mãe dele tem. Nem ele. E nesse não saber parece que nosso encontro ficou. Ficou ali, quieto e vibrando na ausência de respostas médicas, mas no calor de uma ligação genuína. *Obrigado por se importar.* Foi a última coisa que ele me disse.

Diário Cartográfico, nove de setembro de 2021

Início esse capítulo com um dos momentos mais intensos do meu caminhar no tele-cuidado. Tinha ligado para Marcos<sup>9</sup> dias antes dele me ligar novamente. Sua mãe estava hospitalizada e ele não sabia o quadro que ela se encontrava, o que ela tinha, o que estava acontecendo. Ficamos um tempo conversando sobre sua mãe, sobre sua vida e sobre hospitais. Definitivamente não é o lugar favorito de Marcos e, sendo bem sincera, também não é o meu. A comunicação com o médico por algum motivo desconhecido não estava sendo efetiva. Algo o impedia de saber sobre sua mãe e eu não conseguia descobrir nada sobre ela também. No não-saber nos aproximamos de outras maneiras. A mãe do Marcos faleceu dias depois. Ele que me mandou mensagem avisando, agradecendo por me importar e perguntou onde ele poderia se vacinar pois gostaria de se cuidar melhor. No tele-cuidado por vezes éramos muito mais que telas, mais que respostas médicas. Éramos encontros. Éramos afetos.

Emerson Elias Merhy e Túlio Batista Franco (2003) nos atentaram para um fato sobre o trabalho em saúde: ele é sempre relacional. Sempre se dá a partir do encontro. Mas afinal, o que

---

<sup>9</sup> Nome fictício.

são essas relações? Ou melhor colocando, o que podem as relações? Com o objetivo de compreender melhor o sentido dessa afirmação e a relevância das relações para toda e qualquer atuação em saúde, me lanço sobre as teorias acerca do encontro dos filósofos Gilles Deleuze e Baruch Espinosa.

Segundo Deleuze (2002), um dos maiores pensadores do século XX, assim como a música é composta por diferentes notas que se relacionam com específicas velocidades e tonalidades, a própria existência depende das complexas relações que formamos e acontecem com outros corpos, com o outrem. Profundamente baseado em Espinosa (2008), Deleuze reafirma a máxima: o que o corpo pode é afetar e ser afetado a partir dos encontros estabelecidos. Assim sendo, partimos aqui do pressuposto que não só o trabalho em saúde, mas também o corpo e, logo, a vida são sempre relacionais (AZEVEDO, 2018).

Conforme discussão iniciada anteriormente, temos que um primeiro ponto que deve ser considerado é que não é possível falar de encontro e/ou relação sem abordar dois conceitos centrais: corpo e afecção. Na obra nomeada *Ética*, Espinosa (2008) define o corpo como potência em ato, uma força de existir, sendo entendido também como um conjunto de átomos, moléculas, tecidos e órgãos que possuem a capacidade de manterem-se unidos, regenerarem-se e agirem em conjunto.

Em contraposição às ideias mecanicistas de Descartes, Espinosa propõe que o corpo não é a causa das ideias, passivo em seu estado, e nem as ideias são causa dos movimentos do corpo. Mente e corpo, unos e isonômicos, exprimem ao seu próprio modo o mesmo acontecimento (PEIXOTO JUNIOR, 2013). A essência do ser estaria assim naquilo que Espinosa chamou de “conatus”: o movimento interno do corpo e a conexão interna das ideias da mente. Desse modo, o mundo exterior aparece como um conjunto de causas que, ao estabelecermos relações com, podem aumentar ou diminuir o poder do conatus de cada um. Por essência, o corpo espinosiano é sempre relacional.

E são nessas relações que conseguimos entender o segundo conceito base para a presente pesquisa: Afecções. Afecções se referem ao poder dos corpos serem afetados pelo mundo e/ou por outros corpos a partir dos encontros. É nesse sentido que Espinosa (2008) sempre pensa o ser e a sociedade em termos coletivos, afinal, para o filósofo a nossa existência está diretamente interligada a outros corpos; corpos esses que atuam como forças que não se definem apenas por seus encontros e choques ao acaso, mas por relações e processos de composição e decomposição (PEIXOTO JUNIOR, 2013).

Uma vez que a vida é tida como relacional e afetiva, o conhecimento também só poderia ser alcançado por meio dos afetos. Não confundir, no entanto, afeto com paixões ou criar

dicotomias entre afetos e razão, como se o intelecto ou inteligência estivessem separados do sentir. Para Espinosa (2008), não há oposição entre razão e afetos, afinal razão não (con)vence os afetos em hipótese alguma (MARQUES, 2012). Toda produção de conhecimento aqui expressa tem como motor um corpo afetado e afetante, a relação que se estabelece entre mim, minhas mãos, o computador, as ideias e lembranças de outros encontros. Se escreve para dar vida aos afetos vividos no tele-cuidado.

A real diferença estará assim entre o que o filósofo chama de atividade e passividade: afetos ativos se dão a partir de relações de composição, de agenciamentos com outros elementos da natureza, e formam um corpo mais potente.

Em outras palavras, é nos encontros que a maneira como os corpos se relacionam podem então aumentar a potência de agir - correspondendo a um afeto de alegria, ou seja, um bom-encontro - ou um pode decompor o outro - um afeto de tristeza - (ESPINOSA, 2008), sendo os nossos vínculos e relações uma espécie de alimento da alma. Assim,

A maneira como nos combinamos com outros corpos em nossos encontros pode surpreendentemente nos abrir janelas com vistas a horizontes outros, trazendo modificações significativas para nossas possibilidades de ação. Em suas relações, o corpo pode descobrir novas habilidades, interesses, gostos nunca antes experimentados. Tais descobertas podem gerar transformações subjetivas que de fato engrandecem a alma – tamanha a força dos bons encontros. (AZEVEDO, 2018, p.55).

Diante disso, é possível afirmar que, segundo tal filosofia, os encontros que fazemos são fundamentais no que concerne à organização de nossas existências, afetando literalmente nossos comportamentos, pensamentos e nossa relação com o mundo e com a realidade. Essas relações podem assim nos fazer beneficiar ou não conforme o corpo que entramos em contato. Caso seja um que combina com o nosso próprio corpo, com a nossa natureza ou que possui propriedades que se compõem com as nossas, haverá de ser um bom encontro e, conseqüentemente, aumentamos nossa capacidade de afetar e ser afetado, nossa potência de agir no mundo.

No entanto, é importante considerar os maus encontros, existentes em vínculos afetivos que podem agir de maneira a decompor, cristalizando modos de ser que não se abrem à multiplicidade. Relacionamentos e dinâmicas das quais as potências são preenchidas predominantemente por afetos de tristeza geram possíveis adoecimentos do próprio corpo pois entravam o processo de expansão afetiva, por exemplo. Esses são assim os encontros que nos afastam da realidade e de nós mesmos, nos limitando, constringendo e fechando os possíveis mundos disponíveis ao diminuir nossa potência de agir. Nesses, acabamos reagindo ao ambiente ao invés de agir sobre ele (MARQUES, 2012). Tendo isso em vista, Espinosa (2008) propôs

que conheçamos mais nossa relação com o mundo para enfim escolher melhor os encontros que temos, os selecionando e procurando sempre pelos afetos de alegria, mesmo que os maus encontros sejam inevitáveis e façam de alguma maneira parte da jornada de existir.

Ao compreender o poder dos nossos corpos relacionais é possível então dar um passo adiante nessa discussão: os - novos - mundos que se tornam possível a partir da presença do outro. Se na perspectiva de Espinosa os encontros constroem realidade, Deleuze herda tais ideias e pensa junto a elas o conceito de alteridade.

Um grande marco para essa reflexão ocorre em 1969, quando Deleuze lança a obra *A Lógica do Sentido*, levantando um grande questionamento em cima do livro de Michel Tournier (1967) denominado *Sexta-feira ou os limbos do Pacífico*: “o que pode ocorrer a um homem só, sem Outrem, em uma ilha deserta?” (DELEUZE, 1974, p. 313). A literatura de Tournier seria para o filósofo francês a extração de todas as consequências dessa pergunta, permitindo com que o leitor entenda o papel do outrem ao representar primeiramente um mundo na ausência dele e em seguida na presença.

Oferecendo contexto àqueles que nunca leram a obra: a história se inicia com um naufrágio ao qual o único sobrevivente, Robinson, se vê numa ilha deserta do Pacífico. Robinson tenta colonizar e explorar a ilha com diversos objetos recuperados do navio, e instaura para si próprio o reino de Speranza, com leis, diários, plantações e rotinas específicas, baseadas no conhecimento a priori que tinha sobre a realidade. A narrativa conta então a perspectiva de um mundo sem o outro e as angústias envolvidas nessa situação. Até que em um dia desembarca na ilha um jovem considerado selvagem, estranho, e esse ganha um nome: Sexta-Feira. Agora o mundo de Robinson tem um outro, um elemento diferente que estabelecerá uma relação consigo.

Na leitura deleuziana sobre a obra verificam-se alguns efeitos ocorridos pela presença do outrem. Um dos mais potentes diz respeito à habilidade básica humana: a percepção dos objetos no espaço, pois o que não percebo é ou pode ser perceptível para outrem (DELEUZE, 1974). Sem o outrem, o que se tem é apenas a dimensão polar ou dicotômica do sabido e não-sabido, fazendo com que a categoria do possível se desfaça.

Como afirma Silva e Kasper (2014, p. 721), na ausência do outro "não há mais horizonte de onde o possível venha a surgir". Nesse sentido, é por intermédio dessa primeira constatação que se entende que o outrem age como estrutura que condiciona o funcionamento de minha percepção e, portanto, exprime um mundo possível, um novo mundo que anteriormente não era considerado ou previsto.

É por isso que entendemos a subjetividade como um agenciamento coletivo e/ou como agenciamento coletivo de enunciação. É pela e é na presença de outrem (de outrens) que o mundo que vivo se torna possível. Como exemplo prático, o filósofo (1974, p.317) afirma que "um semblante assustado é a expressão de um possível mundo assustador ou de alguma coisa de assustador no mundo que ainda não vejo".

Desse modo, é no encontro com o outro que algo se produz de maneira a ocorrer a transformação do que eu tinha antes, do que era percebido, sentido e entendido até aquele presente momento, permitindo então novas aberturas a experiências não previstas. Assim como na filosofia de Espinosa, o modo de viver do sujeito é fortemente impactado quando uma outra possibilidade surge a partir do encontro e do afeto que dele é produzido. "Outrem é a expressão de um mundo possível" (BARBOSA, 2019, p. 119).

Cabe pensarmos também que esse mundo com outrem (humano) é ainda um mundo com coisas (não-humanos). Entendermos que as coisas e o que entendemos dessas coisas, como as nomeamos, como as utilizamos, como as empregamos nas nossas atividades, também carregam humanidades. Ou melhor, também carregam possibilidades de mundo, das quais também nos são estruturantes.

Na presente pesquisa acredita-se então que é na relação com o outro que o sujeito pode finalmente se desfazer dos territórios existenciais já conhecidos, aqueles dos quais já estamos habituados e muitas vezes instituídos nas nossas vidas. Não sem razão utilizamos aqui a ideia de postura ao falar sobre a metodologia. Minha vivência para além de um método é um modo de estar no mundo. É no encontro que há a possibilidade de abrir-se à criação de outras formas de existir, por vezes mais potentes e alegres que aquelas vivenciadas. O poder que existe na possibilidade de um novo mundo aberto pelo encontro é fundamento para o que proponho aqui.

Marcos me agradeceu naquele dia por me importar. Nosso encontro não gerou a melhora de sua mãe ou a descoberta do seu diagnóstico. Não curou a dor do filho ou os sintomas da mãe hospitalizada. Nosso encontro produziu gratidão. Eu grata porque mesmo na sensação de inutilidade e impotência frente a situação, recebi um obrigado sincero e percebi que ser psicóloga é, no melhor dos casos, ser uma pessoa que escuta. Ele grato por eu me importar. O mundo criado? Talvez tenha sido uma linha de cuidado, não um mundo inteiro. Mas ainda sim uma linha potente.

Um tempo depois Thiago Melício – querido amigo e orientador – ainda adiciona mais uma lente ao "se importar". Para além – ou junto – ao se importar temos o se implicar. E o que é a implicação? É justamente ser vivo, estar vivendo o dia a dia daquelas práticas, dos afetos. É estar em ato, investido nos acontecimentos que tecem essa pesquisa.

Mesmo que não seja toda e qualquer relação que provocará afetos ativos ou linhas de cuidado, a semente da flor possível ali estará. Caberá a nós fazer como aconselhado por Espinosa: escolher e selecionar os bons encontros.

Por fim, ao trazer tais conceitos para o campo do trabalho em saúde, joga-se um holofote na importância de pensar a maneira na qual tem-se dado o encontro entre profissional e pessoa usuária, além da relevância das diferentes relações construídas nesse contexto.

No caso do tele-cuidado, reflete-se aqui sobre como os encontros mediados por tecnologias da comunicação podem ou não servir como motores de afetos alegres e ativos (ESPINOSA, 2008), permitindo a abertura para novas histórias e narrativas que produzem cuidado. Portanto, para além de teorias e saberes estruturados, exames físicos e medicamentos controlados comuns no imaginário de um trabalho na saúde, há em toda atuação nessa área uma outra dimensão, uma que pode determinar até mais que essas tecnologias mencionadas a produção e promoção de saúde: as relações. Afinal, é nelas que se consegue compreender de outra maneira as necessidades das pessoas, co-construir um projeto terapêutico e lançar luz, mesmo que aos poucos, sobre outras maneiras de ver o mundo e vivê-lo.

## **I.1**

### **Viva as relações interseçoras e as tecnologias leves**

Agora que situamos o conceito de potência dos encontros com o outrem, conseguimos seguir com mais clareza a reflexão sobre o trabalho em saúde e as relações estabelecidas nesse contexto. Como exposto anteriormente, a vida é relacional e, por consequência, o trabalho também. Mas, especificamente no trabalho em saúde, adicionaremos uma complexidade interessante: o cuidado produzido neste campo só será possível em sua potência a partir das relações entre pessoa usuária-profissional da saúde. E não qualquer relação, mas aquelas que são interseçoras (MERHY & FRANCO, 2003). É nessa aposta que Emerson Merhy e Túlio Franco constroem estudos-experimentações fundamentais para uma outra compreensão do trabalho em saúde, uma saída alternativa aos modelos biomédicos instituídos nesse campo. E ao fazer isso, eles criaram uma linha de fuga. Eles deram nome ao que eu sempre acreditei mas nunca soube definir tão bem.

Ambos os pesquisadores acreditam que o vínculo e mais propriamente as chamadas relações interseçoras se configuram como tecnologias leves essenciais para produção de cuidado, elemento essencial para a promoção de saúde. Assim, sua teoria propõe que, em toda

atuação na saúde, o(a) trabalhador(a) opera um núcleo tecnológico composto de Trabalho Vivo (TV), relativo às tecnologias leves, e Trabalho Morto (TM), associado às tecnologias duras, no qual o último geralmente detém a hegemonia. Com a intenção de mergulhar nessa proposta, analisaremos aqui as particularidades desses dois núcleos tecnológicos.

Presencia-se hoje em dia inquestionáveis avanços técnicos na medicina e no campo da saúde como um todo, tanto no que se refere aos conhecimentos produzidos, quanto às soluções para os problemas de saúde das pessoas. Um ótimo exemplo é a velocidade com que conseguimos produzir a vacina contra o Coronavírus ou as tecnologias de cuidado a distância que oferecem a diferentes pacientes a possibilidade de melhor assistência.

Nesse sentido, pensar tecnologias em saúde é, na maioria dos casos, pensar em um conjunto de ferramentas-máquinas (MERHY, 2004) que auxiliam na promoção de saúde. No entanto, outras dimensões podem coexistir nessa mesma palavra; dimensões essas que trazem à tona elementos na maioria das vezes negligenciados quando se pensa em trabalho na saúde.

Faça um exercício comigo: pense em 3 tecnologias em saúde. Talvez você tenha pensado em prontuários, exames de sangue, medicamentos e vacinas. Ou talvez você já tenha sido sagaz e percebido o que está por trás dessa atividade. Essas ferramentas mais comumente associadas ao imaginário de tecnologia são denominadas tecnologias duras pois se referem aos recursos materiais e aos instrumentos que estão prontos para serem utilizados (MERHY & FRANCO, 2003). Seu nome advém justamente do fato de que elas já estão estruturadas, prontas e sobre si já haver um trabalho a priori realizado, trabalho esse que não foi construído em ato, no momento do atendimento, por exemplo.

Por outro lado, existem também tecnologias que se referem aos diferentes saberes mobilizados quando se atua em campo. Isso porque, para além dos instrumentos comuns no mundo da saúde, conhecimentos teóricos também se fazem essenciais para cuidar. Essa dimensão de tecnologias é chamada de leve-dura. Seu aspecto leve é devido ao fato de que o conhecimento adquirido por aquela pessoa transborda para sua atuação no mundo do trabalho em saúde. Conhecimento que também é sensível, também nasce do encontro, mas ainda sim é duro, posto que se refere a um saber-fazer estruturado, muitas vezes normatizado, organizado e sem brechas para a co-criação (MERHY, 2004). É sobretudo o aprendizado pela apreensão, muito comum nas Universidades, escolas e cursos.

No próprio dispositivo tele-cuidado conseguimos observar tais núcleos tecnológicos também. Como tecnologias duras tínhamos nossos telefones, o aplicativo do *WhatsApp* e um formulário com perguntas estruturadas que servia de roteiro para o monitoramento. Na



dimensão leve-dura eu tinha comigo sobretudo meus conhecimentos psis, os diferentes conceitos e teorias que aprendi durante a graduação em Psicologia na UFRJ.

Mas não só isso. Também carrego comigo tudo que aprendi sobre ser mulher carioca, nascida e criada em diferentes áreas da cidade, mas sempre com medo. Medo esse que foi aprendido também. Todos os aprendizados por ter estudado mais de 11 anos em uma escola pública onde vivi 3 diferentes greves e racionamento de livros. Tudo que aprendi – ou não aprendi – compõem a tecnologia leve-dura.

É interessante pensar como achei por tanto tempo que tais tecnologias seriam minha arma e armadura em toda e qualquer atuação enquanto psicóloga. Mas a prática, o encontro, esses sempre se dobraram sobre mim, me expondo a uma tecnologia muito mais sutil, leve e ainda sim com tanto poder de impacto e transformação como qualquer outra.

Perguntei para ela como estão as coisas em casa, visto que muitos perderam o emprego durante a pandemia. Ela me responde que está desempregada, vivendo basicamente de auxílio emergencial.

*— Comida se dá um jeito, sabe? Faço uns bicos e consigo um dinheirinho às vezes, 30 reais, mas tá difícil viu? Tá bem difícil viver com esse auxílio que não é nada...*

Não lembro o que disse em seguida, mas sempre fico sem jeito nessas situações. Como se produz cuidado em situações de vulnerabilidade social? A pessoa está vivendo com 150 reais! E o Complexo de Édipo? Existe resposta certa? Isso não é histeria, não é paranoia, não é depressão... Me ensinaram o que fazer nessas situações? Isso é algo que se ensina? Anti Édipo e Interpretação dos Sonhos não me acompanham nesses momentos. Mas o encontro sim.

Diário cartográfico, vinte sete de junho de 2021

Ao ler esse relato começa-se a perceber que as tecnologias duras e leve-duras não bastavam no tele-cuidado. Não eram minha arma e armadura. Ou talvez fossem e justamente por isso não eram o suficiente. Eu precisava abandonar a arma, soltar o peso da armadura e ouvir com mais leveza no corpo o que estava sendo dito. É como se o dispositivo quisesse fazer vazar algo mais potente mesmo via telefone. Era uma ligação, não só um telefonema. Precisávamos ir além. Nesse sentido, falemos agora das tecnologias leves, foco desse estudo e crucial para todo e qualquer trabalho em saúde.

Ao lançar-se sobre as atuações na área da saúde, observa-se que qualquer abordagem de um profissional junto a uma pessoa usuária produz-se através de um trabalho vivo em ato, isto é, em um processo de relações que se estabelecem naquele dado momento e não estão previstas

anteriormente. O que ocorre então é um encontro entre duas pessoas que, como já investigado anteriormente, acabam por atuar uma sobre a outra, operando um jogo de expectativas e produções, criando-se subjetivamente mundos possíveis. Esse encontro pode assim gerar:

momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 2004, p. 4).

Desse modo, segundo o autor, será primordialmente o uso adequado da relação entre os três tipos tecnológicos que se poderá produzir qualidade no sistema de saúde, sendo essa expressa em termos de: maior defesa possível da vida da pessoa usuária, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam maior autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

No entanto, a tecnologia mais negligenciada nesta equação segue sendo a tecnologia das relações, as leves, correspondentes ao trabalho vivo. Isso pois o modelo médico hegemônico não só favorece e estimula a utilização dos recursos materiais, como também enxerga o ser humano como um homem-máquina biológico. Assim, a cura de uma doença ou da parte afetada é foco e a voz do médico se não for a única, é vista como a de maior relevância na situação.

Nessa configuração em que o foco está no trabalho morto, a saúde é considerada uma mercadoria e o paciente um cliente que compra esse bem. Muito parece ser desconsiderado por essa ótica. Tal lógica não enxerga que o trabalho em saúde sempre ocorre a partir de uma relação, um encontro, não havendo a possibilidade de um único ator (no caso, o médico) ser o detentor da produção de saúde, ou de instrumentos por si só darem conta da complexidade que é o cuidado.

Contudo, já sabemos que também não será toda e qualquer relação que produzirá bons encontros ou cuidado. Chamam de relações interseçoras os encontros que se opõem às relações burocráticas e sumárias. A nomenclatura intersecção diz respeito à noção de encontro que não se reduz a um somatório de uma pessoa com outra, gerando um produto para os dois ao fim dessa interação, mas o estabelecimento e co-criação de um espaço intercessor por elas. O conceito criado pelo filósofo Deleuze no livro *Conversações* exprime justamente como ele e seu amigo Guattari não escreveram a 4 mãos uma mesma obra, mas escrevem como sujeito-coletivo que se formou nesse encontro entre os dois.

Quando uma pessoa compra um produto, por exemplo, uma nova mesa, ela não irá estabelecer nenhuma relação intercessora com o trabalhador que a construiu, mas sim com o

bem material que adquiriu, criando uma certa “intersecção objetual”. No entanto, quando o campo em questão são os serviços de saúde há aí um interessamento; uma interseção entre dois ou mais atores (usuários e profissionais de saúde, usuários e outros usuários etc.) ocorrerá de maneira que esse vínculo se configura como primordial para produção de cuidado e promoção de saúde ao abrir um campo de afecções e permitir outros possíveis. Por isso Merhy (2004, p. 11) afirma que "em saúde, antes de tudo, se produz bens relações", destacando a dimensão essencial que se produz no encontro com o outro.

Vale mencionar, no entanto, que tal qual a “autonomia”, nunca somos totalmente interseçores, nem totalmente abjetos ou objetual (totalmente passivo e/ou frio). Esses processos de afecção sempre ocorrem; ora em maior, ora em menor grau. Essa abertura ao outro quase sempre ocorre.

Thiago Melício me perguntou um dia: será que mesmo o médico mais biomédico passa totalmente ‘ileso’ ao encontro com outrem? Eu não sei responder. Contudo, o que buscamos é AMPLIAR as possibilidades de afecções, de encontro. Buscamos dilatar o campo sensível. Afinal, de um jeito ou de outro, amplo ou mínimo, o campo do sensível e das afecções sempre rolarão. O ponto é que o modelo biomédico, o neoliberalismo, a polarização social vão mortificando a nossa capacidade de estar “aberto ao outro e à diferença”.

A importância de compreender tais relações está assim na possibilidade de a partir delas ampliar as possibilidades de bons encontros. A interseção será o vetor na geração de maior autonomia de vida do usuário ao aumentar sua potência de agir no mundo. A partir dessa relação compreendemos em totalidade as necessidades da pessoa usuária e conseguimos resolver mais rapidamente suas questões e problemas de saúde pois nos propomos a uma co-construção do seu projeto terapêutico.

Além disso, é inclusive a partir dessas tecnologias leves que se conseguirá atingir a hegemonia do trabalho vivo (TV) sobre o morto. O primeiro, como já explicado, se refere ao trabalho em ato, enquanto o trabalho morto se refere aos instrumentos, campo das tecnologias duras e leve-duras, sendo os dois importantes para o trabalho em saúde (MERHY & FRANCO, 2003). O encontro entre esses dois trabalhos reflete uma correlação existente entre eles no núcleo tecnológico do cuidado cujo nome é Composição Técnica do Trabalho (CTT) (*ibid.*, 2003). Entretanto, somente quando há a predominância do TV "haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves." (*ibid.*, 2003, p.7), além do reconhecimento de que a produção de saúde se dá por implicações mútuas entre profissional e usuário.

Tendo isso em vista, o dispositivo tele-cuidado tinha um desafio a ser enfrentado: o uso da tecnologia das relações à distância. Se a relação interseçora é a chave para um trabalho mais

vivo, como a fazer brotar por telefonemas? O telefone é duro, previamente construído. A gente não podia olhar no olho, ler nas entrelinhas do corpo o afeto. A gente estava limitado a uma tela. Mas... será que de fato estávamos limitados? Que cuidar é esse que fizemos nascer no asfalto? No telefone-ligação tínhamos a fala, o tom de voz e as palavras. No telefone-ligação ainda tínhamos encontro.

— *Imagino que esteja difícil mesmo, como a senhora tem se sentido com tudo isso?*

Perguntei em seguida.

— *Ah eu já tive depressão, sabe? Fui até acompanhada na psicóloga da Clínica por um tempo. Mas quando estou mal dou logo um jeito de passar, converso com alguém, arrumo uma coisa pra fazer. Não posso ficar doente não, nem quero... Então não tenho mais isso não.*

Ouvi atenta suas palavras que soavam como uma demonstração de força imensa. A produção de vida. Sorri. Acolhi o resto da conversa que acabou seguindo um caminho inesperado. Ela me contou das suas estratégias de saúde, como ela “dá um jeito”. O jeitinho brasileiro. Me despedi e ela agradeceu a ligação: a fiz lembrar de algo esquecido nas brechas dos obstáculos de sua vida; a sua própria força.

Nesses minutos que trocamos percebi então que me sentia mais viva. Um cantinho do meu peito sorria esperançoso. A vida daquela senhora era a prova viva de uma bela resistência às práticas do governo homicida.

Viva eu,  
Viva ela  
Vivo o trabalho  
Trabalho vivo  
Encontro de vidas

Diário cartográfico, vinte sete de junho de 2021

## II ENCONTRANDO O CUIDAR

### **Ou o cuidado que brota a partir do encontro com outrem**

Minha mãe sempre disse que eu evito compartilhar quando estou com dor. É que, cá entre nós, eu não gosto de hospital. Também não gosto de preocupar ninguém. Mas eu aprendi desde muito cedo o desconforto da sala gelada dos hospitais, dos instrumentos médicos, do toque. Tudo é muito frio. Até o dia que fui ao trabalho da minha mãe. Hospital Geral de Bonsucesso, Oncologia. A minha mãe nunca parou na sala dela. Ela pegava cafezinho pra senhora idosa na sala de repouso, recepcionava quem chegava com dúvidas, levava bolo, animava o ambiente e deixava tudo um pouco mais quente. Minha mãe é Assistente Social. É recreadora de festa na Oncologia. Referência em garantir direitos básicos e, sem modéstias, a melhor ouvinte daquele corredor. Acho que nesse dia descobri que não é no hospital que se produz cuidado. É num lugar mais intangível, sensível e potente. É nas relações. Nesse dia eu passei a acreditar em outra prática de cuidado.

Diário Cartográfico, vinte quatro de julho de 2021

Minha mãe foi quem representou pra mim desde muito cedo que tipo de prática de cuidado iria me inspirar anos depois. Apesar de não gostar de idas ao hospital, sempre gostei de ir ao HGB<sup>10</sup> onde ela trabalhou por mais de 10 anos. Lembro que tinha que acordar muito cedo para acompanhá-la. Lembro que ela escutava músicas que a acalmasse antes de começar o trabalho. E lembro de como ela reinventava os instrumentos à sua disposição. O formulário que deveria ser preenchido com dados de cada usuário se tornava um dispositivo de escuta que ia muito além de informações sociodemográficas. Ela podia só perguntar o que estava escrito no formulário. Ela sempre pôde e mesmo assim nunca o fez. Ela criava outras perguntas no encontro, perguntas não dadas a priori. E escutava como Assistente Social, mas também como Giane. E nesse momento algo de outra ordem, de outra dimensão, brotava como flor.

Voltemos então à fala de Emerson Merhy: "A prática do cuidado é uma prática de encontro de potentes redes vivas". Aqui acreditamos que não existe cuidado sem encontro. Sem relações interseçoras, sem trabalho vivo em ato. Aqui navegamos contra os modelos de cuidado centralizados na figura do médico. Nas lógicas de cuidado que vêem a vida e sua produção como apenas um corpo biológico doente. Que desconsideram a pessoa usuária e seus saberes, sua própria produção de cuidado e existência. Que aprisionam o cuidar em medicamentos e instrumentos frios, duros e mortos.

---

<sup>10</sup> Hospital Geral de Bonsucesso, situado na cidade do Rio de Janeiro.

Portanto, proponho que antes de saltarmos para a prática de cuidado que se acredita na presente pesquisa, mergulhemos primeiro naquilo que colocamos em análise, no que gostaríamos de mudar, de quebrar: o frio do modelo biomédico.

## II.1

### **Governos sobre a vida: biopolítica e o modelo biomédico**

Um dos fenômenos fundamentais do século XIX é o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma estatização do biológico ou, pelo menos, uma certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico (FOUCAULT, 1999, p.285-286).

"A vida como objeto de investimento", afirma Despoli (2014, p.59) em uma frase curta e direta que contém muito do que Foucault nos anos de 1970 dizia sobre biopolítica. O conceito que ainda hoje aparece em uma série de artigos científicos, começa a ser formulado pelo filósofo na Conferência "O nascimento da medicina social", quando mostrou a outra face do capitalismo e de sua manifestação de poder ao afirmar que "A medicina é uma estratégia biopolítica" (FOUCAULT, 2001, p.80). E é exatamente nesse sentido que se faz fundamental abordar essa construção teórica possível de ser encontrada nos alicerces da lógica do trabalho em saúde até os dias atuais.

Visto como uma arte de governar cuja vida é o foco, Foucault (2001), a partir de seus estudos, jogou um holofote sobre o que Bruno Latour<sup>11</sup> (2016) chamou atenção tempos depois: as ciências não são autônomas ou neutras, mas sobretudo *interessadas*. Desse modo, é importante ter em mente que política e saúde são campos atravessados e co-construtores um do outro.

Visando a regulamentação dos corpos, o Estado opera a chamada biopolítica a fim de estabelecer um controle não apenas mais sobre os corpos individuais, mas sobre os fenômenos coletivos. Passa-se então a buscar atuar na produção de uma população saudável, utilizando estratégias e mecanismos que tentam otimizar um estado de vida para aumentar a força útil dos corpos. Tendo isso em vista, é possível entender que:

---

<sup>11</sup> Encontra-se mais informações sobre sua teoria em: LATOUR, Bruno; **Cogitamus: seis cartas sobre as humanidades científicas**. 1.ed. Tradução: DIAS, Jamille Pinheiro. São Paulo: 34, 2016. 213p.

Esta nova tecnologia de poder, a biopolítica, leva em conta a vida e os processos biológicos do homem enquanto espécie. Assim, todos estes processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, taxas de fecundidade da população, longevidade, taxas de reprodução, a partir da segunda metade do século XVIII, passaram a constituir os primeiros objetos de saber e alvo do controle da biopolítica. (FURTADO & SZAPIRO, 2012, p. 814).

A vida, mais especificamente seu aspecto biológico, torna-se assim o centro das atenções e das ações políticas, levando a inversão do sentido presente no poder soberano de "fazer morrer ou deixar viver", para um "fazer viver ou deixar morrer".

Nesse contexto, o Estado passa a intervir na população através de políticas de atenção à saúde com a saúde e a medicina começa a ter uma nova função: higiene pública. Tal prática médica se configura em ações pautadas em campanhas de aprendizado da higiene e de medicalização da população, colocando a medicina em um lugar privilegiado, visto que essa disciplina pode ser considerada uma técnica política de intervenção e, ao mesmo tempo, construção de saber e exercício de poder. Assim, ela tem a capacidade de produzir, simultaneamente, efeitos disciplinares e regulamentadores, pois se dirige tanto aos corpos individuais, aos organismos, quanto aos processos biológicos que incidem sobre a população de uma maneira global (RIBEIRO & FERLA, 2016).

Em vista disso, o discurso sanitário se utiliza da promoção da saúde como uma forma de regulação dos corpos através de uma inflexão crescente sobre a responsabilidade de cada indivíduo na administração de seus próprios riscos (FURTADO & SZAPIRO, 2012). Ademais, se perpetuam ainda hoje práticas na saúde marcadas por um caráter privatista, de cunho individual e curativista, resquícios de uma tecnologia de poder que se inaugurou há muitos anos e se atualiza em diferentes formatos na contemporaneidade. Essas são cobertas, assim, por um discurso biomédico hegemônico que se diz a favor da vida, mas deslocadas das intensidades do viver, em um certo esforço de superação e de negação da morte (MERHY et al., 2019).

A biopolítica atual segue então retirando o estatuto simbólico da morte, reduzindo a vida ao seu mínimo biológico e se exercendo através de dispositivos de controle, de prevenção e de uma suposta promoção de saúde. Como afirma Feuerwerker (2014, p. 28): "o corpo biológico tornou-se o campo no qual é possível explicar a ocorrência do normal e do patológico em qualquer circunstância.". Assim, o trabalho do médico e os saberes mobilizados em campo passaram a ser compreendidos como verdades, deslegitimando todos os outros saberes e práticas em saúde e cuidado.

É diante desse cenário que hoje se manifesta fortemente nos serviços de saúde o chamado modelo biomédico. Incentivado por uma sociedade capitalista e neoliberal, essa ideologia foi

reconhecida e incorporada devido seus aparentes benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade. Além de figurar como expoente máximo da aplicação da nova racionalidade que serviria de guia para a sociedade moderna: o modelo biomédico é a expressão concreta de como a ciência pode incidir sobre os corpos e sobre a sociedade.

Sua emergência é frequentemente associada à publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América (EUA), que criticava a situação das escolas médicas nos EUA e Canadá, propondo uma ruptura com a ciência de base metafísica para valorização do paradigma cartesiano (FERTONANI et al., 2015). E, de fato, o saber médico, mesmo estando colado a estratégias de disciplinarização da vida, é capaz de produzir resultados positivos. Há inúmeros quadros de problemas de saúde que respondem bem a tais intervenções (MERHY & FEUERWERKER, 2016).

No entanto, tal lógica apresenta uma série de limitantes na atenção à saúde das pessoas, destacando-se o foco no indivíduo sem considerar seu contexto e cultura, intervenções no corpo apenas na parte afetada ou "não funcionante", ênfase nas ações curativas, medicalização e uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material (PAIM, 2009). Nesse sentido, há no modelo biomédico uma incompreensão sobre a multidimensionalidade do ser humano e um estímulo a uma vida saudável reduzida às noções de saúde da prática médica. A extrema objetivação, fragmentação e a focalização da ação sobre o corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida (MERHY & FEUERWERKER, 2016).

Tais características abrem terreno para as diferentes “especializações” e seus especialistas. Ou seja, as relações de poder esquadriham a vida e, com isso, se exercem com mais força. Assim, por um lado, temos a biopolítica normatizando vidas e criando um senso do que seria saudável para humanidade enquanto espécie e do que seria funcional para uma sociedade; por outro, o corpo vai se mutilando e sendo vigiado em partes.

Desse modo não há redes intensivas de vida, pelo contrário, há mortificações das existências, afinal, não há interesse nenhum na diversidade, na multiplicidade. O interesse é todo no generalizável, é todo nas partes em separado e nos seus funcionamentos. Imaginemos então o que isso significa para o que chamamos de “capacidade de afetar e ser afetado”? Bom, significa que o campo do sensível foi estatizado e medicalizado. Significa que não há mais brechas para o novo e para o complexo; somos constantemente reduzidos a fragmentos.

Assim, parece existir uma negligência crescente sobre ações de saúde que possuem em si a dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos tidos no campo da saúde, a



prática biomédica têm perdido potência e eficácia por não dar conta da complexidade de existências e produção de vida.

Ao voltar nossa atenção ao contexto brasileiro, deve-se considerar a historicidade e emergência do nosso sistema de saúde, entendendo a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus desafios ao longo do tempo. Durante todo século XX, as estratégias de saúde no Brasil foram organizadas por vias que constituíram mecanismos de biopolítica atuando na regulação dos corpos individuais e dos processos biológicos. Essas representaram boa parte das ações da saúde pública, caracterizada por práticas higienistas e campanhistas mais fortemente na época, a medicina previdenciária, a medicina do trabalho e a medicina liberal (PAIM, 2009).

A forma de construção da soberania do Estado brasileiro encontrou nessas vias um dispositivo biopolítica, difundido por meio de técnicas e procedimentos, saberes e práticas, que incidem sobre a vida da população, normalizando-a segundo padrões que interessam ao desenvolvimento econômico do país – o que só foi possível graças a hegemonia da racionalidade biomédica mercadológica, edificada sobre conhecimentos técnicos, científicos e especializados. (NESPOLI, 2014, p.75-76).

A introdução dessa governamentalidade levou a um aumento na expectativa de vida da população, tornando-a em certo sentido mais forte, saudável e, claro, produtiva. Afinal, como dito anteriormente, há sim a ocorrência de efeitos positivos no modelo biomédico. Todavia, como Foucault já expunha em suas obras, sobre todo exercício de poder há por outro lado resistências. Indo contra o controle da população e a maneira vertical, desigual e biologizante dos serviços de saúde, emergiu o movimento brasileiro de Reforma Sanitária que culminou na constituição do SUS em 1988.

Tendo como princípio norteador a saúde como um direito social de todo cidadão, procurando garantir sua universalização, uma das maiores redes de saúde pública do mundo segue tentando se manter na luta contra hegemônica, mesmo sobre diversos ataques políticos. Por vezes aparecendo na contrapartida de seus avanços, verifica-se a intensificação do modelo biomédico de cuidado e da medicalização da vida em toda a esfera social (NESPOLI, 2014), gerando trabalhos que desconsideram protagonismo e autonomia das pessoas usuárias e focados em resolver doenças ao invés de produzir cuidado.

## II.2

### Encontros cuidados e resistências

Então olhamos para o modelo biomédico e sabemos que noção sobre o cuidado não acreditamos, o entendimento que não iremos sustentar nesse estudo-experimentação. Poderia mergulhar então em teorias, livros e conceitos que oferecem diferentes propostas sobre o que é o cuidado e o que compõe essa prática que ultrapassa muito os muros da instituição hospitalar. Contudo, cairia ainda no mesmo erro: explicar o cuidado por uma ótica individualista, por uma essência universal inexistente.

Nesse sentido, abordar o que é o cuidado partirá menos de explicações generalistas e mais de uma proposta de produção singular. De que ponto de vista - ou vista do ponto - percebemos, sentimos e criamos o cuidar no território? Se é pelo encontro, pela tecnologia das relações, o cuidado só poderá ser explicado em termos do que se é produzido pela pessoa usuária e que afeta diferentes atores que se esbarram - ou que atendem a ligação. O cuidado é algo que se molda, inventa e recria-se todos os dias enquanto produzimos nossa própria existência (MOL, 2008).

Desse modo, se vislumbramos encontrar a pessoa usuária no centro da produção do cuidado, é estritamente necessário encontrá-la também como protagonista da produção do saber sobre esse cuidado (MOEBUS, MERHY & SILVA, 2016).

Se pretendemos dar alguma visibilidade às tecnologias leves em ação no cuidado, à micropolítica atuante no cuidado, precisamos então pensar a própria pesquisa, e seus pesquisadores, como ação micropolítica, e de tecnologia leve. Se pensamos em processos cuidadores singulares, então precisamos de processos pesquisadores singulares. Se pensamos em processos cuidadores mais horizontais, descentrados dos trabalhadores e das profissões, então precisamos de processos pesquisadores horizontais, descentrados dos pesquisadores e das teorias. Ou, mais que isso, se pensamos que todos são agenciadores do cuidado, todos são produtores de saberes e modos de cuidar, então todos são pesquisadores, produtores de saberes e modos de pesquisar (MOEBUS, MERHY & SILVA, 2016, p. 52).

Tendo isso em vista, o cuidado para nós é um saber produzido a partir da vida singular, do viver-experimentar de cada um (MERHY et al., 2019). A tecnologia de cuidado não pertence, assim, a um conhecimento específico, uma profissão ou um diploma. Não está colado a saberes estruturados, mesmo que esses por vezes ofereçam uma base de conhecimento legítimo. O cuidado em potência emerge no lugar do encontro, do acontecimento. Por causa dessa implicação com o outrem, o cuidado também não resulta num único vetor. O trabalhador

pode e será inúmeras vezes a pessoa cuidada. Digo-lhe com sinceridade: em minha existência até aqui como psicóloga fui bem mais cuidada que cuidadora.

Essa postura sobre o cuidar não é, no entanto, o modo como a maioria de nós, profissionais da saúde, aprendemos. Numa arrogância vestida de cientificidade, compreendemos desde cedo que somos detentores de verdades sobre o corpo e sofrimento de outros. O poder de um jaleco branco e de um diagnóstico correto nos cobre como viseiras<sup>12</sup> que nos fecham em encontros burocráticos, em relações vazias. E os efeitos desse instrumento de poder a Experiência de Milgram<sup>13</sup> já nos informou há anos: obedecemos mesmo quando machuca - quando não resistimos. Tal resistência e jogo de poder coexistem na atuação em saúde.

Assim, o trabalho em saúde e os encontros que dele nascem são marcados por várias possibilidades de conflitos e confrontos. Seja na própria definição e reconhecimento da legitimidade do que é apresentado como um problema ou necessidade de saúde, seja no que é tido como sofrimento e doença. O olhar do trabalhador em saúde pretende definir tecnicamente e cientificamente o que é doença, as queixas de fato legítimas e os modos de enfrentá-las. Os sofrimentos referidos pelas pessoas usuárias são, então, julgados e catalogados como ‘verdadeiros’ ou não, adequados ou não ao tipo de serviço que se oferece na atenção básica, por exemplo (MERHY et al., 2019).

No dispositivo tele-cuidado não foi diferente por um tempo. Principalmente com a entrada de estudantes de medicina do terceiro período no Projeto de Extensão que tinha apenas estudantes de psicologia até então. Por vezes caímos na armadura científica, como se os telefonemas oferecessem um mistério diagnóstico a ser desvendado, uma extensão da disciplina que eles tinham. A vontade de colocar em prática saberes aprendidos nas aulas de graduação parecia surgir com mais força do que o desejo de escutar. Seguir o formulário e roteiro proposto

---

<sup>12</sup> O uso de viseiras faz referência ao conceito de coeficiente de transversalidade trabalhado por Guattari em seu livro, *Revolução Molecular*. “Ponham-se num campo fechado cavalos com viseiras ajustáveis e digamos que o “coeficiente de transversalidade” vai ser justamente esse ajuste das viseiras. [...] À medida que formos abrindo as viseiras, podemos imaginar que a circulação vá se tornando mais harmoniosa. [...] Num hospital, “o coeficiente de transversalidade” é o grau de cegueira de cada membro do corpo dos funcionários (GUATTARI, 2004 [1964], p.110).

<sup>13</sup> O experimento de Stanley Milgram realizado originalmente em 1961, na Universidade de Yale, consistiu em levar sujeitos experimentais a aplicar (falsos) choques elétricos gradativos até o limite de 450 volts em supostos aprendizes inocentes, sob a falsa alegação de se verificar o efeito da punição sobre a aprendizagem. Cerca de vinte experimentos foram realizados envolvendo centenas de indivíduos, pessoas comuns, presumivelmente afeitas aos valores ocidentais e sensíveis à causa científica. Tais indivíduos, de forma consistente, demonstraram um alto índice de submissão à autoridade do pesquisador ao obedecerem à ordem de provocar choques elétricos, com a voltagem máxima, em indivíduos (DAHIA, 2015).

pelo telemonitoramento era mais seguro, confortável e era o certo. Não era? Deveríamos seguir o formulário à risca. Mas... deveríamos mesmo? Nessas horas lembrava da minha mãe, de como ela furava o instituído sem nem saber.

Vestidos de tecnologias duras, erramos muito no caminho para o tele-cuidado. Fomos inúmeras vezes - mesmo sem querer - mais trabalho morto do que vivo. E admitir isso na pesquisa em que defendo outra atuação é difícil, mas necessário. Por vezes o dispositivo tele-cuidado era só telemonitoramento. Os telefonemas-ligações, apenas telefonemas. Só o efeito pororoca do trabalho<sup>14</sup> conseguiu desfazer essa armadura. Furou, abriu e permitiu que pessoas conversassem. Trocassem. Permitiu uma certa fluidez, certa liberdade. Permitiu uma ligação.

Nomes estranhos  
“sua paciente”  
“casos clínicos”  
sarna? psoríase? ansiedade?  
chutaram

Discutimos no telemonitoramento doenças, pouco falamos de vida hoje. Às vezes me sinto perdida em uma aula de medicina. A presença da Tatiana, o ser não-médico, produz então diferença, fura o muro.

Mas eu sinto uma outra diferença. Os futuros médicos não estão fechados no formulário proposto pelo telemonitoramento! Como eu não tinha visto isso até agora? Eles fazem outras perguntas, novas perguntas, projetam fugas. Saem do prescrito, do duro e se abrem a algo mais potente: o encontro com o outro.

A. está acolhendo uma mãe que sofria violência doméstica, veio para o Rio sem os filhos e agora está sem seu benefício, sua única fonte de renda. A. acolhe. Esqueceu os sintomas, entendeu algo para além do CID. Ag. conversa com um casal e dispara a importância de ir para a Clínica de maneira sensível, entendendo a necessidade do homem com quem conversara, entendendo que ele não gosta de ficar esperando na fila. Ag. acolhe. Foi lindo, tem sido lindo.

É uma mudança sutil, um mudançar que vai acontecendo aos pouquinhos. Cagamos um pouco pro diagnóstico, para o formulário, para o que parece ser a resposta certa. Escutamos. Da psoríase ou sarna para a legitimação do sofrimento do outro. Para o entendimento de sua visão e produção de vida. De uma perspectiva de quem produz e outro que consome, para um encontro.

Abre-se a viseira.  
o ângulo do olhar se amplia  
o cuidado,  
a clínica,  
o encontro  
e o coração se abrem.

---

<sup>14</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=JpsmUfc7Lgc>

O cuidado começa assim a se descentrar, se constituir de outro modo. Se descentra do estudante de medicina ou psicologia. Se descentra do saber estruturado. Todos podem acolher, escutar, interessar-se e contribuir para a construção de relações de confiança e conforto, inclusive os usuários. E como cada um faz esse movimento de uma determinada vista do ponto, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências e experimentações concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de produção de cuidado (MERHY & FEUERWERKER, 2016).

Decido então aqui balançar um pouco mais essa pesquisa. Como disse, não iremos partir de conceitos prontos sobre o que é cuidado. Mas sinto que devo caminhar com vocês pelas quatro paisagens principais que compõem o cuidado que brotou do dispositivo tele-cuidado.

Paisagem 1. O cuidado é vivo, pois “ser vivo é participar” (KRENAK, 2021). E quando a gente participa, a gente se envolve, a gente é coletivo, ainda que singular. A gente se permite fazer parte, uma parte que perde suas limitações, se dobra, entrelaça, ainda que seja um todo. A prática do cuidado está assim incorporada a nossa produção de vida e se constitui a partir da própria experimentação da vida; vida que acontece em ato, que nasce do encontro. Vida que nunca é prevista, não pode ser construída a priori. O cuidado é vivo pois ele é participativo, é ativo, constrói relações.

Paisagem 2. O cuidado é um entrelaçamento. Produzir cuidado no trabalho em saúde só é possível através da construção de processos relacionais entre diferentes atores: entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e pessoas usuárias, pessoas usuárias e outros usuários. O cuidado produzido implica tecnologias duras e leve-duras assim como tecnologias leves. O entrelaçamento das tecnologias e das relações faz do cuidado uma produção entrelaçadora. Um encontro entrelaçado. Vidas e mundos entrelaçados que se modificam e fazem emergir outras vidas, outras possibilidades de mundo. O espaço intercessor do encontro entre trabalhador e pessoa usuária vai ser um espaço de entrelaçamentos, onde um intervém sobre o outro. E apesar de haver “muito medo dessa teia de vidas entrelaçadas, há também amor. É o amor que move e cura.” (KRENAK, 2021, s/p.).

Paisagem 3. O cuidado pertence a todos. Ele pertence ao mundo da experiência de todos, não é nem exclusivo da saúde ou dos hospitais. Não é exclusivo de profissões ou saberes técnicos. Família, amigos e até você mesmo se cuida. Portanto, “o cuidado agencia a conversa

e os encontros a partir do trabalho vivo em ato, favorecendo a articulação de saberes que pertencem à molecularidade do mundo da vida” (MERHY et al. 2019, p. 78). Ele vai além do prescrito, do imaginário médico ou de instrumentos. Muito além de formulários. Ele nasce de cada um de nós em direção ao outrem.

Paisagem 4. O cuidado é re-existência. É reinventar modos de existir mais leves e lutar pela vida, pelo prazer de viver. Resiste-se ao asfalto, a COVID-19, ao Jair Bolsonaro e suas ideias. Resiste-se ao simplesmente existir. Porque existir no Grotão é incomodar atores específicos do governo necropolítico que habitamos. Ao superar os obstáculos da vulnerabilidade social, ao dar um “jeitinho” para continuar vivendo, isso é produzir mais vida na vida vivida. Resiste-se, existe-se... resistem para existir. Resistem a medicalização da vida e ao modelo biomédico. Resistem à morte. Cuidar do Grotão e cuidar no Grotão é re-existência em ato.

E se passeamos por/em paisagens, acho justo expor também a sutileza e leveza de algumas produções de cuidado. Por isso deixo aqui as palavras e fragmentos de cuidado vivenciadas no tele-cuidado. Todos os versos que estiverem em itálico são falas de pessoas usuárias para mim via telefonemas-ligações. E todas as falas foram mapeadas com cuidado, afinal, foi isso que produziram em mim.

*Muito obrigada por ligar.*

*É bom ouvir uma voz.*

*Me sinto menos sozinha.*

*Obrigado por se importar.*

*Aí menina, você não sabe o que aconteceu... (conversa seguiu livremente na ligação)*

*Vou tomar a vacina amanhã, brigado!*

♥ (coração no WhatsApp)

Conversas longas e espontâneas

Risadas

Sorriso

Choro, deixo ir.

*Choro como nunca chorei com nenhum médico.*

*Vai dar tudo certo. Eu sei que vai.*

*Já já todos estão vacinados, né? Que benção.*

*Ai, Graças a Deus!*

*Sempre dou um jeitinho.*

*Consegui o laudo que precisava!*

*Obrigada Clara, tô mais aliviada de falar com você.*

*Tô até feliz agora.*

*Maria Clara, que nome lindo!*

*Não tomo mais aquele remédio não, fez um mal danado.*

*Resistimos.*

Coração mais leve.

E segui leve,

mesmo quando a vida não era.

### Diário Cartográfico, fragmentos

Partimos então de um cuidado situado, produzido a partir de encontros que se dão como acontecimentos. Um cuidado que foi possível mesmo a distância, a partir do uso de telefones e telas que permitiram que uma relação emergisse. Acompanhados de algumas tecnologias duras (roteiro, formulário, planilhas, telefone), outras leve-duras (saberes psis e médicos), mas sobretudo leves, percebeu-se em dado momento que as TICs não eram o meio para a produção de cuidado em tempos pandêmicos, assim como não formavam barreiras para tal produção.

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) configuraram o meio para que o encontro fosse possível na situação que nos encontrávamos; o telefone era só mais uma ferramenta em nossa caixa. As relações interseçoras, aquelas que permitem o real entendimento das necessidades do outrem, o acolhimento e a escuta ampliada, essas sim produzem cuidado e promovem saúde.

Esse entendimento é crucial para que consigamos continuar nossa caminhada pela pesquisa. Nosso argumento é que as telas em si não impediram os bons encontros, não foram obstáculos para que relações de cuidado emergissem. Existiram certamente efeitos próprios da distância dos corpos e do contato virtual; o tele-cuidado fez brotar afetos específicos pelo seu caráter “tele” que serão explorados em breve no presente estudo. Contudo, o tele-cuidado enquanto dispositivo permitiu a co-construção de um plano de cuidados. Cuidados vivos, entrelaçados, coletivos e resistentes.

Tendo entendido nossos suleadores principais - o encontro e o cuidado - proponho que continuemos seguindo pelas linhas dessa pesquisa. O tele-cuidado faz parte de uma estratégia maior, como dito na introdução. Está situado dentro da Clínica da Família, da Atenção Básica e do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Trazer esse contexto para a pesquisa se faz

necessário para um entendimento mais profundo sobre as complexidades e resistências que esses cuidados, esses encontros e o tele-cuidado representam para o Brasil.



### III ENCONTRANDO A ATENÇÃO BÁSICA

#### Clínica da Família, clínicas que re-existem

É um tanto frustrante  
Mas resistimos  
No outro dia a gente se levanta  
Liga  
É difícil lutar pela sobrevivência.  
Queria lutar pela vida.

Diário Cartográfico, dois de setembro de 2021

Decido começar esse capítulo com o relato de um dia cansativo. Consigo sentir o peso das minhas palavras nos meus ombros ainda hoje, quase 1 ano depois que as escrevi. Muitos novos nomes tinham entrado na lista de pessoas que deveríamos telefonar para e nos sentíamos reféns de um cenário caótico que a pandemia nos impunha.

Nossa atuação se restringia a um campo de possibilidades: éramos a pequena flor no asfalto resistindo e, em muitos casos, éramos só isso. Só a florzinha que resiste ao Coronavírus, ao governo, à morte. Por vezes senti que lutamos pela sobrevivência, não pela vida em si. Sobreviver já demandava muitos esforços, imagina viver. Acho que o que não percebi por um tempo foi a produção de vida que até mesmo sobreviver envolve, o quanto de luta tem a vida, o quanto a vida luta.

Para mim esse relato consegue ainda ir além do tele-cuidado enquanto projeto, ele demonstra um caráter central do trabalho em saúde pública: a resistência. Resistir para produzir mais vida na vida vivida, pegando emprestado as palavras de Merhy. Dedico assim esse capítulo ao espaço que fez o tele-cuidado ser possível: a Clínica da Família Felipe Cardoso, ao Sistema Único de Saúde. O SUS, enquanto território e dispositivo, luta, garante e produz vida. O SUS nasce da re-existência.

Trazer a saúde pública como linha-encontro dessa pesquisa se faz necessário não somente por se tratar do corpo do tele-cuidado, as margens que deram vida a esse dispositivo, mas sobretudo porque aqui agimos em sua defesa. Como afirmado anteriormente, muitos obstáculos emergem no caminho para a existência concreta do SUS. Desde a verba destinada

para ele que a cada ano parece diminuir<sup>15</sup>, até a sobrecarga de trabalho e agires biomédicos que rondam a atuação de diferentes profissionais. Então, sem mais, precisamos defender o que nos defende. Olhar para os desafios à frente não é, no entanto, desconsiderar as potencialidades que existem ou o que um sistema de saúde pública representa; mas sobretudo entender o que deve se vencer para maior produção de saúde.

### III.1

#### **Sistema Único de Saúde: desafios sobre o instituído, luta pelo instituinte**

Eram tempos difíceis. Não como esse da pandemia do COVID-19 em 2020; mesmo que com algumas semelhanças governamentais. Falamos aqui de 1970, quando a população brasileira passava ainda pelo regime autoritário civil-militar iniciado em 1964. Nessa época, presenciávamos ao mesmo tempo o agravamento das carências e vulnerabilidades sociais e o afrouxamento da ditadura.

O momento acabou por favorecer o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório e uma luta começou a nascer: o Movimento da Reforma Sanitária se forma e se torna fundamental e crucial para construção e existência do SUS, uma das maiores redes de saúde pública do mundo que atende cerca de 190 milhões de pessoas<sup>16</sup>.

Considerando que o direito à saúde era restrito às pessoas que (1) pagavam a previdência social - um seguro social meritocrático, -, (2) comprovavam situação de pobreza ou (3) possuíam capital suficiente, foi somente a partir da implementação desse Sistema que a saúde se tornou um direito de todos e dever do Estado, visando garantir assim a redução da desigualdade e a manutenção da equidade no Brasil (PAIM, 2009). Assim, reconhece-se nesse momento que existem diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, e considera-se que o direito à saúde passa sempre pelas diferenciações sociais e deve atender a multiplicidade.

É nesse sentido - e em diversos outros - que o SUS possui grande importância para a população brasileira. Consistindo em uma rede regionalizada e hierárquica<sup>17</sup>, o sistema

---

<sup>15</sup> A verba prevista para a Saúde em 2022 é a menor em 10 anos, o que afetou inclusive a compra de vacinas (NEXO, 2021).

<sup>16</sup> <https://www.politize.com.br/panorama-da-saude/>

<sup>17</sup> Tais características do SUS garantem a distribuição dos estabelecimentos de saúde em um dado território de maneira que haja o atendimento integral à população e evitando assim a fragmentação das ações em saúde (PAIM, 2009)

atualmente se orienta por um conjunto de políticas de saúde que se atravessam e induzem mudanças procurando resistir à força liberal da medicina, ao instituído, aos outros asfaltos.

Junto ao movimento da Reforma Sanitária na luta para construção desse Sistema, nasce o campo de saberes e práticas conhecido como Saúde Coletiva. Esse pode ser brevemente definido como "um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde" (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000, p.63) sendo assim um grande polo que se preocupa sobretudo com as relações entre a saúde e a sociedade dentro do campo acadêmico.

A Saúde Coletiva insurge então contra o modelo biomédico vigente na medida em que sua concepção "se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina" (BIRMAN, 2005, p.12).

Compreender a vida enquanto complexa e não como algo que pode ser reduzido é o oposto do que a anátomo-política e a biopolítica fazem. Compreender a vida como algo complexo é, assim, a resistência ao biopoder mencionado anteriormente. É o estatuto que permite que as redes vivas tenham passagem no cotidiano que se atualiza nas diferentes ações em saúde.

Pensando então uma clínica que considera as dimensões sociais, subjetivas, epidemiológicas, políticas e de gestão em saúde, seus pressupostos partem do entendimento de que a saúde possui uma historicidade e que o conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão de suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la (OSMO & SCHRAIBER, 2015). O fato de todo o processo social e da vida ser inerente ao processo de saúde-doença é então - e enfim - considerado. Essa transformação na perspectiva do trabalho em saúde está estritamente alinhada ao nosso entendimento de cuidado.

Vale ressaltar que havia ainda simultaneamente nesse cenário uma discussão internacional que favoreceu o fortalecimento, a luta e as teorias defendidas pela Saúde Coletiva.

Em 1977, ocorreu a 30ª. Assembleia Mundial de Saúde onde foi aprovada a resolução 30.43 que estabelecia como principal meta dos governos e da OMS nas décadas seguintes o alcance por parte de todos os povos do mundo de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 2011). Tal meta ficou conhecida como "Saúde para Todos nos anos 2000" e acabou por jogar um holofote no fato de que o modelo biomédico hegemônico além de reducionista, também é caro e permite pouco acesso por parte da população.

Poucos anos após a Assembleia, realizaram também em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, mais conhecida como Alma-Ata (ALMA-ATA, 1978). Essa possui suma importância, tendo em vista sua conquista sobre o compromisso firmado por parte dos políticos dos governos participantes da reunião no reconhecimento de que a saúde é um direito humano fundamental.

Ademais, a Alma-Ata fez com que a Atenção Primária da Saúde passasse a ser vista como a chave para que a meta de Saúde para Todos fosse atingida. Não sem razão, até hoje as bases fundamentais dessa estratégia inspiram reformas nos sistemas de saúde que buscam equidade no acesso e qualidade dos serviços, tal como inspiraram o SUS e a Estratégia de Saúde da Família.

Na mesma direção, um outro marco importante na resistência aos mecanismos do biopoder é a Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>18</sup>. Surgindo em 2003, seu objetivo consiste em efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias, genuínas e leves entre gestores, trabalhadores e usuários. A necessidade de tal política foi entendida quando se reconheceu a desumanização de certos modos de se conceber e organizar o trabalho em saúde.

A PNH aposta assim na transversalidade, na indissociabilidade entre atenção e gestão, e no protagonismo, corresponsabilização e autonomia dos usuários. Suas estratégias são voltadas para que os serviços sejam mais pautados no acolhimento, entendendo que o outro traz consigo legítimas necessidades de saúde, além de ser produtor de cuidado tanto quanto médicos e enfermeiros. Nesse sentido, cabe aos profissionais da saúde oferecendo-lhe uma escuta adequada, qualificada e empática.

Tal política traz assim muito do que foi discutido no capítulo sobre cuidado na presente pesquisa, colocando em evidência que a relação entre profissional de saúde e pessoa usuária irá produzir afetos distintos de acordo com a postura que perpetuamos. Tais efeitos desse encontro serão possivelmente produtores de cuidado e promotores de saúde.

Uma de suas maiores diretrizes é também o conceito de Clínica Ampliada e Compartilhada. Esse busca articular e incluir diferentes enfoques e disciplinas no trabalho em saúde a fim de obter uma visão mais ampla sobre as pessoas e suas produções de existência. Além disso, a Clínica Ampliada pretende estimular que os usuários sejam protagonistas, autônomos e construtores do seu próprio projeto terapêutico.

---

<sup>18</sup> <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humanizassus>

A ideia que estrutura tal diretriz se pauta pelo propósito de construir processos de saúde mais participativos, compartilhando saberes e poderes (BRASIL, 2009). Portanto, busca-se promover uma quebra com a lógica biomédica e relações burocráticas (MERHY & FRANCO, 2003) ao compreender de maneira profunda o processo de saúde-doença por propor a construção compartilhada de um plano terapêutico.

Todas essas políticas, estratégias e espaços são meios para que a população acesse à saúde gratuita, universal e de qualidade. Contudo, ainda nos orientamos pela organização do nosso sistema baseado em uma pirâmide, tal como exposto por Luiz Cecílio (1997).

Até hoje uma série de desafios se fazem presentes para a existência de um SUS coerente com aquele defendido pela Reforma Sanitária. O projeto neoliberal de reforma do Estado segue um caminho adverso à implementação e manutenção da garantia da saúde como um direito, estimulando serviços reducionistas e pautados na maioria das vezes na hegemonia do Trabalho Morto sobre o Vivo (TULIO & MERHY, 2003).

Como aponta Nespoli (2014), a Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, ainda é extremamente orientada para estratégias de prevenção, controle e tratamento de doenças ao invés do entendimento dos determinantes de saúde e as produções de vida no território vivo. Por isso permanecem inúmeras dificuldades na compreensão das reais necessidades da população e uma pobreza no que diz respeito aos vínculos que permitiriam maior emancipação dos usuários.

Além disso, o subfinanciamento público (PAIM, 2009) também configura uma problemática na medida em que favorece condições de trabalho precárias, gerando insatisfação nos profissionais de saúde e prejudicando seu bem-estar, impactando diretamente aqueles que serão atendidos.

Pensar o modelo assistencial vigente como uma pirâmide não nos permite propriamente furar esses muros que nos deixam distantes do SUS tal qual preconizado anos atrás. Criamos com isso modos de trabalho em saúde e uma organização que favorece não entradas, mas bloqueios no acesso à saúde e produção de cuidado (CECILIO, 1997).

Como já trouxemos, existe por outro lado muita resistência no meio do trabalho morto, do burocrático, do biopoder. A Atenção Básica junto ao Programa Saúde da Família (PSF), mesmo diante de intuídos, busca se atentar para as necessidades de saúde da população em um determinado território, bem como articular mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade.

Mediante a incorporação de novas práticas de saúde, com possibilidades de produzir cuidado e prevenir doenças, tais estratégias trabalham com população adscrita e grupos

territoriais bem definidos e abre possibilidades para ser o local ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico (ASSIS et al. 2010). Exploremos então as linhas que compõem a Atenção Básica, espaço que implementou o tele-cuidado como proposta de atuação em tempos de pandemia.

## III.2

### **Estratégia de Saúde da Família: desafios e potencialidades**

O Grotão fica no território da Penha. A Penha é pra mim a casa da minha avó. É onde meu pai cresceu. Onde meu tio viveu e morreu. Pegamos a Avenida Brasil toda semana para visitar minha família, era nossa tradição de domingo. Até que um dia não era mais. Lembro da última vez que vi minha avó. Eu disse meu último eu te amo pra ela e imaginei que ela respondia de volta. A Penha no entanto continuou lá. E nas paredes da casa, nas árvores da Avenida Camões, ainda vejo minha avó.

Acho que cair no tele-cuidado do Grotão foi então uma espécie de reconexão com a Penha, com a vida que é produzida lá, mesmo que minha família more há 50 minutos andando do Grotão (o que pra mim só mostra o quanto a Penha é gigante). Ouvir as narrativas do Grotão me mostra como esse território é acolhida pra muita gente em diferentes gerações. A Penha acolheu e acolhe ainda hoje minha família paterna inteira. E hoje eu sinto que tento acolher uma [nem tão] pequena parte da Penha.

Diário Cartográfico, dezessete de julho de 2021

Não há como começar um diálogo sobre Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família (ESF) sem falar em território e justamente por isso começo o presente subcapítulo com o relato sobre minha relação com a Penha. No entanto, antes de adentrarmos o tema território, vale nos aprofundarmos nas potencialidades e desafios que compõem a ESF e a Atenção Básica, de que maneira se dá seu surgimento e como essas se posicionam quando o tema se trata de práticas em saúde.

No contexto da implementação do SUS, a ESF brota enquanto dispositivo de mudança do cuidado em saúde e evoluiu suas características iniciais de um programa que operacionalizava uma política focada na Atenção Básica à Saúde (ABS) para populações

excluídas do consumo dos serviços; para o sentido de estratégia com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente<sup>19</sup> (TEIXEIRA, 2006; ASSIS et al., 2007).

Assim, a Estratégia Saúde da Família sinalizou uma mudança no foco da atenção, que passa a ser a família assistida em seu território social, com suas singularidades e especificidades locais e regionais. Tendo como proposta atender ao prescrito na constituição de 1988 e aos princípios do SUS, tal estratégia busca ainda hoje resolver os problemas de saúde da população brasileira considerando as diferentes dimensões que tal prática envolve e que, aparentemente, não obtiveram respostas suficientes através do modelo biomédico flexneriano.

Nesse sentido, o ESF nasce em 1994 incorporada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como proposta de construir trabalhos em equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UBS reguladas pela Estratégia de Saúde da Família são conhecidas como Clínicas da Família. Estas equipes são assim responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção em saúde e produção de cuidado (PEREIRA & BARCELLOS, 2006), passando a ter como característica central atentar para as necessidades de saúde da população em um determinado território e ser a principal porta de entrada do SUS (ASSIS et al., 2010).

A territorialização acaba então por ser um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF e adquire três sentidos diferentes, mas complementares:

de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. (PEREIRA & BARCELLOS, 2006, p. 48)

Mas o que é território? E o que estaria por trás dessa estratégia? Muitas são as possibilidades de compreensão sobre o conceito de território e tal polissemia também surgiu nas discussões que cercam a ESF, gerando inclusive algumas tensões na sua definição final.

Se de um lado há o entendimento de território como um mapa de lugares precisos que definem como diferentes coletivos devem ser tratados e até mesmo cuidados; do outro há o modo como as pessoas usuárias e movimentos se posicionam, considerando território como aquilo correspondente aos seus processos singulares de construir suas existências em ato (MERHY et al., 2020).

---

<sup>19</sup> Aqui refere-se ao modelo assistencial hegemônico em que há maior presença de Trabalho Morto (MERHY, 2004) que de Trabalho Vivo; especificamente o modelo sanitário campanhista baseado na concepção de saúde como uma mercadoria e não em função das necessidades de saúde da população (FERTONANI, 2015).

Assim como o cuidado, buscamos olhar o território como uma rede de relações móveis e mutáveis, indo muito além de espaço geográfico definido por linhas estáticas, pré-definidas a priori. Como afirmado por Merhy et al., território é algo “construído historicamente, remetendo a diferentes contextos, intensidades e escalas: o si mesmo - como produção de si (territórios existenciais) e os lugares de produção da vida (a casa, a rua, o trabalho, o bairro, a cidade, a região, a nação, o planeta).” (MERHY et al, 2020, p. 74).

Expressei no começo do capítulo que o território da Penha é, por exemplo, algo que me atravessa de maneiras singulares, remetendo a memórias específicas que transbordam e muito os limites de um espaço geográfico. Há muita vida em um território, há muitos territórios em uma vida, e essa produção deve ser considerada para um entendimento mais profundo das complexidades existentes quando pensa-se um cuidado situado em território.

Contudo, dentro da Atenção Básica ainda caímos por vezes em compreensões de território reduzidos a um espaço adscrito, delimitados por uma noção espacial e conhecido a partir de dados demográficos, geográficos, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos (*ibid.*, 2020).

O nascimento do termo adscrição – o território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família – tem como base um conceito de território bastante antagônico à nossa aposta na presente pesquisa. A adscrição tem como primeira definição a organização do programa baseado em números: cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha entre 800 e 1000 famílias (BRASIL, 1994).

Posteriormente, em 1997, a adscrição passa a ser definida dentro do item “diretrizes operacionais”, devendo residir na área entre 600 e 1000 famílias com o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 1997). Além disso, passa a se recomendar considerar a diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços, entre outros fatores, na adscrição da população e delimitação das áreas.

A última Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017 já expõe uma outra definição mais coerentes ao diretrizes propostas pelo SUS, em que população adscrita é entendida como a

população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. (BRASIL, 2017, s/p).

Apesar da recomendação e dos documentos, as equipes seguem mapeando o território geográfico e social de grupos que serão objeto de cuidado como se esses fossem espaços



‘físicos’. Lugares estes que podem ser plenamente conhecidos a partir de dados demográficos, números estatísticos e sem a participação efetiva (ou afetiva) do outro que de fato habita existencialmente aquele território. É nesse contexto que alguns autores ainda afirmam que é na dimensão político-operacional, ou seja, no plano das práticas de atenção, onde se situa a ESF, que se encontra o grande desafio para sua plena implementação (FERTONANI et al., 2015).

Hosanna Fertoni, Denise Pires, Daiane Biff e Magda Scherer (2015) exploram a literatura produzida sobre a Estratégia Saúde da Família e identificam 5 desafios principais para seu pleno funcionamento: O primeiro aborda o trabalho em equipe considerado essencial para o alcance dos objetivos da ESF, afirmando que esse mantém-se em geral fragmentado, hierarquizado e desigual entre as diferentes categorias profissionais, revelando ainda hoje os alicerces da hegemonia médica no trabalho em saúde. E se as práticas em saúde ainda são médicas centradas, pode-se imaginar que o segundo desafio se refere a considerar o saber da pessoa usuária.

A relação assimétrica entre profissionais e usuários, como investigado nos capítulos anteriores da pesquisa, é um dos pilares que mantém a hegemonia do Trabalho Morto sobre o Trabalho Vivo (MERHY & FRANCO, 2003) por desconsiderar o encontro e suas potencialidades para efetiva produção de cuidado. As dificuldades no envolvimento dos profissionais de saúde com a comunidade, no estabelecimento de vínculo de respeito mútuo e corresponsabilidade entre profissionais e pessoas usuárias dos serviços de saúde ainda é um obstáculo para a construção do modelo prescrito para a atenção básica.

O terceiro desafio diz respeito às dificuldades na implantação da integralidade, um dos princípios do SUS cujo objetivo principal é considerar as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades a partir da integração de ações no Sistema. As autoras (2015, p.1875) afirmam que tal desafio se insere não só “na perspectiva do entendimento da multidimensionalidade do ser humano”, mas também na integração entre os níveis de atenção. Tal desafio parece também advir da lógica biomédica que se perpetua nos modos de atuação dos profissionais de saúde.

Em quarto lugar temos o problema da formação inadequada ou insuficiente para o trabalho na Saúde da Família, seja por problemas na educação profissional, seja pelos déficits presentes na educação permanente (*ibid.*, 2015).

E, por fim, mas não menos importante, o quinto obstáculo aborda as condições de trabalho dos diferentes profissionais que atuam na Atenção Básica, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, os salários precários e jornada excessiva, muito ligados aos problemas

na relação quantitativa de equipe/população e déficits nos instrumentos e ambiente de trabalho (*ibid*, 2015).

Tais precariedades não são uma novidade quando o assunto é saúde pública e, na verdade, se agravaram ainda mais com o governo Bolsonaro, quando os investimentos em saúde atingiram o nível mais baixo em cinco anos, mesmo no contexto de pandemia do COVID-19 (FILHO, 2021).

Tendo isso em vista, ainda caminhamos a passos lentos e com muitos obstáculos para efetiva construção de um modelo que coloque a pessoa usuária no centro, que se pautem no acolhimento e construção coletiva de planos terapêuticos. No entanto, não quero que vejamos tal estratégia apenas por esses olhos. Essa não era a proposta inicial deste subcapítulo, para ser bem sincera; mas olhar para as complexidades e potencialidades é também encarar aquilo que temos que superar.

Se há muito do biomédico nesses territórios e práticas, também há muita micropolítica. Muitas forças operam no cotidiano da Atenção Básica. Forças essas instituídas, algumas instituintes, que numa disputa produzem efeitos únicos. O livro “Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários” organizado por Marluce Assis (2010) e outros pesquisadores consegue justamente pôr em palavras como em diferentes lugares temos desafios comuns e produções de cuidado distintas.

As Clínicas da Família resistem. O SUS resiste todo dia ao modelo biomédico, ao governo, ao asfalto, ainda que tais forças atuem sobre ele. Tal resistência se apresenta de diferentes formas. Seja ao unirem pessoas usuárias e profissionais de saúde em um dia de chuva para execução de um protesto em frente a clínica da família Ernesto Zeferino Tibau Jr, em São Cristóvão - RJ onde exigiram melhores condições de trabalho, reajuste e equiparação salarial, melhor infraestrutura e manutenção um sistema de saúde público, gratuito e de qualidade (SANTOS, 2022). Seja quando pessoas como minha mãe se abrem ao encontro com o outro considerando sua produção existencial, acolhendo suas dores, desejos e necessidades.

A mera existência da saúde pública no Brasil já provoca e coloca um limite nas forças liberais que tentam privatizar a saúde e a vida, tornando as mercadorias e impactando diretamente as classes com menos acesso da nossa sociedade. A produção de cuidado que ocorre nos territórios (ASSIS, et al, 2010) que tais espaços fazem emergir é prova suficiente que apesar dos asfaltos, muitas flores ainda brotam dali.

Em um município da Bahia, por exemplo, a UBS foi o território que suscitou a reflexão sobre o vínculo como um instrumento capaz de potencializar transformações na prática (ASSIS; LIMA; NASCIMENTO; FRANCO; PEREIRA; JORGE, 2015). A própria Clínica defendida

pelos usuários e profissionais em São Cristóvão evidencia também a possibilidade de uma clínica que vai além das paredes institucionais. Nas palavras de um usuário que protestava: “Eu sou dependente da clínica da família, eu estou na rua com febre e com o pé inchado e estou na rua lutando pela minha saúde.” (SANTOS, 2022).

O cotidiano singular de cada unidade, de cada território, em certo momento e em cada equipe, acaba por produzir a possibilidade de uma reestruturação produtiva (MERHY & FRANCO, 2003) em saúde, a depender das forças, investimentos, posturas e encontros que se produzem ali. Nesse sentido, olha-se para essas ações como acessos; meios pelos quais as pessoas criam e reinventam cuidado e saúde no seu dia a dia. Nos aproximamos assim da ideia do modelo assistencial como um círculo (CECILIO, 1997).

Essas pessoas usuárias e profissionais da saúde de diferentes redes de saúde criam novos fluxos e circuitos dentro do sistema: furam o muro! Elas redesenham as tecnologias de trabalho e de gestão para que essas consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECILIO, 1997).

No entanto, como fica a produção de cuidado e promoção de saúde de uma Clínica que atende territorialmente frente a um vírus de alta transmissão? Levando em consideração que as clínicas da família atendem sobretudo a população de alto risco em relação ao Coronavírus, prevenir a contaminação e ainda prestar atendimento à população parecia um equilíbrio difícil de se conquistar.

Os Agentes Comunitários de Saúde, trabalhadores de suma importância na garantia de saúde, ficaram restritos na habitação do território; a alta taxa de mortalidade deixava um rastro de medo e preocupação. Em geral, a população não ficaria apenas à deriva do COVID-19, mas também de outras comorbidades, fosse ela a diabetes ou a fome.

O telemonitoramento surge então como estratégia possível: telefonar para as pessoas usuárias era um caminho viável para que certas demandas conseguissem ser atendidas sem exposição ao vírus. Diferentes Clínicas da Família passaram então a adotar o telemonitoramento como maneira de garantir o cuidado longitudinal e abrangente aos pacientes, mapeando especialmente os problemas de saúde e vulnerabilidade social que tais usuários apresentavam.

A iniciativa, em poucas palavras, tinha como objetivo impedir a morte em massa que estava acontecendo - em abril de 2021 batemos mais de 3000 mortes em um dia segundo o site Our World in Data. Mesmo que o telemonitoramento fosse endurecido por diferentes instrumentos - um formulário, tele avaliações, roteiros e planilhas que auxiliavam para ações de vigilância - levezas foram possíveis.

A atenção básica é assim espaço de luta pela produção de vida, mesmo por vezes focando mais em evitar a morte. Agora que nos posicionamos e mergulhamos nos contornos do tele-cuidado, será um prazer guiar você pelo dispositivo.

#### IV ENCONTRANDO O DISPOSITIVO TELE-CUIDADO

Na segunda ligação que realizei mais um cenário de neta com COVID-19 se apresenta. A avó me conta então toda a história de como a neta pegou a doença, o porquê disso ter acontecido, o desespero da filha, o medo do que poderia acontecer, a instabilidade emocional gerada na família por causa dessa situação. Chegaram a pagar um teste "no particular" para a criança, com medo do que ela poderia ter e de como estaria - não queriam que demorasse sair a resposta e tinham medo de recorrer a Clínica por causa disso.

Escuto a história.

— *Aí cê não sabe, a filha do homem na creche não tava com COVID e ninguém sabia?*

— *Vixe, sério??*

Respondo interessada na narrativa que se iniciava.

— *É menina, aí...* [continua a falar]

A história perdurou um tanto na ligação e eu adorei, ainda mais porque o final era feliz. Todos estão bem, inclusive ela já vacinou contra a gripe e ao Coronavírus. Trocamos alguns "Se Deus quiser todos serão vacinados logo logo". E o detalhe é que nem católica sou, mas acompanho a linguagem que nos permite melhor entendimento.

Ela me conta do seu marido que voltou a trabalhar presencialmente e mesmo vacinado vai com duas máscaras para evitar contágio. Ah, e eles tomam vitamina C com Zinco todo dia. A senhora pelo visto se cuida melhor do que eu me cuido, percebi conforme ela ia me contando sobre sua vida.

Demos risadas e conversamos sobre um futuro esperançoso de que tudo voltará ao normal. Agradei a conversa e disse que fico feliz em saber que estão todos bem e se cuidando. Ela agradece de volta e me diz num ato de gentileza:

— *Muito obrigada por me ligar. É bom ouvir uma outra voz, fico só eu e minha neta o dia todo aqui em casa e não converso muito com ninguém. Foi bom conversar com você.*

Mais uma vez saí da ligação me sentindo cuidada. Nesses telefonemas-ligações me pego pensando em como um dispositivo de cuidado pode ser simples quando a abertura ao encontro existe. Um simples "estou ligando para saber como você está, pode conversar comigo um pouquinho?" gera um campo de possibilidades de afecções.

Poderia me deixar guiar pelo prescrito, pelo roteiro pré-estabelecido do telemonitoramento. Só que é bem mais gostoso ouvir o outro.

Diário cartográfico, vinte sete de junho de 2021

Eu adoro esse relato e a experiência que se desenha nele. Adoro a leveza da conversa que tive com essa senhora. Ela parece gerar um contraste no que era esperado do telemonitoramento: supostamente seguiríamos um roteiro pré-estabelecido, um formulário no *Google Forms* que serviria como base de dados para ações de vigilância em saúde. Mesmo que a orientadora do Programa de Extensão na Clínica Felipe Cardoso - território do Grotão, Tatiana Clarkson, sempre tenha deixado claro que raramente o formulário seria totalmente respondido: primeiro, pois havia um excesso de perguntas bastante específicas, sensíveis e difíceis e, segundo, pois seguir o roteiro era fechar o encontro a uma relação burocrática que não dava conta do que emergia nos telefonemas-ligações.

E ela estava certa, mesmo que nos agarrássemos aos instrumentos dispostos para o telemonitoramento, havia muito que vazava por ele, tornando-o por vezes o que chamo de dispositivo tele-cuidado. Mas antes de caminharmos juntos pelo dispositivo, proponho que foquemos por um instante em como o telemonitoramento é construído, que práticas o envolvem e como esse se organiza.

## **IV.1**

### **Telemonitorar**

Eram tempos difíceis. No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de pandemia causado pelo Sars-CoV-2, e, a partir desta data, o isolamento social foi incorporado como forma de controle. Ficar em casa era a ação mais eficaz contra o vírus. Órgãos da Saúde anunciaram inúmeras medidas para evitar a propagação do contágio pelo vírus (SOUZA et al., 2020). Enquanto vivíamos o terror pandêmico, tentamos simultaneamente absorver e assimilar todas as informações e o caos que batia a porta, mas sem nunca imaginar que hoje, em 2022, mais de 684 mil pessoas teriam morrido por causa da doença no Brasil.

A crise sanitária foi ainda mais acentuada tendo Jair Bolsonaro como presidente do Brasil. Além de ter atrasado a compra de vacinas, recusando 11 diferentes ofertas de diferentes empresas fornecedoras (GUEDES, 2021), ele ainda negligenciou a gravidade do vírus ao não utilizar máscara em várias ocasiões (ARCOVERDE & ORTIZ, 2021) e foi desrespeitoso com todas as mortes que aconteceram ao dizer publicamente frases como: “A gente lamenta todos os mortos, mas é o destino de todo mundo” ou “Eu não sou coveiro” quando questionado sobre o alto índice de mortalidade que deixava seu rastro no país (OLIVA, 2021).

Diante do contexto trágico que nos encontrávamos, diferentes atores se mexeram, as flores do asfalto resistiram, toda ajuda e força era necessária. Eram tempos difíceis sim, mas muita gente o tornou mais leve, o mais vivo possível, mesmo diante de tanta morte.

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), por exemplo, foi responsável pela doação de 3.800 toneladas de alimentos saudáveis e 700 mil marmitas desde a chegada da COVID-19 (SUDRÉ, 2020).

Outra iniciativa foi o Periferia Viva, criada como uma resposta popular à ausência de políticas efetivas do governo Bolsonaro em meio à pandemia. A ideia era conectar iniciativas, campanhas e demandas da sociedade que pudessem contribuir e fortalecer uma rede de solidariedade (SUDRÉ, 2020). Acredito que o tele-cuidado e a equipe da Clínica da Família Felipe Cardoso estivesse desse lado da força também.

Ao menos no prescrito (DEJOURS, 1997) éramos um grupo de estudantes que visavam acompanhar “os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19” (DIVISÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, 2021, p.1). Os casos ou o Coronavírus, não as pessoas. O foco do telemonitoramento parecia ser a doença, evitar de alguma forma a morte em massa que acontecia durante a crise sanitária.

Segundo o “Guia Orientador de tele consulta e telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde (APS)” (2021), monitorar consistiria então no rastreamento de contatos, vigilância ativa de síndrome gripal no território, além de outras condições de saúde, que requerem acompanhamento frequente e podem ser efetuadas por essa modalidade. Nesse sentido, o

Telemonitoramento é o monitoramento de parâmetros de saúde e/ou doença de clientes através das Tecnologias de Informação (TICs), por meio das quais esse procedimento pode incluir a coleta de dados clínicos e a transmissão, o processamento e o manejo destes por um profissional de saúde, utilizando-se de sistema eletrônico (SMS, 2020).

Tal instrumento nasce assim dentro da APS no contexto específico de Pandemia como uma estratégia de cuidado à distância, evitando a transmissão do vírus e ao mesmo tempo mantendo o atendimento à população. Isso pois, considerando que a Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza como organizadora e coordenadora das redes de atenção, além de ser a porta de entrada para os usuários, ela teria que assumir um papel essencial durante um período de tanta vulnerabilidade.

Devido ao contexto pandêmico, "os serviços de APS/ESF foram incentivados a utilizar uma abordagem sindrômica do problema, não exigindo mais a identificação do fator etiológico por meio de exame específico” (SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA, 2020, s/p). Tendo

isso em vista, o Ministério da Saúde elaborou protocolos e guias com abordagem pragmática que orientaram o manejo clínico na APS com foco em uma abordagem clínica da Síndrome Gripal e da Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, independentemente do agente etiológico. Por isso o telemonitoramento é por vezes associado aos sintomas das duas síndromes mencionadas e não necessariamente ao COVID-19.

Para a existência concreta do telemonitoramento foi necessário ainda um movimento de pressão social, visto que a alta demanda nos serviços de saúde exigia uma rápida expansão do atendimento remoto, não permitido por lei em diferentes instâncias. Entendendo as necessidades vigentes, o governo sancionou a Lei n.13.989, de 15 de abril de 2020, a qual dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) em “caráter excepcional e temporário, sobre as suas ações, com o intuito de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional” (BRASIL, 2020, p.1).

Na mesma direção, os Conselhos Federais de Psicologia e Enfermagem também criaram diretrizes e resoluções específicas adaptadas ao contexto da pandemia para que o atendimento remoto pudesse acontecer, respeitando ainda os preceitos éticos de cada profissão. Todas essas ações tinham um objetivo em comum: evitar que diferentes pessoas usuárias ficassem desassistidas e pudessem receber um acompanhamento de qualidade mesmo diante do isolamento social que a pandemia nos impunha.

Especificamente no Rio de Janeiro, a Prefeitura permitiu a execução do telemonitoramento nas Clínicas da Família a fim de garantir o cuidado longitudinal e abrangente aos pacientes. Um dos efeitos buscados com a tecnologia era também auxiliar na logística do fluxo da Clínica a partir da triagem virtual, tendo como consequência a redução da procura menos emergente e necessária das unidades de saúde (SOUZA et al., 2021).

Tal atendimento remoto nas Unidades de Saúde tiveram como principal ator os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e como público-alvo qualquer usuário que apresentasse sintomas de Síndrome Gripal ou Respiratória no território adscrito.

Os ACS's tiveram assim um papel fundamental dentro desse processo mesmo a distância, uma vez que suas atribuições específicas incluem: orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2017).

No entanto, a alta demanda por conta do número alarmante de casos de COVID-19 tornava o trabalho dos profissionais de saúde ainda mais sobrecarregado (STEVANIM, 2020).



Se unirmos essa situação às condições precárias de trabalho na saúde pública expostas anteriormente na pesquisa, temos um verdadeiro caos.

É diante desse cenário, de tanta instabilidade, que Projetos de Extensão dentro das Universidades Públicas, em uma parceria com diferentes Unidades de Saúde, passam a trabalhar juntos para colaborar no telemonitoramento. A parceria deu bons frutos em diferentes países e clínicas, gerando algumas interessantes pesquisas publicadas recentemente (SOUZA et al., 2021; RODRIGUES et al., 2020; MENEZES et al., 2021; SILVEIRA et al., 2020).

Os estudos mais comuns direcionaram suas descobertas para dois pontos principais: (1) como os participantes do Projeto de Extensão, em geral estudantes de medicina, obtiveram importantes aprendizados não apenas restritos ao conhecimento médico formal, mas sobretudo ao dia a dia e complexidade da saúde pública (SILVEIRA et al, 2020); (2) como a colaboração dos estudantes no telemonitoramento ajudou a minar os casos de Coronavírus ao evitar a transmissão em alguns territórios.

Na Clínica da Família Felipe Cardoso a colaboração também aconteceu, unindo estudantes de psicologia e medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em um Projeto de Extensão orientado por Tatiana Clarkson, professora temporária do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ. Os estudantes de medicina participaram como alunos da disciplina de Atividade Integrada em Saúde, ficando no Projeto por cerca de 4 meses, enquanto os de psicologia em geral ficavam 1 ano como parte de suas horas de Extensão.

Além dos telefonemas, os participantes do telemonitoramento tinham outras responsabilidades e instrumentos. Antes de começar a telefonar para as pessoas, era oferecido um breve treinamento em que éramos apresentados a planilha com os números de telefone e informações básicas das pessoas usuárias (nome, idade, território, se há alguma comorbidade ou não). A planilha era atualizada semanalmente pela administração e Agentes Comunitários de Saúde da clínica.

Além dessa planilha, tínhamos um questionário com 78 perguntas que servia de roteiro guia para os telefonemas que faríamos. O questionário tem dois eixos principais: mapeamento do quadro de saúde/doença e investigação da situação social daquela pessoa. Desse modo, as perguntas englobam desde “Qual é a forma de escoamento do banheiro ou sanitário?” até “Atualmente, o(a) sr. (a) está tomando algum medicamento do tipo corticoide e imunossupressor?”. Ele foi feito utilizando a plataforma *Google Forms* e além das perguntas direcionadas para a pessoa usuária, também incluía perguntas para o entrevistador sobre a conduta e avaliação do caso. O objetivo do instrumento era servir como base de dados para possíveis ações de vigilância em saúde.

Ao final do telefonema, cabia a nós atualizar a planilha inicial indicando se a pessoa usuária testou positivo para COVID-19 ou não, e se o caso requer acompanhamento. Isso pois em situações de pessoas com sintomas leves ou graves de síndrome gripal, ou que apresentavam quadro de vulnerabilidade social sensível, era importante telefonar mais de uma vez a fim de monitorar o quadro de saúde/doença e traçar estratégias possíveis. Telefonar por vezes era também nomeado tele avaliação - considerando que as perguntas ofereciam informações para uma possível triagem - e podiam ser feitas via *WhatsApp* se o usuário preferisse esse meio de comunicação.

Considerando que algumas pessoas apresentavam situações bastante sensíveis e que necessitavam de um apoio maior e imediato da Clínica, tínhamos ainda um documento a parte onde descrevemos os casos a serem compartilhados com a médica. A ideia era facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde, priorizando melhor situações que demandam mais atenção. Para isso, tentávamos realizar uma vez por mês uma reunião com a médica que estivesse mais ligada ao Projeto de Extensão, onde trocamos informações relevantes sobre quadro de pacientes e criamos possíveis estratégias.

Realizamos ainda ao menos uma vez por semana reuniões virtuais com todos os participantes do telemonitoramento a fim de compartilharmos alguns dos telefonemas, situações em que não sabíamos a melhor maneira de prosseguir, que fomos profundamente afetados, e, sobretudo, conhecimentos. Era um momento de escuta e apoio para nós do Projeto e servia também para traçarmos estratégias em situações particulares que nos levavam a contactar a Equipe de Estratégia da Família ou Agentes Comunitários de Saúde. O objetivo era oferecer ainda uma supervisão à equipe de estudantes que aprendia na vivência.

Tenho que admitir, no entanto, que até agora só mencionei o que o telemonitoramento era em termos prescritos a fim de oferecer mais contexto sobre o instrumento. A realidade e o dia a dia do Projeto de Extensão criaram caminhos não previstos nos documentos oficiais, afetos em ato que telefonemas-ligações permitiram, e acabou fazendo emergir o dispositivo telecuidado. É só no acontecimento, nas experimentações e vivências que conseguimos enxergar o dispositivo.

## IV.2

### Dispositivar o tele-cuidado

Vic em certo momento da nossa reunião semanal compartilha com o grupo um desafio que tem enfrentado nas ligações: as pessoas desconfiam do telefonema e suas reais intenções. *Quem é você? Meus filhos não me deixam falar com estranho assim não*, dizem as pessoas para ela.

Errado a usuária não está, penso comigo mesma. Se até pra mim uma ligação como dispositivo de cuidado soa no mínimo estranho, imagina para as pessoas que atendem. Dispositivo... O cuidado com que a Vic conduz as ligações vai destravando os desconfiados, confinados à desconfiança de uma sociedade que estranha ligações de cuidado.

Não é só o telefone que permite a conexão entre os dois atores, percebo enfim. O tele-cuidado é a voz da Vic, o tom leve de amizade que ela parece trazer sempre consigo. É o encontro com essa outra pessoa que ela não vê, mas sente. É a desconfiança da usuária. É o nome da Clínica da Família Felipe Cardoso, que ao ser mencionada, gera inúmeras significações para as pessoas daquele território. Vai passando confiança, fiam-se afetos.

Diário Cartográfico, primeiro de junho de 2021

Colocar o tele-cuidado como dispositivo é compreender que essa tecnologia não se trata apenas de uma ferramenta homogênea de saúde cujo objetivo final e principal é monitorar quadros de saúde e doença. É considerar outras vistas do ponto sobre o tele-cuidado. O dispositivo nos aponta para a capacidade de transformação, desterritorialização que esse possui em si, permitindo então outros devires que acionem forças instituintes, mas que por vezes também podem se cristalizar (DELEUZE, 1996).

Ao partir do “monitorar” para o “tele-cuidar” proponho que retiremos a viseira que reduz nosso olhar para as tecnologias de saúde como um vetor de cuidado que sai do profissional da clínica e se dirige ao usuário. Monitorar carrega o sentido institucional consigo, diz respeito às práticas prontas, pré-definidas do trabalho realizado no Projeto de Extensão. No entanto, é importante ressaltar o fato de que não só monitoramos. Não só telefonamos. Não fomos só ‘tele’ e não só a partir de ‘tele’ cuidamos. Se o telemonitoramento era o prescrito das nossas ações, o dispositivo tele-cuidado foi o real das nossas vivências.

Dispositivar o tele-cuidado é reconhecer assim que o usuário também é o dispositivo, também foi pesquisador, também produz cuidado, principalmente quando estamos com ele no território, ao invés de no território com ele. E isso não implica a necessidade de presença física,

mas envolve e mobiliza diferentes atores - humanos ou não - (LATOURE, 2016) numa rede que por vezes permite a produção de cuidado e um trabalho vivo. O dispositivo tele-cuidado envolve então, como expõe o relato, a voz da Vic, o tom e as notas das palavras que ela diz no telefone, a própria linguagem que nasce a partir da ligação, os afetos que dali emergem, a pessoa usuária que atende, os contextos, narrativas e vivências de cada uma no encontro.

Argumento assim que a necessidade aqui é do encontro, que quando aberto a compreender às necessidades e potência que o outro carrega consigo, quando se propõe à escuta e ao acolhimento, produz um telefonema-ligação singular e saídas múltiplas. Assim, os telefonemas-ligações estão para os telefonemas na mesma proposta que Guattari (2004) propõe sobre grupo sujeito e grupo-sujeitado. A separação entre os dois tipos de grupo se faz de maneira didática para diferenciarmos dois supostos tipos de grupo que na verdade aparecem na maioria das vezes como faces da mesma moeda.

Para o filósofo, o grupo-sujeitado seria um grupo cujo grau de abertura, ou de transversalidade, é menor, e o grupo-sujeito como maior. Desse modo, o primeiro está subordinado ao instituído, se restringindo a um modelo ou lógica cujas normas e regras não são refutadas e onde a mudança não é produzida. As suas forças de criação são então captadas por uma máquina de repetição do mesmo status quo institucional (BARROS, 2007). Ademais, tais grupos estão em conformidade com as finalidades do “sistema institucional da ‘sociedade’ global” (LOURAU, 1996, p.200), isto é, estão limitados, sofrendo de um destino previamente imposto onde não há espaço para criarem para si novos valores.

Por outro lado, existem grupos que são conhecidos por subverterem a lógica imperativa presente no grupo-sujeitado. O grupo-sujeito se cria para além das estruturas colocadas e apresentadas como prontas, sendo caracterizado por se abrir à alteridade e aos processos criativos, o que os permite que sua prática os leve ao confronto com seus limites (BARROS, 2007). Essa abertura às diferentes possibilidades permite assim a produção de modos de existência mais potentes.

Acredito que o paralelo funcione igualmente bem para pensar as dimensões do dispositivo tele-cuidado. De um ponto de vista da moeda temos os telefonemas, caracterizados pelas regras e roteiros definidos a priori e que buscam atender demandas gerais da instituição – no caso a Clínica da Família Felipe Cardoso e a Estratégia de Saúde da Família. Marcados sobretudo por tecnologias duras e leve-duras (MERHY & FRANCO, 2003), os telefonemas fazem parte da caixa de ferramentas que permitem o dispositivo tele-cuidado acontecer, mesmo que desses não emerja a possibilidade da criação espontânea ou fuga dos modelos já

implementados. Os telefonemas configuram assim a dimensão mais morta do Trabalho realizado pelo Projeto de Extensão (MERHY & FRANCO, 2003).

Da vista do ponto da moeda, temos os telefonemas-ligações, caracterizados por trazerem consigo a potente leveza dos bons encontros e das relações interseçoras (*ibid*, 2003). É curioso perceber que a nomenclatura do “telefone” ainda está presente aqui, visto que ele se torna o meio, a tecnologia dura pelo qual é possível contactar o outro em tempos de isolamento social. No entanto, adiciona-se ao telefonema uma outra dimensão, uma que se dá no ato do encontro e não está pré-definida ou desenhada a priori: as ligações.

Por coincidência ou não, sempre me referi ao ato de telefonar no tele-cuidado como ‘ligar’ e brincar com as palavras se tornou inevitável. Ligar no dicionário português é definido como “Fazer uma coisa chegar a alcançar outra coisa; fazer a união de algo que está separado” (LIGAR, 2022). “Alcançar” e “unir” possuem em si atitudes bastante distintas de apenas telefonar. As ligações são assim o encontro com o outrem desenhado a partir do dispositivo tele-cuidado e é a partir dela que conseguimos nos abrir à alteridade, aos processos criativos, indo além dos conhecimentos médicos-psi adquiridos ou do que era esperado do telemonitoramento no prescrito.

Nos telefonemas-ligações temos as linhas que escapam do formulário proposto, pois a vida e experiência requerem uma fuga, não cabe nos formatos de um roteiro. A partir deles a produção de cuidado não é um objeto ou objetivo, mas o que emerge de uma relação singular que ali se estabelece. Contudo, nos voltemos ao conceito de dispositivo mais uma vez.

O termo dispositivo carrega consigo uma conceituação foucaultiana que pode ser definido, de maneira breve, como

Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo.

O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. Em segundo lugar, gostaria de demarcar a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos. [...]

Em suma, entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. Em terceiro lugar, entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência [...] (FOUCAULT, 1996, p. 138).

Tal definição é útil à pesquisa e à proposta que desenhamos aqui visto que dispositivo implica uma articulação de um conjunto de várias linhas de natureza distintas, permitindo uma abertura à multiplicidade. Além disso, ele implica, segundo Deleuze (1996), a existência das chamadas linhas de subjetivação, isto é, uma resistência à ação de forças consideradas intransponíveis, que impõem contornos definitivos.

A subjetivação tem por finalidade fazer tais forças voltarem sobre si próprias (WEINMANN, 2006), constituindo uma dimensão que escapa e foge tanto dos saberes, quanto dos poderes previamente colocados e estabelecidos como hegemônicos. Logo, o dispositivo não é definido só pelo processo de assujeitamento como proposto por Foucault, pois em seu limite dele derivam linhas de resistência ao poder, isto é, subjetivação (ROSSI, 2019).

Desse modo, o tele-cuidado enquanto dispositivo comporta a visão de que ele é, na verdade, uma teia complexa de relações intercessoras que se influenciam mutuamente (SANTOS & NECHIO, 2010) e por isso agem produzindo novas vivências e singularidades, levando-nos a experimentar algo ainda não experimentado, a ser algo que ainda não somos e a existir de outra maneira. Um dispositivo é, em outras palavras, uma aposta, é um fazer-saber que não aspira à universalidade (ROSSI, 2012).

Outro motivo pelo qual utiliza-se aqui o conceito de dispositivo é devido ao caráter ativo que envolve tele-cuidar. Essa característica advém do fato de que cuidar, mesmo a distância e por telefone, é capaz de criar campos de fala na mesma medida em que força o aparecimento de certos discursos e suprime outros, produzindo e distribuindo forças e relações de poder de maneira dinâmica.

Desta forma, falar sobre dispositivo é falar de uma transformação ativa constante, um produtor, ou, como Barros (2007) definiu, uma máquina que pode operar na descristalização dos lugares e papéis, possibilitando a emergência do inesperado onde estava o já naturalizado, dado e prescrito.

Em outubro achei que as coisas fossem estar melhores, sinceramente. A verdade é que o Coronavírus veio a se tornar o menor dos nossos problemas recentemente. A planilha ainda se enche de nomes, mas o que angustia mesmo são as diferentes situações de vulnerabilidade social que algumas pessoas se encontram.

Estamos em mais uma reunião semanal, os alunos de medicina ainda estão aprendendo a não se apegar tanto ao formulário. Alguns deles parecem ter percebido que não adianta o quanto você se agarra ao roteiro, a vida nunca segue as linhas escritas previamente. E que bom. Eu gosto do acontecimento, do que te pega de surpresa, te encanta em ato. Não é fácil, no entanto, e percebo nos nossos olhares isso. Parecemos um grupo cansado, mas ainda sim forte, disposto. Mais fortes e cansados do que antes. Mais dispostos do que nunca.

A. compartilha no grupo a situação de uma senhora que passou por violência doméstica quando morava no nordeste do Brasil e por causa disso se mudou para o Rio de Janeiro recentemente. A fuga a deixou longe dos filhos e ela perdeu o único benefício financeiro que tinha: bolsa família.

Começamos uma discussão sobre o que fazer e como A. tinha conduzido a conversa com tamanha sensibilidade. E sim, foi uma conversa. A futura médica estava mobilizada de afetos e descreveu o que foi dito, como se sentia e o não dito daquele encontro que havia tido. A relação que ela estabeleceu com essa senhora foi muito além dos conhecimentos prescritos que ela tinha, tocou numa parte vibrátil da sua existência.

Tatiana então nos diz com sabedoria:

*– No final das contas nosso trabalho é tentar fortalecê-la. Ela [a paciente] está se reconstruindo. A gente acha que às vezes temos que dar diagnóstico, o remédio correto. Mas o que temos que fazer é nos relacionar.*

Nos relacionar. Por telefone ou não, é no bom encontro que produzimos algo da ordem do cuidado. O “tele” realmente faz diferença nessas horas? Me pergunto sozinha. O que compõe o dispositivo tele-cuidado? As relações implicadas, respondo baixinho...

Diário Cartográfico, treze de outubro de 2021

Talvez nessa altura da pesquisa você já consiga perceber junto a mim que a vida nos atravessou de diferentes maneiras durante a vivência do tele-cuidado. Por vezes fomos pegos desprevenidos em como nossos conhecimentos psis-médicos poucos nos serviam, como saímos em alguns casos mais cuidados do que cuidamos e que de telemonitoramento passamos a ser experiências de encontro. Encontros que permitiram experiências. Se fomos flores no asfalto, saiba que tais flores são diversas, singulares e múltiplas e por isso o conceito de dispositivo cai como uma luva no nosso estudo.

Nos colocar como dispositivo é afirmar que não nos fechamos, mesmo nas vezes em que éramos apenas monitoramento, mais telefonemas do que ligações. Um não impede o outro, só são diferentes faces da moeda. O dispositivo abraça a multiplicidade e, ainda que proponha um escape das linhas que controlam, elas ainda existem. Subjetivação e assujeitamento nunca estão tão longe um do outro.

Dessa maneira, compreendemos enfim que o tele-cuidado não pode ser tomado ou reduzido como qualquer interação entre duas pessoas por meio de um telefonema com o objetivo de monitorar. Ele se trata de uma teia de elementos heterogêneos que compõem uma potente tecnologia leve quando aberto ao encontro.

E se agora entendemos as linhas-encontros e os dispositivos que nos permitem ver, habitar e compreender as paisagens desse estudo, podemos continuar nossa caminhada que começa agora a evidenciar as flores tão mencionadas aqui. Talvez você consiga já sentir os cheiros que elas fazem brotar nos asfaltos.

No entanto, a postura presente que nos permite escrever com tamanha pessoalidade deve ser ainda mencionada. Por mais que a cartografia esteja vazando por todos os capítulos abordados até então, gostaria de dedicar um espaço especial a ela antes de entrarmos nas cenas que serão expostas em breve. No próximo capítulo paramos então na metodologia-postura que permite tais palavras serem escritas.



## V ENCONTRANDO A CARTOGRAFIA INMUNDA

“Cartografia é estar aberto ao encontro com a diferença, é uma postura de abertura”, disse alguém na aula do EICOS. Cartografar a meu ver é também um ato de coragem, um salto de fé que a gente dá por enxergarmos a processualidade como a primazia da pesquisa. O caminho é, em geral, muito mais interessante que o destino – na minha opinião, claro.

Acho que quando voltar a esses relatos talvez eu note que as notas que compõem as músicas das narrativas que conto são feitas de ritmos múltiplos. Já não sei mais quem conta as histórias do tele-cuidado. Quando eu voltar a esses relatos talvez eu note que nem sou mais eu. A leitora é outra. A escritora são muitas.

Diário Cartográfico, vinte seis de julho de 2021

A Maria Clara do passado estava certa em suas afirmações. Ler meu diário cartográfico me transporta para as histórias que vivi, mas sinto que de fato muito mudou nos últimos meses e, hoje, mais de um ano depois de experienciar o tele-cuidado, escrever e pesquisar diferentes temas, os olhares são certamente outros. Os pontos de vista mudaram. Talvez justamente porque as pesquisadoras foram múltiplas e as narrativas diversas. Talvez porque ao contar essa história aqui, sinto que consigo adiar um pouquinho o fim do mundo (KRENAK, 2019) e curar as angústias, rachaduras do solo que também fizeram parte desse processo.

Foi a releitura do diário que propiciou ainda importantes autorreflexões num processo de memória que me faz refletir todo o caminhar feito (BERTUSSI, et al., 2015). Tal reconstituição dos momentos vividos com diferentes pessoas e em diferentes tempos com duração e densidade específicas me desperta mais fortemente a observação do tanto que mudou em mim depois dos encontros.

E é nesse sentido que a metodologia-postura escolhida para realização do presente estudo não poderia ser nada além da pesquisa-interferência com base no método da Cartografia Psicossocial, tal qual pensada por Deleuze e Guattari (1997) e desenvolvida por Rolnik (1989), por Passos, Kastrup e Escóssia (2009), entre outros pensadores. Isso pois a pesquisa proposta nunca se tratou de uma investigação sobre um serviço de saúde e os efeitos do dispositivo tele-cuidado de maneira impessoal. As práticas realizadas pela equipe do Projeto de Extensão são também minhas, as experiências e afetos foram sentidos no meu corpo.

A referência a pesquisa-interferência aqui se traduz como uma nova proposta de nomeação sobre a pesquisa-intervenção, mais comumente utilizada. Apesar das metodologias apresentarem propostas semelhantes, "na interferência adotamos um corpo que afeta e é afetado. E a cada interferência a pesquisa se modifica, estando permanentemente nesse estado de afetação" (FIGUEIREDO et al, 2018, p.601). Assim, ao utilizar interferência afirmamos e apostamos no corpo como registro, que ao interferir também é inevitavelmente e propositalmente interferido.

É diante disso que a Cartografia nos serve por ter como proposição que pesquisar é encontrar o outro, não havendo separação entre conhecer e fazer e, sobretudo, não apostando em falsas neutralidades entre pesquisador e pesquisados. Ao contrário, procura-se finalmente desfazer a imagem de um só detentor e produtor de conhecimento, colocando todos os atores envolvidos no campo como pesquisadores e misturando-se a eles durante o processo (ABRAHÃO et al., 2013; MENDES, PEZZATO & SACARDO, 2016; CHASSOT & SILVA, 2018). Não sem razão o nome desse capítulo é “cartografia imunda”, esta pesquisa é uma narrativa suja de diferentes mundos, perspectivas e existências.

Nesta perspectiva, o pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros. (ABRAHÃO et al, 2013, p. 134).

Ademais, entende-se aqui a experiência do caminhar durante a pesquisa como a maior primazia do processo, sua processualidade importa mais do que os produtos que se obtém dela. Nossa atitude orientadora não se fecha completamente em metas e objetivos pré-determinados ou saberes de antemão, mas se abre a tudo que vai se presentificando no contexto-problema, mantendo assim um olhar desinteressado para conseguir enxergar melhor as experiências que emergem nos campos. Note que, um olhar desinteressado não é um olhar sem afetos, sem vieses, sem os mundos que lhe cerca e moldam nossas existências. Ele se trata de apenas um olhar que não se prende no que se quer ser alcançado.

Desse modo, tal método se contrapõe aos modelos tradicionais no qual os objetivos e as metas (*metá*) definem o caminho (*hódos*). A Cartografia se propõe a considerar os efeitos do processo de pesquisar sobre os outros pesquisadores, o(a) próprio pesquisador(a), o campo e seus resultados durante todo o seu percurso de desenvolvimento (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009). Nesse sentido, cartografar carrega consigo uma proposta ético-estético-política, visto que se está sendo trabalhado constantemente aspectos da própria realização da

pesquisa, principalmente no que tange aos riscos da generalização e totalização de falar e momentos compartilhados.

Considera-se então que essa metodologia-postura é a mais apropriada para nossa pesquisa, visto que o conhecer não se trata de uma representação da realidade, mas de uma transformação da mesma que só é possível na medida em que se adentra o plano de experiência (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009), tornando-se enfim uma pesquisadora in-munda.

Nessa perspectiva, a investigação se torna uma experiência encarnada, encantada<sup>20</sup> e se dá sempre em ato, aberta ao encontro. Ela se dá in-mundo, na invasão e na vazão do sujeito-objeto implicado ao sujeito epistêmico (MERHY, 2004). O intuito, portanto, é o de habitar os territórios do campo de pesquisa – o dispositivo tele-cuidado e os telefonemas-ligações decorrentes deste –, que, como destaca Alvarez e Passos (2009, p.135), “não nos coloca de modo hierárquico diante do objeto, como um obstáculo a ser enfrentado.”

Ao expor neste estudo as vivências, narrativas e afetos que presenciei no tele-cuidado, colaboro então para o entendimento de que uma pesquisa nunca se dá em uma relação neutra, distante, ou "pura". E a distância aqui, ironicamente, não se refere à distância dos corpos em metros e centímetros, mas uma distância afetiva. Nesse estudo propõem-se uma outra dimensão, uma potência, a possibilidade de relações intercessoras, no qual o pesquisador abre mão de seus status de poder para produzir um saber encarnado nas reais problemáticas-afetos-linhas daqueles territórios existenciais.

Vale ressaltar ainda que a experiência do pesquisar não diz respeito a uma atitude que considera o fenômeno de seus acontecimentos de maneira estática ou acabadas. Assim como o propõe o conceito de dispositivo, pesquisar é estar sempre em movimento, acompanhando processos que nos tocam, nos implicam, nos afetam, transformando-nos e produzindo mundos a partir do encontro com o outrem.

Compreender isso significa entender que o sujeito cartógrafo no momento que adentra um campo está aberto a devires outros que não se limitam a postura tradicional de pesquisador, tal qual estabelecida pelo paradigma cartesiano-positivista. Acompanhar o movimento processual do percurso da pesquisa nos lança no plano das intensidades, requerendo assim um

---

<sup>20</sup> Nos referimos aqui ao conceito de encantado tal qual proposto por Luiz Antonio Simas e Luiz Rufino. Segundo os autores: “A vida, afinal, é aquilo que praticamos cotidianamente e está em constante ameaça, a partir do veneno da serpente que, uma vez inoculado, espalha a mortandade, descredibilizando o ser e os seus saberes. Para a maioria dos seres que não experimentam o mundo a partir dos alpendres da Casa Grande, das sacadas dos sobrados imperiais e das salas de reunião de edifícios de grandes corporações, cabe entender o encantamento como ato de desobediência, transgressão, invenção e reconexão: armação da vida, em suma.” (SIMAS & RUFINO, 2020, p. 6).

movimento de implicação, de engajamento, de composição no e com o território onde o estudo se desenvolve (SOUZA & FRANCISCO, 2016).

Entende-se dessa maneira que a Cartografia está em total convergência com as teorias aqui expostas até então. Pensar na abertura de novas formas de subjetivação por meio do encontro é um dos maiores argumentos levantados no presente estudo, assim como é uma das visões que norteiam o ato e atitude de cartografar.

Além disso, cartografar é habitar um território existencial de forma que o manejo da experiência emergente, daquilo que acontece no campo, não se dá pela via do controle, mas pela via do cuidado e do cultivo. Cuidado esse que se expressa e se realiza

no movimento e na disposição de inclinar-se sobre, com interesse desinteressado, acompanhando e acolhendo, com zelo e respeito, o que quer que apareça, como testemunha a confirmar que, ainda assim, desse ou daquele modo, encontramos-nos dentro das possibilidades que é existir (SOUZA & FRANCISCO, 2016, p.816).

Fica evidente, por fim, que a própria Cartografia é uma maneira de pesquisar centrada em tecnologias leves, sendo, talvez, uma Pesquisa Viva.

Cartografar é então mais do que uma técnica metodológica, mas uma postura da qual me apropriado para me expressar nesse estudo, enquanto as palavras são o meio. Deleuze (1993, p.11) afirma em *A Literatura e vida* que "[escrever] é um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido". Tendo isso em vista, minha experiência no tele-cuidado se transborda aqui para as palavras que compõem essa pesquisa.

Decidir expor no papel as vivências coletivas do Projeto de Extensão é, para mim, uma maneira de materializar os afetos de um trabalho que pode colaborar para pensar modos outros de atuação na saúde pública, além de uma nem tão nova perspectiva sobre o cuidado. Mas não só isso. Escrever sobre tais experiências e experimentações e as ter cartografado é jogar um holofote em trabalhos tão esquecíveis para o governo Bolsonaro. É perceber e enaltecer a relevância de um sistema como o SUS, defender a Atenção Primária à Saúde como o campo que faz nascer iniciativas que afirmam a vida.

É expor a autonomia, protagonismo e poder de pessoas na maioria das vezes vistas pelo o que falta, por um território vulnerável, pela pobreza. É dar vida para falas, momentos, ações e experiências que poderiam ficar no registro da memória de poucos, mas ousamos jogá-las no mundo científico acadêmico. Na pós-graduação. É dar vida ao Trabalho Vivo. Dar nome, endereço e ferramentas para que outros trabalhos possam ser tão potentes, mas não menos complicados e desafiadores como o nosso.

Me misturei e emaranhei-me nesse processo de pesquisa. Sem querer querendo fiquei inmundada. Me inundei de encontros que, pelo telefone, me atravessaram profundamente. Rasgaram carne, me fizeram ver outros caminhos que me presentearam com flores. Quase desisti no meio do percurso, mas pegando emprestado da minha amiga Margarete – que pegou emprestado de alguém que hoje não lembro – essas palavras tinham que ser escritas.

## V.1

### Os territórios

Já mencionei anteriormente a importância de pensar os territórios, principalmente quando falamos de Atenção Básica, cuja atuação dos profissionais se dá territorialmente em áreas adscritas. No entanto, gostaria de agora mergulhar mais fundo sobre a temática, adentrando os campos e paisagens que permearam o dispositivo tele-cuidado a fim de entendermos em totalidade as narrativas que irei contar. As falas e afetos que aconteceram no tele-cuidado tiveram planos de fundo que valem a pena mencionar. Toda história tem cenários habitados por atores e, como boa cartógrafa, não posso deixar de falar desses.

#### Território-Penha-Grotão

Há mais de uma década atrás o bairro da Penha, situado na Zona Norte do Rio de Janeiro, se emancipava a partir do Decreto nº 1376 da Freguesia de Irajá, a qual pertencia até 22 de julho de 1919 (RIBEIRO, 2019). No entanto, sua história começa muitos anos antes. A origem da Penha está relacionada a duas sesmarias da época de Estácio de Sá: Inhaúma, doada ao capitão da frota portuguesa Antônio da Costa, e Irajá, pertencente a Antônio de França (MACHADO, 2015). Sesmarias eram os lotes de terras distribuídos a um beneficiário, em nome do rei de Portugal, com o objetivo de cultivar terras consideradas “virgens”.

Na primeira sesmaria foi criada a Fazenda do Engenho da Pedra, depois chamada de Nossa Senhora de Bonsucesso, que se estendia pela área onde hoje se situam os bairros de Manguinhos, Bonsucesso, Ramos e Penha. Sim, uma fazenda ocupava 4 bairros consideravelmente grandes do Rio de Janeiro. Quanto à sesmaria de Irajá, ali foi instalada a Fazenda de Nossa Senhora da Ajuda, também chamada de Fazenda Grande da Penha (MACHADO, 2015).

O povoamento e ocupação da Penha estão atrelados, no entanto, a dois fenômenos principais: (a) a construção da Igreja da Penha e (b) o Curtume Carioca, uma das maiores fábricas de couro que existiram até fechar as portas, após quase oito décadas de atividade.

A construção da Igreja foi realizada pelo capitão Baltazar de Abreu Cardoso em 1635, chamando diferentes paroquianos a frequentarem o local (MACHADO, 2015). Os devotos encantados pela construção – que mudou muito nos últimos anos – começaram a subir a montanha para ver a capela e a famosa Festa da Penha ganhou vida. A comemoração pela padroeira existe até hoje e foi nela que o compositor Donga lançou “Pelo Telefone”, o primeiro samba gravado (RIBEIRO, 2019).

O bairro da Penha é considerado assim não só importante como decisivo na formação inicial da música popular brasileira. Da década de 1910 até 1960, as festas que circundam toda a igreja eram um lugar onde a música, especialmente o samba e o choro, era exaltado. Ali eram lançadas as primeiras composições do repertório carnavalesco que concorriam com o repertório de meio de ano. Como afirma Ribeiro (2019), nas muitas barracas todos se encontravam, os sambistas do morro, do Café Nice e músicos de todos os lugares. Era o grande conagraçamento de músicos de todo o Rio de Janeiro. Bom, esse é um lado da história.

Fernando José (2017), um dos escritores na "Voz das comunidades", conta que a Penha era na verdade o endereço certo para a liberdade dos escravos foragidos, que encontravam acolhida nas encostas dos morros. A região era então administrada por um padre abolicionista e republicano que os abrigava e protegia as pessoas que ali chegavam. E foi assim que aconteceu a formação de um quilombo, cujo caminho se dava pelo Morro do Alemão, Morros da Fé e Juramento, até chegar ao Morro da Serrinha, onde ficava situado. Crescendo em números, após a carta de abolição da escravidão, o quilombo se tornou uma comunidade formalmente livre. Assim, antes de virar favela, a Vila Cruzeiro era popularmente conhecida como Quilombo da Penha (JOSÉ, 2017).

Para além do samba e da religião católica, a Penha tem outras marcas. Os mestres Touro e Dentinho, famosos capoeiristas e os primeiros a levarem a capoeira para fora do Brasil, também nasceram no território. As rodas – muito perseguidas pelas autoridades locais – também era refúgio de um certo Madame Satã, perseguido por ser homossexual e por se envolver em eventuais confusões segundo a comunidade.

O Grotão é uma das 13 favelas que compõem o chamado “Complexo da Penha”, mas o lugar também é conhecido por ter a maior fogueira em tempos de festa junina. A fogueira do Sr. Ananias, ou Cachimbinho, como era conhecida. As brasas ficam acesas por mais de quatro dias (JOSÉ, 2017). O nome “Complexo da Penha” surgiu equivocadamente em 2010, quando

houve a ocupação pelos militares na Vila Cruzeiro. A mudança de nome traz uma mudança de perspectiva sobre o território: me pergunto que olhares existem sob a Vila Cruzeiro e como estes se diferem do chamado Complexo da Penha?

Penha e Grotão são territórios que oferecem ainda hoje acolhida, foram refúgio, simbolizam luta, festa e samba. E samba dos bons. Já “Complexo da Penha” é marcado pela violência policial, pelo tráfico e pelo “terror” que reportam as notícias. Potência e vulnerabilidade. Os nomes são distintos, mas as lentes refletem realidades que caminham juntas no mesmo chão.

### Clínica da Família Felipe Cardoso

A Clínica da Família onde o tele-cuidado aconteceu tem exatos 12 anos de existência, tendo sido inaugurada no dia 10 de dezembro de 2010. Nela encontramos 14 equipes de Saúde da Família e 4 equipes de Saúde Bucal que atendem cerca de 52 mil pessoas, procurando proporcionar 100% de cobertura de Saúde da Família ao complexo de comunidades da Penha (OTICS, s/p). Seu nome advém de uma homenagem ao primeiro secretário municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Felipe Cardoso (OTICS, s/p).

Se vocês visitarem a rede social *Instagram* da Clínica talvez consigam ter uma melhor dimensão de tudo que emerge nesse espaço. Para além de um estabelecimento hospitalar, realizam-se diferentes oficinas para promoção de saúde, roda de conversa com gestantes e campanhas de vacinação infantil que contam com pipoca, refrigerante e pessoas fantasiadas de personagens de histórias infantis a fim de criar um espaço mais acolhedor para crianças. A unidade é ainda uma das que mais contam com profissionais PCD<sup>21</sup>, tendo ganho recentemente um certificado pela iniciativa em inclusão.

Espaço de referência para a população que habita o Grotão, em casos de desconfiança no tele-cuidado bastava falar que estávamos trabalhando com a Clínica da Família Felipe Cardoso nas nossas ligações que as pessoas se tranquilizavam. Mais forte que o nome UFRJ era o nome da CF<sup>22</sup>.

### Equipe do Projeto de Extensão responsável pelo Tele-cuidado

---

<sup>21</sup> Pessoas com Deficiência.

<sup>22</sup> Clínica da Família.

Os territórios também são existenciais. O tele-cuidado é feito por, para e com pessoas. Gostaria de apresentar algumas delas aqui, três específicas que marcaram minha trajetória – algumas já foram até mencionadas nesse estudo.

A Tati, ou Tatiana Clarkson para os que não a conhecem. A primeira vez que a gente se falou foi por áudios no aplicativo *WhatsApp* que tinham por volta de 8 minutos de duração e foi assim que percebi que estava diante de alguém que admirava. A Tati é psicóloga, professora, antiga orientadora do tele-cuidado à época, doutoranda. Mas para além dos títulos, ela é um ser humano maravilhoso que, assim como nós, ligou para uma série de pessoas durante o Projeto. A Tati nos deu apoio, ouviu nossas dores, criou estratégia de cuidado e sempre nos deslocava. Eu sinto que posso chamá-la de monóculo fotográfico. Para quem não lembra o que é isso, se trata de um objeto – um monóculo – que ao olhar para dentro te mostrava uma fotografia. Faço essa comparação pois quando víamos objetos, Tati nos mostrava algo além: as paisagens ou pessoas que ali estavam.

O Joãozinho, ou João Pedro Araújo. Eu conheço o Joãozinho quase a minha vida toda. Nós estudamos juntos desde a primeira série no Colégio Pedro II. Depois estudamos juntos no mesmo pré-vestibular. Depois estudamos juntos na mesma Universidade. Depois vivemos juntos o mesmo Projeto de Extensão. O João quando ligava para alguém cujo número de telefone não estava funcionando, ele falava com as Agentes Comunitárias de Saúde perguntando como poderia contactar aquela pessoa. Ele tentaria todos os recursos possíveis só para saber como as pessoas estavam durante a pandemia, para ter certeza de que nada estaria afligindo aquelas vidas. O João é como um super-herói de quadrinhos, como ele me disse um dia. Porque no tele-cuidado sempre tinha um obstáculo, uma vida em situação de vulnerabilidade, uma pessoa doente, e ele seguia ligando.

A Vic, ou Victória Pasqual. Essa mulher é tão cheia de vida, de alegria, de energia, que mesmo nos dias mais exaustivos de Projeto eu era capturada por suas histórias e narrativas. Ela é um poço de conhecimentos, além de grande defensora do SUS. A Vic me fazia sentir acolhida no tele-cuidado porque parecia sempre que ela entendia. Ela entendia a angústia de sentir que ligações não são suficientes, o medo do que poderia acontecer com certas pessoas em situação de extrema vulnerabilidade, a felicidade de quando uma família está bem, as inseguranças que envolvem os telefonemas. Se a Tati era o monóculo e o João o super-herói, a Vic era o pó de pirilimpimpim: a magia que nos transporta para outros lugares; lugares esses sempre mais felizes e mais acolhedores.



## V.2

### As cenas

Quero agora percorrer contigo algumas das cenas que vivi no tele-cuidado. Apesar de ter trazido fragmentos do meu diário cartográfico durante toda pesquisa, quero mergulhar em experiências específicas, em vivências que expus no papel e que atravessaram corpo. Me utilizo de cenas pois se trata de paisagens, de acontecimentos vividos por uma pesquisadora imunda. É a materialização dos afetos e experiências do tele-cuidado. A partir das cenas procuro levantar discussões e, com um novo olhar sobre tais cartografias, dialogar sobre os efeitos do tele-cuidado e o trabalho realizado.

#### Cena 1

Um cômodo, muitos incomodados.

É mais um dia de supervisão em grupo. Hora de compartilhar as angústias, alegrias e vivências do tele-cuidado. Sem querer, no entanto, caímos no telemonitoramento. Falamos por um tempo de...sintomas? É isso mesmo? "*Cheirar café ajuda a voltar o olfato*", dica que deram para voltar o olfato após ter COVID (anotei). Um tempo, que não sei quanto, foi nisso. Parecia um tempo longo (aí a duração...).

Entre sintomas e diagnósticos, uma fala de uma estudante integrante do projeto me pegou de surpresa:

— *Mesmo não estando na Clínica da Família a gente se aproximou muito dos usuários, conhecemos até a família deles porque ficamos às vezes horas no telefone! Aí a família entra também na conversa.*

O quão transformador é isso para alunos de medicina? O quão transformador é isso pra mim? Ouvimos histórias e tecemos relações em um tempo em que a distância marca os corpos. Paramos de falar dos sintomas. Paramos de falar de COVID. Conversamos finalmente sobre pessoas, sobre como nos sentimos e sobre o plano da experiência. Do inesperado. Da emergência. Daquilo que não controlamos e não medimos.

— *Tem pessoas que não querem responder as perguntas, daí elas desligam...*

Ah, as perguntas do formulário. É claro que as pessoas não querem responder as 78 perguntas fechadas. São perguntas descoladas de suas vivências, são perguntas que nos servem, mas elas servem a eles? São perguntas duras. São perguntas fechadas em si que fecham o encontro e fecham o outro e vão fechando tudo... se alguém me perguntasse quantos cômodos tem na minha casa eu também não gostaria de responder, sinceramente. Desligaria a ligação como se fechasse uma porta.

Uma colega da pós me disse um dia: “Nem o número de cômodos, nem a água encanada, nada disso te oferece algo significativo sobre a experiência do outro. Pergunto ao aluno depois da anamnese: o que você sabe sobre o outro? A resposta em geral é: Nada.”. Essa fala me marcou pois sinto que ela entendeu o que quero dizer sobre as relações burocráticas do telemonitoramento. Sobre o perigo daquilo que é só fechado. Daquilo que não transborda. Daquilo que não liga e não dá liga.

Abduzir o sujeito da cena? É isso que queremos com nossas ligações? Que cuidado é esse que procuramos produzir? Que escuta? Que dicas? Cheirar café entra onde nisso tudo? Me questiono e jogo a pergunta ao meu grupo.

Mas o trabalho é uma verdadeira experiência-pororoca, já diz o Emerson. Os futuros médicos e médicas estão se dobrando em si o tempo inteiro. E eu também estou. Tendo que descobrir e explorar um território em que tenho que dar um nó na distância. Vivenciar relações que estão longe e perto ao mesmo tempo. O encontro pela tela. As desconfianças, a caixa postal, os a-casos que emergem o tempo todo. Simplesmente o tempo inteiro a gente se vê perdido; o tele-cuidado escapa do esperado e a gente se vê num lugar de não-saber esquisito. E eu, que nunca fui fã de falar pelo telefone com estranhos, hoje faço ligações toda semana.

Com o corpo cansado ou desperto.

Eu ligo; ligo para as pessoas, ligo para suas vidas, ligo para nosso encontro.

Ligo, ligamos, ligações de ações de cuidado de encontro.

Encontros ligados. Encontros cuidados. Encontros incomodados.

A gente se aproxima na distância. Liga os pontos que estão longes. Tudo fica perto.

E sobre os cômodos incomodados paramos. Parem os incômodos!

Ligamos para corpos, para vidas, para existências e vivências.

Ou será que se liga apenas pro que é cômodo?

Ou será que se liga quando se é cômodo?

## Cena 2

O N no meio de potêNcia

A Vic vem até mim pedindo ajuda: uma pessoa com quem ela falava no telemonitoramento e havia criado um forte vínculo pede por acolhimento e conselhos, mas a Vic já não atua mais no Projeto. Ela então passa a situação pra mim e me envia o contato da pessoa que aqui chamaremos de PotêNcia.

Ligo para potêNcia. Minhas anotações se encham do que num primeiro momento pareciam centenas de dores não resolvidas. O CID-10 poderia ficar com inveja do número de doenças que surgiram no meu caderno quando perguntei como PotêNcia estava. Depressão, hipertensão, diabetes, dores no joelho, problemas com o stent cardíaco e mais outras centenas de queixas. PotêNcia toma 7 comprimidos no almoço, 3 na janta e 5 à noite. Ela me diz os nomes de remédios que me soam familiares e tento anotar com a mesma rapidez de sua voz. A escutei sobre tudo aquilo que doía – e eram muitas coisas.

PotêNcia (sobre)vive com 150 reais por mês. Por vezes tem que tomar uma decisão difícil: ou ela compra gás - que custa 95 reais hoje - ou ela compra comida, ou os remédios que às vezes faltam na Clínica. Com 150 reais sustenta ainda um filho que mora com ela e que tentou diferentes caminhos para conseguir um emprego. As muitas entrevistas feitas pelo filho começam a se juntar num misto de frustração e raiva. *Por que é tão difícil conseguir um emprego?* Ela me pergunta e eu também.

PotêNcia com todas as dificuldades de saúde também busca por um trabalho e é negada: *"como vamos deixar você trabalhar aqui? você pode cair, não tem condições de trabalhar!"*, dizem pra ela. PotêNcia não é apta ao trabalho para empregadores, mas é pro governo que segue negando o tão desejado auxílio da LOAS, o Benefício de Prestação Continuada à Pessoa com Deficiência (BPC). Enquanto um fala "vai trabalhar", o outro não contrata. Ela fica num limbo, mas não desiste. Como poderia? Ela é potêNcia.

A PotêNcia mora numa casa com risco de desabar. A Defesa Civil vai a sua moradia e pede para que ela se mude: toda chuva que cair é um risco para sua própria potente vida. Mas ela não tem pra onde ir. A Defesa Civil só pede pra ela sair, mas parece não dar os meios pra isso. Eles fecham a porta de sua casa sem abrirem outra. Eles voltam a sua moradia não com soluções, mas um documento para PotêNcia assinar: ela agora se responsabiliza e está ciente de que, caso desabe sua casa e algo aconteça, a Defesa Civil a notificou. Tiraram seus corpos da reta, mas PotêNcia segue lá, no mesmo terreno e na mesma reta. Ela não toma os remédios para

dormir quando chove ou venta, já que sua casa pode vir a desabar sobre si e ela tem que estar pronta. É uma noite de medo.

PotêNcia só quer receber o BPC, sair de 150 reais do Bolsa Família e ganhar R\$400. Como eu... [paro de escrever por um momento]. Como eu posso ajudar PotêNcia? Eu não sei e sou coberta por uma sensação de angústia. Eu ouço tudo que ela tem a dizer com cuidado, tomando notas e entendendo melhor sobre sua história, sobre suas narrativas, suas dores, sobre quem ela é e quem ela está sendo.

Ao final meu caderno se enche de queixas, mas sobretudo de luta. PotêNcia segue potente. Ela pede ajuda “*até ao bandido*” para pagar seu aluguel. Depois de a ouvir chorar – algo que até eu queria fazer, sendo bem honesta – respiramos fundo. Soltamos o ar como quem solta o peso dos problemas no chão. De quem tem carregado coisa demais nos ombros há tempo demais. De quem carrega a casa, a renda, a saúde e esperança de algo melhor.

— *Obrigada Clara, tô mais aliviada de falar com você. Tô até feliz agora.*

Ela me chama de Clara, algo incomum, em geral lembram de Maria. A mãe de Jesus cola mais do que o oposto de escuro. Não sei por que, mas isso me chama atenção por um instante. *Feliz*. Mesmo que das minhas falas e da minha postura não existam soluções, ela está mais feliz. PotêNcia me agradece num ato de gentileza comigo depois de 1h de ligação. O alívio que ela sente é o meu também. Sinto que ela conseguiu desabafar, desabar em palavras e lágrimas. Desaba-se o medo. Desaba-se o morto. Levanta-se o vivo. Levanta-se a vida.

Eu agradeço a conversa e digo que vamos nos falando. Me coloco à disposição e digo que ela pode recorrer a mim agora ao invés da Vic. A ligação termina no telefone e se mantém na alma. Sinto que potêNcia está de fato mais leve. Não sei se posso dizer o mesmo de mim.

Paro na minha mesa de trabalho, sentada de frente pro meu quarto onde vejo minha cama e meus livros. Coloco as mãos sobre meu rosto. Tá nublado no Rio de Janeiro, chove essa semana. *Será que hoje potêNcia dorme?* Penso comigo mesma.

Tenho que checar com a equipe o que pode ser feito. Falar com Assistente Social, com o NASF, com a médica, até com minha mãe. Eu tenho que fazer alguma coisa, ligar não é o suficiente. Ligar não pode ser o fim deste trabalho.

Diário cartográfico, cinco de novembro de 2021

### Cena 3

Sexta-feira ou os limbos do tele-cuidado,  
o que sobra do tele-cuidado sem as relações interseçoras?

Eu estava em São Paulo, rindo numa conversa distraída com meu chefe e uma amiga. Sabe aquele pós trabalho de uma sexta-feira que você já se larga no sofá e deixa seu dia acabar? Foi nesse momento que meu telefone tocou. PotêNcia me liga e eu imediatamente atendo a ligação. Aterrorizada ela estava.

— *Meu filho, o que eu faço com meu filho?!*

Por um instante nada do que ela me diz faz sentido; a ligação está barulhenta e não a escuto bem, sua voz trêmula não ajuda, então peço que ela respire. Respiramos juntas, até eu estava ansiosa naquele momento. *O que céus tinha acontecido?* Andando de um lado pro outro da sala de estar presto atenção na ligação.

Finalmente ela me conta o que estava acontecendo. O filho de PotêNcia enfrentou uma convulsão pois injetou insulina demais quando estava com hiperglicemia. Acho que em termos médicos foi isso – não que eu entenda bem sobre o assunto. Só que essa ligação é bem maior que a insulina. Bem mais que a hiperglicemia. Ela e um outro filho conseguiram com muito custo levar o jovem convulsionando morro acima para onde a ambulância – que tinha demorado demais para chegar – esperava.

O filho está bem. Mesmo tendo ido pra sala vermelha, ele vive e está estabilizado. Já PotêNcia quase perdeu o dedo tentando segurar a língua do filho durante a convulsão. Não sei por que, mas eu consigo imaginar a cena tão bem, parece até que eu estava ali. Esse é com certeza um dos efeitos do ‘tele’: a gente vive os cenários mesmo a distância.

Para além de imaginar, eu consigo sentir. Sinto a dor, a angústia e o medo dela. Os sentimentos de PotêNcia transbordam, vazam pelo telefone e chegam até mim.

Por um instante volto ao modo de atuação que chamo de “como-eu-resolvo-essa-situação”. *O que eu posso fazer? O que eu posso fazer? O que eu faço? Meu Deus, o que eu faço?* Eu não sei quando incorporei essas expectativas em mim, mas elas brotavam com tudo em algumas ligações. Como se eu tivesse que criar soluções. Como se eu tivesse que estar pronta para essas situações. Como se eu devesse respostas a alguém.

Só que algo muda.

Uma chave vira (na minha cabeça) e é sutil como abrir uma porta leve, que já estava destrancada.

Enquanto a ouço contar tudo que aconteceu, os detalhes da história; quando a escuto chorar, reclamar que o filho nunca a ouve e por um instante rimos de como jovens não dão ouvidos às suas mães, eu esqueço do tenho-que-resolver-isso. Eu deixo o “o que eu posso fazer?” na cabeceira da minha mente, do meu corpo. Eu entro num outro lugar de escuta. E é como se meus ouvidos decidissem fazer o que meu corpo não podia: abraçá-la. Porque eu sinto muito que tudo isso tenha acontecido com ela; eu realmente sinto.

Aos poucos a tensão da fala de PotêNcia foi dando espaço para calma e a conversa foi ficando mais leve. O filho está bem. Ela está bem. Lembramos a nós mesmas.

— *Talvez agora ele leve a sério a saúde dele, né? Eu falo tanto com ele...* [conversa continua livremente]

Conversamos sobre o seu filho e ela acabou me contando algumas histórias sobre ele. Ao final da ligação, ela me agradeceu por me importar e somente ao desligar percebi finalmente que PotêNcia não tinha me ligado para resolver a situação de seu filho. Tão pouco para dar respostas ou para que eu fizesse alguma coisa. Será que ligar as vezes é o suficiente? Por que ela me ligou? Sorrio porque sinto que finalmente entendi o tele-cuidado.

Diário Cartográfico, três de dezembro de 2021

## VI DISCUSSÕES LEVES

São três cenas, muitos encontros, diferentes potências, múltiplas pesquisadoras. Espero que tenha conseguido a partir desses cruzos contar mais uma história para adiar o fim do mundo, tal como diz nosso querido Ailton Krenak (2019) e como desejei fazer desde que me inscrevi para o mestrado no EICOS.

As vivências que nascem a partir do dispositivo tele-cuidado vão desenhar uma produção de cuidado que não é obstruída pela distância física de corpos, como já apontamos anteriormente. Ao acompanhar os processos vividos, vívidos e vivos dessa experiência, ao cartografar suas paisagens psicossociais, percebemos que a disponibilidade para acolher e viver os encontros é o ponto central e a chave que destrava modos de vida e trabalho mais potentes.

Assim, apostamos que mais forte do que a presença de corpos no mesmo espaço, é a abertura as relações que podem emergir entre redes vivas – sejam elas por telefone ou não. O encontro criará outros mundos não previstos, como criou em mim inúmeras Maria Claras. O tele perde atenção e nos joga para outra perspectiva: o emaranhado de vidas, atores e encontros que produzem o que chamamos de cuidado.

Quero destacar assim 3 efeitos principais dos encontros que emergiram no dispositivo e puderam ser sentidos a partir das cenas: (1) os acessos criados pela ligação, dando ênfase a como o tele-cuidado e as relações dele emergidas foram chave para abertura de portas na saúde; (2) o encontro de potentes redes vivas como operador do cuidado, pois, resgatando a frase de Emerson Merhy, é apenas a partir dessa prática que será possível tal produção; e (3) da evitação da morte à afirmação da vida, concluindo enfim que as práticas por trás do Projeto de Extensão foram além daquelas previstas em sua concepção. Em outras palavras, houve muita produção de vida na luta contra a morte; na resistência aos asfaltos houve muitas flores.

Caminhemos juntos então mais uma vez, dessa vez afligidos por flechas de afetos e vidas. Ouso falar de flechas aqui inspirada nos vídeos “Flecha selvagem” produzidos por Ailton Krenak e Anna Dantes<sup>23</sup>. Segundo eles, o objeto comum em povos originários abre caminho para que sejam feitas novas perguntas, e é isso que buscamos cocriar aqui.

Queremos propor diálogos, conversas que conduzam reflexões e ideias, gerando novas perguntas, outros problemas e múltiplas saídas. Vamos abrir as discussões leves para que possamos sentir juntos o que é o dispositivo tele-cuidado.

---

<sup>23</sup> Vídeos disponíveis em: <https://www.youtube.com/@selvagemiclo8>

## VI.1

### Flecha I: Os acessos criados pela ligação ou as ligações-acessos

Os acessos ou os furos no muro. As portas que se abrem com múltiplas chaves. Na introdução dessa pesquisa nos questionamos como é possível produzir cuidado quando o telefone é o meio por onde o encontro pode acontecer. No entanto, já percebemos que o telefone não era o único facilitador, não era o meio; mesmo que ainda configure a tecnologia dura essencial para o tele-cuidado, ele é uma das ferramentas na nossa caixa.

Como aponta Annemarie Mol (2008), os aparelhos tecnológicos (TICs) e os usuários resolvem problemas de saúde específicos cooperando entre si; o cuidado produzido é vetor de um arranjo de diferentes atores que performam (*enact*) soluções e estratégias para tais problemas. Mas afinal, o que cria acessos? Seriam esses arranjos? O telefone? O SUS? Existe um único acesso?

Sabe-se que a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família estabeleceram o tele-cuidado como procedimento para manutenção do atendimento à população em tempos de pandemia, procurando evitar a transmissão do vírus e promover saúde. No entanto, argumentamos aqui em prol de outra vista do ponto.

Luiz Cecílio (1997) defende que ao invés de basear e entender os modelos tecno-assistenciais em saúde como uma pirâmide, deveríamos explorar mais a ideia de círculo, visto que esse se associa com a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída necessárias para maior e melhor acesso da população à saúde. Nesse sentido, ao trabalhar com as diferentes possibilidades de entrada que permite o círculo, entende-se que não há uma única porta para os serviços de saúde e para a produção de cuidado.

Mesmo que a Atenção Básica se situe como principal entrada para o atendimento e acolhimento da população em seu território, múltiplas são as chaves para essa porta. Do mesmo modo que enxergamos o SUS como via de acesso gratuito e universal, poderíamos olhar para o telefone, para pessoas e para diferentes tecnologias e espaços como agentes que territorializam esse cuidado. Tudo isso configura em algum grau acessos, possíveis furos no muro. Contudo, foi pelas ligações, pelos bons encontros e a partir de relações interseçoras em ato que tivemos acesso à uma qualificada produção de cuidado.

O ponto (da vista) é que os telefonemas-ligações se configuraram assim como mais do que uma triagem para pessoas com sintomas de COVID-19. Afinal, são mais que um telefonema e é isso que a cena 1 “Um cômodo, muitos incomodados” vai explorar. Os encontros feitos a



partir do tele-cuidado se tornaram meios de acesso a algo mais potente. Então a segunda pergunta chave é: o que se acessa com essas relações?

Já respondemos essa provocação anteriormente quando falamos sobre cuidado, mas baseada na primeira cena quero destacar dois efeitos próprios desse acesso: os alunos que se aproximaram dos usuários e os usuários que não são mais abduzidos da cena.

A fala da estudante de medicina “*Mesmo não estando na Clínica da Família a gente se aproximou muito dos usuários*” marca uma mudança de postura. Se por vezes nos ligamos mais ao roteiro de perguntas e a conversas pautadas em quantos cômodos existem na casa, também ligamos para pessoas, para as vidas que se escondiam atrás da planilha cheia de números de telefones.

É curioso pensar ainda em aproximação quando estamos distantes fisicamente. Ela mencionou “mesmo não estando na Clínica”, como se estar na CF Felipe Cardoso provocasse aproximação. No entanto, o que as vivências do tele-cuidado suscitaram bem é uma reflexão sobre estar perto. Perto, próximo ou longe são bem mais sensíveis do que por vezes consideramos. Como traz Laura Quadros, Claudia Cunha e Anna Uziel, em tempos de pandemia “o contato e contágio, proximidade e distância, afetos e acolhimento, formam um conjunto vibrante, paradoxal, onde perto e longe perdem o antagonismo e se transformam em possibilidades.” (2020, p.8).

Conseguir se aproximar traz consigo uma dimensão para além de metros e centímetros. Envolve o vibrátil do corpo que não é medível. Vibrar é estar vivo; só afeta e é afetado quem, de fato, se faz movimento. Mover-se é acessar e ser acessado a outros movimentos em si. No corpo vibrátil (ROLNIK, 1989) o contato com o outro que está no mesmo espaço ou não, humano e não-humano, mobiliza afetos distintos e transformadores. Será assim a disposição e abertura ao encontro o que criará ligações próximas.

Tais ligações permitiram de fato ligar pontos, vidas, afetos e permitiu acessos. Acesso à Clínica da Família, às informações sobre COVID-19 e possíveis estratégias para os problemas de saúde apresentados. O acesso também foi dos alunos e todos nós participantes do projeto de extensão com o cuidado dos usuários conosco. Como apresentado nas cenas e diários ao longo dessa pesquisa, aprendi muito, senti muito e fui muito bem cuidada.

As portas que se abriram foram diferentes, singulares e múltiplas. Nem sempre fáceis de abrir, demandavam chaves distintas. Algumas portas eram muros. Alguns muros eram furáveis. Outros nem tanto. Alguns cômodos eram confortáveis, outros incômodos. Contudo, grandes ou pequenos, esses acessos iam passando de vida em vida, ligando uma a outra numa dança performada nos escombros de um saber técnico que deu espaço a muita leveza.

O entendimento de círculo do Luiz Cecílio nos ajuda aqui a pensar como diferentes entradas permitiram pessoas a encontrarem e produzirem cuidado. Acesso-eu. Acesso-João. Acesso-Vic e Tati. Acesso-Potência. Acesso-Felipe Cardoso. Fomos entradas e saídas da produção de cuidado. E, tendo isso em vista, o encontro – ou, no nosso caso, as ligações – foram as portas na promoção de saúde.

Por isso o tele nunca foi impeditivo para o cuidado. Pelo contrário, formou-se uma rede a partir do dispositivo, um emaranhado de linhas, atores e vidas que ao se cruzarem produziam acessos ao cuidado, acessos de cuidado.

## VI.2

### **Flecha II: O encontro de potentes redes vivas como operador do cuidado**

Lembram da frase do começo dessa pesquisa? "A prática do cuidado é uma prática de encontro de potentes redes vivas", disse Emerson Merhy. Talvez no começo tudo ainda parecesse bastante abstrato e por isso tivemos que caminhar pelos entendimentos que temos sobre os suportes cuidado e encontro. *Mas e as redes vivas?* Possivelmente você possa se perguntar.

Essas estiveram nas linhas de tudo que aqui foi escrito. As redes vivas são os usuários cidadãos da Clínica da Família, os participantes do tele-cuidado, os telefonemas-ligações, os profissionais de saúde da Felipe Cardoso. São os territórios que habitamos e habitam em nós.

Apostar nas redes vivas é confiar que é pela submissão à presença do outro e afetados por elas que conseguimos construir qualquer prática do que chamamos de cuidado (MERHY, 2009). É entender que é no entrelaçamento de vidas, na formação e ampliação dessas redes que se produz mais vida na vida vivida.

Como abordado anteriormente, a falta dessa rede de encontros, do contato com a diferença, empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos e modos de existências mais potentes. A semente do mudar está nesses encontros de potentes redes vivas e sinto que toda a cartografia vai evidenciando essas emergências, tais acontecimentos vivos.

Especificamente nas cenas 2 e 3 conseguimos observar os cruzos de uma relação que vai se desenhando em ato. Como duas vidas se conectam com outras redes e vão formando esse emaranhado de afetos e efeitos de cuidado.

A segunda cena, nomeada “O N no meio de potêNcia”, é o começo de um encontro com uma pessoa usuária da Clínica Felipe Cardoso que trazia consigo inúmeras complexidades de saúde e sociais, mas sobretudo muita afirmação de vida. A vida dessa mulher é marcada por uma série de desafios e ela compartilha comigo alguns deles. Ao ler a cena percebe-se como as injustiças, dores e angústias vão se somando no meu corpo. Meu ser ia sendo tomado por todos aqueles afetos junto com PotêNcia, como se estivéssemos em ressonância.

Ao final da cena presencia-se eu mesma pensando como ligar não pode ser tudo que fazemos; ligar não era o suficiente. Irônico pensar que todo esse estudo se propõe a dizer justamente o contrário, pois é pela vivência dessas experiências que outra vista do ponto se abre. Minhas reações e afetos nesse primeiro momento me lembram assim do primeiro gênero do conhecimento de Espinosa:

O primeiro gênero de conhecimento é então o conhecimento dos efeitos de encontro, ou dos efeitos de ação e de interação das partes extrínsecas umas sobre as outras. Oh! Não se pode definir melhor. É muito claro. Os efeitos definidos por, os efeitos causados pelo choque ou pelo encontro de partes exteriores umas com as outras define todo o primeiro gênero de conhecimento. (DELEUZE, 2019, p.252)

Todavia, mesmo sentindo a angústia dos dias chuvosos e sendo atravessada por tudo que era me dito, quero destacar sobretudo como meu encontro com PotêNcia cria outras possibilidades de trabalho em saúde e nos desloca de um telefonema para uma ligação. Nesse processo de in-mundização guiada por ela, com sua Rede Viva instituinte, produzimos felicidade, alívios, oxigênio e novos mundos. Se soltamos o ar como quem solta o peso dos problemas, também soltamos as amarras de uma relação burocrática que não nos oferecia nada; nem saúde, nem cuidado.

Em um mundo onde redes de cuidados são muitas vezes pautadas pela forte centralidade nas lógicas de saberes dos profissionais de saúde, ousamos quase sem querer viver o Trabalho Vivo (MERHY & FRANCO, 2003). Naquilo que era CID-10 pra mim, brotou o modo de existência-PotêNcia. Modos de existência potentes. Os remédios ou diagnósticos deram espaço para uma escuta que até queria acolher todos aqueles problemas de saúde, “resolver” suas dores, mas desejava acima de tudo conhecer as inúmeras existências que ela produz, reproduz, se lança, se dobra e se afeta. Como ela sobre dança na mesa nos obstáculos que vive.

Nesse nosso primeiro encontro ainda vivi uma postura hierárquica na relação com PotêNcia. Sua situação de vulnerabilidade por vezes cobria como viseira o conjunto vivo de estratégias de sua vida. Até que ela diz que ficou feliz. Até que ela fura o discurso com toda sua afirmação de vida; é uma linha de fuga narrativa que me provoca. Uma respiração uníssona que

alivia. E de um lugar de sobrevivência, ela me leva pra um caminho vivente. As paisagens mudaram e nisso tudo se encontram cuidados que furam asfaltos inesperadamente.

O que produz cuidado então? Ou quem? A ligação Clara-Potência seria uma aposta. Porém estaríamos reduzindo as redes que atravessam Clara e aquelas que atravessam Potência. Essa ligação é uma síntese de algo maior, de várias ligações. Porque Maria Clara é uma série de devires, multidões, conexões que vão cercando toda trajetória na UFRJ até fora dela. E Potência também é bem mais que usuária cidadã da Felipe Cardoso. Ela é mãe, extroversão, Grotão, potência em ato... Todos esses territórios são linhas vivas que habitam em nós. Que cortam e geram outras Claras e Potências não previstas.

É diante desse entendimento e lançadas nesses afetos que compreendemos as seguintes proposições: as redes vivas possibilitaram bons encontros; o encontro produziu o tele-cuidado, o cuidado circula no estado relacional. E aqui a frase do Emerson ganha ainda mais sentido.

Proponho então uma reviravolta nessa pesquisa (mas será mesmo reviravolta? Ou um novo caminho?). Se eu te perguntar o que foi cartografado em todas essas páginas e diários, talvez você se esqueça do dispositivo em questão e ouse a dizer: os encontros de potentes redes vivas. Esses sim operam a produção de cuidado.

Em meio a morte do COVID-19, Potência fez em mim vida. E o que é cuidado se não justamente se sentir mais vivo?

### **VI.3**

#### **Flecha III: Da evitação da morte a afirmação da vida**

Quanto de vida cabe na luta contra a morte?

Quanto de luta a vida aguenta?

Quanto a vida luta?

Diário Cartográfico, vinte quatro de junho de 2021

"As pessoas estavam morrendo o tempo todo", disse Tatiana quando eu entrei no Projeto de Extensão responsável pelo tele-cuidado. Essa era frase que iniciava o discurso sobre a

necessidade do dispositivo tele em tempos de pandemia. As 691 mil mortes (G1, 2022) eram medidas, vividas e sentidas no corpo de toda uma população. Ou quase toda<sup>24</sup>.

O que fazer para evitar a morte? Como se luta contra um vírus? Notícias nos informavam: o distanciamento social era nossa única saída sem vacina. Hoje eu digo: é pela aproximação que produzimos cuidado durante o COVID-19. Uma que envolvia a distância dos corpos físicos, mas nunca das relações.

Essa flecha é lançada em respeito e exaltação às vidas que nascem nos entremeios de muita morte. Ousamos nessa pesquisa falar das flores colhidas nos asfaltos mesmo que nunca esquecemos daqueles que perderam suas vidas por causa do Coronavírus, do governo Bolsonaro e suas políticas de morte.

Quando o tele-cuidado surgiu havia uma expectativa sobre o monitoramento dos casos, mas brotaram mais efeitos do que o esperado. Ao longo dessa vivência pode-se ver momentos em que fortalecemos nossas redes, rimos, cuidamos e fomos cuidados. Respiramos fundo em coletivo, fomos espaço de escuta e de acesso. Aprendemos a nos aproximar na distância e a cuidar do encontro. Questionamos o questionário, fomos super heróis de quadrinhos e nos importamos mesmo quando não tínhamos as respostas necessárias. Nos implicamos até nas sextas feiras a noite. Cansados, seguimos lutando pela vida, não contra a morte. E percebemos no jeitinho brasileiro as estratégias de produção de mais vida.

A cena 3 “Sexta-feira ou os limbos do tele-cuidado: o que sobra do tele-cuidado sem as relações interseçoras?” é, a meu ver, a máxima do que os encontros nesse dispositivo fizeram florescer. Potência me ligou tão nervosa que até hoje sinto na carne o peso das suas preocupações. Eu não esperava que naquele dia, aquele encontro, podia me ensinar o mais valioso de todo esse percurso: a afirmação da vida foi mais presente que a evitação da morte durante toda cartografia. Ainda que em meio a desafios e asfaltos, a partir dos encontros e forças que ampliam nossa potência de agir no mundo se resistirá as mortes (simbólicas ou não).

Como afirmado por Nietzsche (2012, prólogo §3), “Viver - isto significa, para nós, transformar continuamente em luz e flama tudo o que somos, e também tudo o que nos atinge”. Com luz e flama, telefonemas e encontros, fomos queimando o previsível, a dor e o duro. Fomos queimando a nós mesmos e os mundos que cristalizam modos de existir menos potentes.

No começo dessa pesquisa compartilho um trecho do diário cartográfico em que afirmo como na ausência de respostas médicas, no não-saber, meu encontro com Marcos ficou. E é curioso perceber que ao final da terceira cena eu justamente abro mão do peso das supostas

---

<sup>24</sup> Aqui me refiro as negligências operadas pelo governo Bolsonaro já mencionadas nesse estudo.

resoluções que deveria ofertar, das soluções para problemas de saúde, para compreender em sua totalidade qual era o real efeito do tele-cuidado. Ligar se torna “o suficiente”, tal como exposto na cena, quando se percebe que ali existia uma outra oferta para além de respostas “certas”. Se telefonamos para evitar a morte, ligamos para criar mais vida em nós e nos usuários que atendiam as ligações.

No “dar um jeito” para não deprimir, no uso de máscaras e vitaminas, na conversa com “bandido” para achar uma casa ou na ligação comigo, nota-se que as estratégias de produção de vida são variadas. Foram nas risadas, no alívio no peito depois do choro que afirmamos viver. Viva a vida! Deveríamos ter gritado e comemorado mais na época.

Ailton Krenak (2022) diz no vídeo “Tempo e Amor”<sup>25</sup> que a vida é sua própria arquitetura; ela planta a si mesma. Ele conta que o mar no Rio de Janeiro subiu e desceu 3 vezes produzindo uma areia aparentemente inabitável. Foi assim que a natureza se arquitetou para criação de vida. Bromélias nasceram, passarinhos fizeram brotar outras plantas, formando um ecossistema num lugar onde parecia não nascer nada.

É nesse sentido que ele afirma: a natureza é amor incondicional, é cuidar do outro (KRENAK, 2022), é coletiva. Esse arranjo colaborativo que é a vida também se reflete na nossa pesquisa. Nenhuma palavra escrita, nenhuma produção de cuidado ou afirmação de vida foi sozinha. Essa é uma produção conjunta, uma cartografia viva. Até os argumentos e visões foram mudando ao longo do tempo.

Diante disso, tento responder à pergunta: quanto de vida cabe na luta contra a morte? Muita. Infinitas. Múltiplas. E não quero lhes enganar, leitores, muito menos cair em definições e distinções dicotômicas. Muito dessa caminhada também doeu, cortou e morreu. Mortos de cansaço, de COVID-19, de causas que até hoje não sabemos. Mortos instrumentos e trabalhos. Porém, sobretudo, vida. Vidas entrelaçadas, vivências carregadas de potência de vida e Trabalho Vivo (MERHY & FRANCO, 2003).

Embora por vezes tenhamos pensado que lutávamos pela sobrevivência, nossa visão estava embaçada por dores e afetos tristes também vividos nessa experiência. Até que outros devires entram em ação, como mencionado na segunda flecha.

E se ainda não estiver claro, gostaria de destacar: os usuários da Clínica Felipe Cardoso, com suas Redes Vivas, também produziram mais vida em nós. Nesses encontros percebemos que a proposição de evitar a morte era assim um equívoco. Essas pessoas criam estratégias, movimentos, danças, relações e gambiarras para criação de mais vida mesmo antes da pandemia.

---

<sup>25</sup> Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PeMBCABxXCQ>

Nossas ligações foram mais um desses recursos. Se tornaram mais um ator no qual, como na praia no Rio de Janeiro, fizemos florescer outras paisagens vivas.

Assim, vale afirmar: as praias nunca foram inabitadas ou mortas. O cuidado nunca partiu de nós, profissionais de saúde e estudantes, para eles, usuários. As pessoas usuárias afirmam suas vidas diariamente.

O que realizamos no dispositivo tele-cuidado foi então fazer parte de um arranjo já existente de produção de cuidado vivo. Produção de mais vida na vida que operava como um rizoma (DELEUZE, 1993), afetando todos aqueles que participavam.

Por fim, gostaria de concluir essa flecha com a música “O que é o que é” (1982) do Luiz Gonzaga do Nascimento Júnior, mais conhecido por Gonzaguinha, em que ele descreve como eu nunca conseguiria um pouco do que é essa vida.

Eu fico com a pureza da resposta das crianças

É a vida, é bonita e é bonita

Viver e não ter a vergonha de ser feliz

Cantar, e cantar, e cantar

A beleza de ser um eterno aprendiz

Eu sei que a vida devia ser bem melhor e será!

Mas isso não importa que eu repita

É bonito, é bonita e é bonita.

- Gonzaguinha, 1982

## VII CONSIDERAÇÕES FINAIS?

Nem acredito que chegamos até aqui. Repetindo minhas palavras do começo dessa Dissertação: a presente pesquisa parte da experiência. Uma experiência que atravessou, alimentou, furou, paralisou, doeu, aliviou, cuidou e fez viver. Essas cartografias digitadas em meio a lágrimas, suor e alegrias foram frutos de muitos encontros; fossem eles dentro do EICOS ou da Clínica Felipe Cardoso, por telefone ou *Google Meets*, chegamos até aqui juntos. Nem sempre tão disposta, escrevemos para dar vida, tal como propõe Deleuze (2013).

E muito mudou desde que começamos a caminhar por essas paisagens lá em meados de 2021. A Pandemia do COVID-19 que colaborou para criação do tele-cuidado como estratégia chegou a seu quase fim hoje, em 2022. Com a maior parte da população vacinada, o medo do vírus hoje ainda se encontra em alguns comportamentos – sigo comprando álcool em gel, sendo bastante honesta – mas já conseguimos abraçar, sentir e ver as pessoas novamente.

E talvez esse seja um bom momento para refletir: o tele substitui o presencial? O toque e a presença física podem ser trocados por telas? Essas nunca foram nossas perguntas de pesquisa pois a resposta é óbvia: não. Não nos propomos a trabalhar a dicotomia tele versus presencial, muito menos assumir que o tele é igual ao contato em corpo presente. O ponto de toda essa pesquisa foi pensar que relações, trabalhos e encontros são possíveis dentro do dispositivo tele-cuidado.

Entende-se que a discussão sobre dispositivos tecnológicos no trabalho em saúde é relativamente recente e muito se é debatido sobre os efeitos dessa presença *tech*, principalmente no que cerne ao medo de que tais meios dominem a área e substituam pessoas (MOL, 2008). No entanto, o tele-cuidado não se tratou apenas da inserção de uma tecnologia dura no mundo da saúde pública; ele foi uma estratégia de produção de cuidado que visou continuar o atendimento a população de diferentes territórios brasileiros. Foi uma vivência, uma experiência e uma série de encontros potentes. Foram encontros entre redes vivas.

Com as flechas lançadas e ainda cortando o peito, quero então lembrar com vocês o que fizemos emergir aqui, a partir desse dispositivo.

Nossa jornada se inicia com um objetivo totalmente aberto ao mudar que nos impõe cartografar: entender em que grau relações mediadas pelo tele-cuidado conseguiram ser interseções (MERHY & FRANCO, 2003), além de que produção de cuidado um dispositivo que se situa entre o virtual e o real é possível. Curioso perceber que foi na vivência que percebemos que o virtual e real nem eram o ponto (de vista) protagonista.



Propomos assim linhas; uma referente ao encontro, outra ao cuidado e, por fim, a Atenção Básica. Todas essas linhas formam em uma dança o emaranhado do que seria o dispositivo tele-cuidado.

O encontro, tal qual proposto por Espinosa (2008) e Deleuze, é entendido pela ótica dos mundos não previstos que se abrem a partir dessa relação com a alteridade. Nas nossas flechas conseguimos perceber as inúmeras aberturas, acessos e furos que fizeram os encontros. Saímos do modo “tenho-que-resolver-isso”, do prescrito do questionário de 78 perguntas e nos aproximamos na distância. Criamos mundos de felicidade, respeito e alívio. Mundos cheios de gratidão e onde se importar era talvez a única lei. E nessa implicação muito foi produzido, inclusive cuidado.

Percebeu-se assim que o cartografado nunca foi o tele-cuidado, mas os encontros, potencialidades e desafios que formavam o dispositivo em si. Saímos da evitação da morte e procuramos criar mundos que produzissem mais vida. Os encontros foram assim as chaves múltiplas que destravaram modos de existir e trabalhar pautados menos em burocracia e mais nas relações.

E o que nasce disso tudo? Desses mundos feitos por encontros? Brotam flores, produziu-se cuidado. E essa foi nossa segunda linha. Decidimos então percorrer as paisagens de cuidado cartografadas e percebemos quatro composições principais que depois das cenas fazem ainda mais sentido. A primeira paisagem diz respeito ao cuidado como uma prática que está incorporada a nossa produção de vida e se constitui a partir da própria experimentação da vida de modo participativo.

A paisagem 2 afirma o cuidado como um entrelaçamento; uma prática criada, inventada e reinventada a partir de processos relacionais entre diferentes atores. Como afirmado por Mol (2008), o cuidado é aquilo que as pessoas moldam, inventam e adaptam, todos os dias, nas práticas do dia a dia. Na paisagem 3, complementa-se essa perspectiva ao defender que o cuidado pertence a todos, emerge de todos e não se restringe ao campo de saber dos profissionais da saúde.

Por fim, vemos a paisagem 4 em que o cuidado é também re-existência, principalmente quando habitamos o território do Grotão durante a pandemia. Resistimos aos asfaltos, a COVID-19, ao Jair Bolsonaro e suas ideias. E falando em resistências, também escrevemos sobre o SUS, sobre a Atenção Básica que segue criando linhas de fuga na luta pela saúde pública universal, gratuita e de qualidade.

E se há muito da lógica da escolha (MOL, 2008) e biomédica nesses territórios e práticas, também há muita micropolítica. Muitas forças operam no cotidiano da Atenção Básica. Forças essas intuídas, algumas instituintes, que numa disputa produzem efeitos únicos.

Ao percorrer essas linhas que envolvem e fazem surgir o dispositivo tele-cuidado, notamos que elas se entrelaçam e estão conectadas umas as outras. Colocar o tele-cuidado como dispositivo é então propor um entendimento mais complexo sobre a tecnologia em questão, nos lançando para a capacidade de transformação e desterritorialização que essa possui em si.

Como afirmado anteriormente, o dispositivo é um fazer-saber que não aspira à universalidade por seu caráter coletivo. É uma rede em que cada linha, ator e afeto se influenciam produzindo novas vivências.

E vivemos novas possibilidades de vida. A pandemia em si já nos impôs a reinvenção de modos outros de viver. Tivemos que agir, amar e cuidar mantendo distância. O computador, telefones e virtualidades já existentes viraram ainda mais parte da nossa vida e cotidiano. O encontro se reinventou também. Do habitar a Clínica da Família ao viver o *Whatsapp* e telefonemas-ligações, muito se transformou.

Pelo tele-cuidado entramos em contato com a diferença, e que beleza é poder viver isso. Como já dizia Rauter (2015, p. ) “Quanto mais pudermos entrar em contato com o novo e o diferente, melhor pensaremos e agiremos.”. Esses encontros com diferentes redes vivas e multiplicidades produziram modos melhores de trabalhar e de ser psicóloga. A partir deles cuidamos e fomos cuidadas. Afirmamos a vida, celebramos a existência e percebemos que cuidado tem menos a ver com técnicas e mais a ver com viver mais a vida.

Assim, nessas considerações finais não pretendo concluir essa experiência ou criar um ponto final nessa narrativa, por isso existe um ponto de interrogação nesse capítulo. Não existe um parágrafo final para o que foi vivido. Os efeitos ainda estão aqui, me atravessando cotidianamente nas minhas práticas e existência. Meu encontro com Marcos, PotêNcia, Thiago, Vic, João ou Tati vão para sempre reverberar no meu corpo. Não saio dessa pesquisa a mesma e nem gostaria que saísse.

Contudo, preciso terminar esse texto e para isso decido acabar com um pedido: ousem encontrar, com cuidado e amor, as vidas ao seu redor. Ousem contar mais uma história e não ter medo da rede de vidas entrelaçadas que nos cercam, furam e fazem parte de nós. Pois há muito amor nelas e é o amor que move e cura, como disse Krenak (2021). E lembrem-se, a construção da vida só é possível a partir da colaboração.

Essa pesquisa foi feita para vocês, que também querem fazer viver sem ter vergonha de ser feliz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃ, A. L., MERHY, E. E., GOMES, M. P. C., Tallemberg, C., Chagas, M. S., Rocha, M., ... & Vianna, L. (2013). O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar comum**, 39, 133-44.

ANDRADE, Carlos Drummond de (2002). A flor e a náusea. In: **Poesia Completa**. Introdução de Silviano Santiago. 1.ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Aguilar. p. 118-119.

ARCOVERDE, Léo; ORTIZ, Vanessa. Sem máscara, Bolsonaro é multado pela 6ª vez pela Vigilância Sanitária estadual em SP. **G1**, 21 de outubro de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2021/08/21/sem-mascara-bolsonaro-e-multado-pela-6a-vez-pela-vigilancia-sanitaria-estadual-em-sp.ghtml>

ASSIS, MMA., et al., orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232- 0877-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **R. APS**, Juiz de Fora, MG, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

AZEVEDO, Livia Godinho Nery Gomes. Ética da Alegria e do Encontro: Diálogos entre Deleuze e Espinosa. **O Manguezal-Revista de Filosofia**, v. 1, n. 2, 2018.

BARBOSA, Mariana. Pensamento como forma de dominação. In: AMITRANO, J.; VIESENTEINER, J.; BARBOSA, M. **Deleuze, desconstrução e alteridade** - São Paulo: ANPOF, 2019.

BARROS, R. **Grupo: afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulinas/Editora UFRG, 2007

BERTUSSI, D; BADUY; R. MERHY; E. FEUERWERKER, L. Viagem Cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: **Caminhos para a Análise das Políticas de Saúde**. 1ª Edição, Porto Alegre, 2015.

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. p. 11-16, 2005 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 July 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

BRASIL. Lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020. **Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)** [Internet]. Brasília, DF: Imprensa Nacional; 2020.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1997, v. 13, n. 3 [Acessado 9 Janeiro 2023], pp. 469-478. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>>. Epub 14 Ago 2001. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.

DEJOURS, C. **O Fator Humano**. São Paulo: Ed. FGV, 1997.

DELEUZE, G. **Lógica do Sentido**; tradução de Luiz Roberto Salinas Fortes. São Paulo: Perspectiva, Ed. da Universidade de São Paulo, 1974.

DELEUZE, G. La Littérature et la Vie. In: G. Deleuze, **Critique et Clinique**. Minuit, Paris, 1993, pp. 11.

DELEUZE, G. **Espinosa: Filosofia prática** / Gilles Deleuze - São Paulo: Escuta, 2002. 144p.

DELEUZE, G. **O que é um dispositivo?** In: O mistério de Ariana. Lisboa. Veja: 1996, p. 83-96.

DELEUZE, Gilles. **Conversações** (1972-1990). Tradução de Peter Pál Pelbart. 3.ed. São Paulo: Ed. 34, 2013

DELEUZE, G. **Cursos sobre Spinoza** (Vincennes, 1978-1981) / tradução para o português Emanuel Angelo da Rocha Fragoso, Francisca Evilene Barbosa de Castro, Hélio Rebello Cardoso Júnior e Jefferson Alves de Aquino. – 3. ed. – Fortaleza: EdUECE, 2019.

DIVISÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Guia Orientador de teleconsulta e telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde (APS)**. Abril, 2021.

ESPINOSA, B. Spinoza. **Ética**. 2a edição. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 6 [Acessado 20 Agosto 2022], pp. 1869-1878. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

FIGUEIREDO, EBL; ANDRADE, EO; MUNIZ, MP; ABRAHÃO, AL. Research-interference: a nomad mode for researching in health. **Rev Bras Enferm**. 2019;72(2):571-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0553>

FILHO, Lauro Veiga. Investimento em saúde atinge nível mais baixo em cinco anos. **O Hoje.com**. 23 de junho de 2021.

FOUCAULT, M. (2009). **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal. (Trabalho original publicado em 1976).

FOUCAULT, M. Sobre a História da sexualidade. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996, p.243-276.

FURTADO, Mariama; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saude soc.**, São Paulo , v.21, n.4, p.811-821, Dec. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400002&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 July 2020.

GANDRA, Alana. Estado do Rio de Janeiro confirma o primeiro caso de coronavírus. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 05 de março de 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/estado-do-rio-de-janeiro-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-0> . Acesso em: 29/09/2021

GUATTARI, F. **Psicanálise e Transversalidade** - Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004. (Coleção Psicanálise Século I)

GOMES, Paula; MERHY, Emerson. **Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental** / Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 176 p. : il. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

GUEDES, Octavio. CPI da Covid: Governo Bolsonaro recusou 11 vezes ofertas para compras de vacina. **G1**, 27 de abril de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/blog/octavio-guedes/post/2021/04/27/cpi-da-covid-governo-bolsonaro-recusou-11-vezes-ofertas-para-compras-de-vacina.ghtml>

JOSÉ, Fernando. Complexo da Penha: Como tudo começou. **Voz das Comunidades**. 23 de outubro de 2017. Disponível em: <https://www.vozdascomunidades.com.br/comunidades/complexo-da-penha/complexo-da-penha-como-tudo-comecou/>

KAFKA, F. (2017). **Aforismos de Zurau**. São Paulo: Urutau. (Trabalho original publicado em 1931)

KRENAK, Ailton. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Editora: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, Ailton. FLECHA 3 – METAMORFOSE. 16 de Setembro, 2021. Disponível em: <https://selvagemciclo.com.br/flecha/>

KRENAK, Ailton. FLECHA 6 – TEMPO E AMOR. 21 de Junho, 2022. Disponível em: <https://selvagemciclo.com.br/flecha/>

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação (Rio de Janeiro)**, n. 19, p. 20-28, abr. 2002.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1996.

LATOUR, Bruno; **Cogitamus: seis cartas sobre as humanidades científicas**. 1.ed. Tradução: DIAS, Jamille Pinheiro. São Paulo: 34, 2016. 213p.

LIGAR. In: DICIO, **Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/ligar/>>. Acesso em: 27/07/2022.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARQUES, Mariana Riveiro. **Afeto e sensorialidade no pensamento de B. Espinosa, S. Freud e D. W. Winnicott**. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2012

MATTA, G.; MOROSINI, M (2009). Atenção Primária à Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html#topo>

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 8, e00149720. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. Epub 17 Ago 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.

MENEZES LOURENÇO, G.; STEFANELLO, S.; YURI KAWANISHI, J.; APARECIDA BABY DA LUZ, J. .; QUEIROZ DA SILVA, G.; POLI NETO, P. . A experiência de telemonitoramento por equipes de saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde: breve relato. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 13, p. e019, 2021. DOI: 10.14295/jmphc.v13.1168. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1168>. Acesso em: 6 set. 2022.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em debate*, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, Emerson Elias et al. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. **BRASIL. Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.

MERHY, Emerson Elias et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. spe6 [Acessado 26 Julho 2022], pp. 70-83. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>>. Epub 10 Jul 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>.

MOEBUS, R. N., MERHY, E. E., & SILVA, E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al. organizadores. In:

**Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis, 43-53. 2016.

MOL, A. **The logic of care: health and the problem of patient choice.** New York: Routledge; 2008

NIETZSCHE, Friedrich. **A Gaia Ciência.** Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

OLIVA, Gabriela. 251 mil mortes por covid: Relembre as falas de Bolsonaro sobre a pandemia. **Poder 360**, 2021.

Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/251-mil-mortes-por-covid-relembre-as-falas-de-bolsonaro-sobre-a-pandemia/>. Acesso em: 07/09/2022

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão.** Rio de Janeiro: OMS; 2011.

PAIM, J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. orgs. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2nd. ed. rev. and enl. 1100 p. ISBN 978-85-7541-349-4. Available from SciELO Books.

\_\_\_\_\_, J. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Org.). **Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** 1a ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum.** Porto Alegre: Sulina, 2014

PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. Sobre o corpo-afeto em espinosa e Winnicott. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, dez. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2013000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2013000200003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 jul. 2022.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2006.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>

Quadros, Laura Cristina de Toledo, Cunha, Claudia Carneiro da e Uziel, Anna Paula. ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO E AFETO EM TEMPOS DE PANDEMIA: PRÁTICAS POLÍTICAS DE AFIRMAÇÃO DA VIDA. **Psicologia & Sociedade** [online]. 2020, v. 32 [Acessado 28 Dezembro 2022], e020016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240322>>. Epub 04 Set 2020. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240322>.

RAUTER, Cristina. Clínica Transdisciplinar: Afirmção da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. **Revista Trágica**: estudos de filosofia da imanência – 1o quadrimestre de 2015 – Vol. 8 – no 1 – pp.45-56.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 1989.

RODRIGUES, A. P.; FELIPE, C. R.; LIMA, D. B.; COSTA, L. R. O.; FERNANDES, P. F.; SILVA, R. P. P.; FERNANDES, R. M.; LAZARINI, W. S. **APS em Revista**, Vol. 2, n. 2, p. 189-196 | Junho, 2020. ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i2.100.

ROSSI, André; MEDEIROS, Edimárcio; TRINDADE, Tarso Ferrari. Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clínico-institucional. **Mnemosine** Vol.8, nº2, p. 24-50 (2012).

SAMPAIO, Lucas. Ranking da Covid: como o Brasil se compara a outros países em mortes, casos e vacinas aplicadas. **G1**, 29 de abril de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/04/29/ranking-da-covid-como-o-brasil-se-compara-a-outros-paises-em-mortes-casos-e-vacinas-aplicadas.ghtml/> Acesso em: 29/09/2020

SANTANA, V. R., DE AQUINO, T. R., DE BRITO, B. M., ALMEIDA, C. C., & BARRETO, L. B. (2021). COVID-19: Telemonitoramento como proposta de educação, cuidado e enfrentamento na Atenção Primária: Relato de Experiência.. **Práticas E Cuidado: Revista De Saúde Coletiva**, 2, e9967.

SANTOS, Gabriel dos. RJ: Profissionais da saúde e usuários protestam em frente a clínica da família de São Cristóvão. **A Nova Democracia**. 14 de fevereiro de 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Enfrentamento à Covid-19 em São Paulo Orientações para o teleatendimento na Atenção Básica**. 24 de julho de 2020.

SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde: versão 5** [Internet]. Brasília, DF: SAPS; 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/20200323-ProtocoloManejo-ver05.pdf>

SEIXAS, Rogério Luis da Rocha. Da biopolítica a necropolítica e a racionalidade neoliberal no contexto do COVID-19. **VOLUNTAS – Revista Internacional de Filosofia**, v. 11, ed. 50, 2020, p. 1-11. ISSN 2179-3786

SILVEIRA, R. P.; Leal, O.; SOARES, P. L. S.; CRUZ, L. F.; MODESTO, I. D. M.; BATISTA, L. N.; LAMBERT, L. A.; RODRIGUES, P. A. Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. **APS em Revista**, Vol. 2, n. 2, p. 151-161 | Junho – 2020 ISSN 2596-3317 – DOI 10.14295/aps.v2i2.121.

SIMAS, Luiz Antonio; RUFINO, Luiz. **Encantamento sobre política de vida**. Rio de Janeiro, Editorial Mórula, 2020.



SOUZA, R; ALENCAR, E.; MAJIMA, A.; ROSADO, L.; FERNANDES, A.; ROCHA, P. Uso de tecnologias para telemonitoramento na atenção primária à saúde na pandemia do Covid-19: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, e302101321153, 202.

SOUZA, Severino; FRANCISCO, Ana. O método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios... desenhando caminhos.. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

STEVANIM, Luiz. Precisamos falar das condições de vida. **Radis**,2020.Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/precisamos-falar-das-condicoes-de-vida>

SUDRÉ, Lu. Ações de solidariedade durante pandemia deixam legado de esperança para 2021. **Brasil de Fato**, São Paulo (SP), 31 de Dezembro de 2020 às 12:14. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/12/31/acoes-de-solidariedade-durante-pandemia-deixam-legado-de-esperanca-para-2021>

TEIXEIRA, C. A.. Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. **Saúde da Família**, 2006, 19-29.

WEINMANN, Amadeu de Oliveira. Dispositivo: um solo para a subjetivação. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 18, n. 3, p. 16-22, Dec. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822006000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000300003&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Sept. 2020.