



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

**CARLA MÁRCIA CARVALHO VIEIRA**

UM CORPO-FONOAUDIÓLOGA NA PRODUÇÃO MICROPOLÍTICA DO  
CUIDADO: o entre um centro de reabilitação e um centro de atenção psicossocial

RIO DE JANEIRO

2024

Carla Márcia Carvalho Vieira

UM CORPO-FONOAUDIÓLOGA NA PRODUÇÃO MICROPOLÍTICA DO  
CUIDADO: o entre um centro de reabilitação e um centro de atenção psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social do Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Nereida Palko dos Santos

RIO DE JANEIRO

2024

## CIP - Catalogação na Publicação

V658c Vieira, Carla Márcia Carvalho  
Um corpo-fonoaudióloga na produção micropolítica do cuidado: o entre um centro de reabilitação e um centro de atenção psicossocial / Carla Márcia Carvalho Vieira. -- Rio de Janeiro, 2024.  
70 f.

Orientadora: Nereida Palko dos Santos.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, 2024.

1. psicossociologia da saúde. 2. micropolítica do cuidado. 3. pessoa com deficiência. 4. saúde mental. 5. reabilitação. I. Santos, Nereida Palko dos, orient. II. Título.

Carla Márcia Carvalho Vieira

UM CORPO-FONOAUDIÓLOGA NA PRODUÇÃO MICROPOLÍTICA DO  
CUIDADO: o entre um centro de reabilitação e um centro de atenção psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social do Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada em: 04 de julho de 2024

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Nereida Palko dos Santos (Orientador)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Regina Melchior  
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Karla Santa Cruz Coelho  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

Prof. Dr. Tiago Braga do Espírito Santo  
Universidade Estadual de Rio de Janeiro (UERJ)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação à memória do meu pai, Hermogênio Vieira, que, com sua leveza e alegria, preenchia nossa casa. À memória da minha mãe, Maria Carvalho Pereira, Maria-multiplicidade-mãe, que, com seu exemplo de força e determinação, guiou seus filhos e filhas pelo caminho do conhecimento, acreditando que esse seria um lugar seguro para trilharem; em nome e em honra de seus ancestrais, cujos corpos exauridos da travessia do Atlântico aqui aportaram.

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela vida e saúde que me permitiram chegar até aqui. Dedico esta dissertação a todas as crianças e jovens com deficiência que cruzaram meu caminho, ensinando-me diariamente sobre a beleza e o potencial transformador dos encontros. À minha família, especialmente minha filha Giovana e meu esposo Paulo Henrique, expresso meu profundo reconhecimento. Um agradecimento especial à minha tia Iracy, que tem sido uma presença constante desde a minha infância e, ao longo dos últimos 20 anos, tem me apoiado como uma tia-mãe-avó. Com 82 anos, ela continua sendo o meu suporte fundamental, sem o qual minha jornada neste mestrado seria ainda mais desafiadora.

À minha orientadora Dra. Nereida Palko, pelos ensinamentos, confiança, disponibilidade, paciência, palavras, perguntas e escuta sensível. O seu vibrar junto, com o brilho nos olhos de quem me encontrou semente e caminhou comigo de mãos dadas, foi fundamental para o meu florescer e frutificar acadêmico.

Aos docentes do Programa EICOS e professores convidados, que compartilharam seus conhecimentos de modo afetuoso.

À minha prima Bete, minha tia Nelita e meus primos/sobrinhos Pedro Henrique e Marcella, pelo acolhimento amoroso em sua casa no interior de São Paulo, onde eu podia me dedicar exclusivamente à produção desta dissertação.

Às amigas da FUNLAR: Marcia Beatriz, Patricia Costa, Patricia Medina, Rosangela Machado, Kátia Hernandez, Márcia Fittipaldi, Rosineide, Tânia de Goes, Isabel Cursino, pelo compartilhamento e aprendizagens em meus primeiros passos na trajetória com as crianças e jovens com deficiência.

Às amigas da equipe Unidade Neurológica Infanto Juvenil (UNIJ): Angélica Mariño, Adriana Costa, Flávia Pinhão, Ana Fernandes, Geose, Cecília Altieri, Vanda Azevedo e Francine Espinoza, minha profunda gratidão pela convivência ao longo dos anos. Vivenciamos juntas trocas de saberes, dúvidas, angústias, alegrias e tristezas no dia a dia do nosso trabalho, o qual vivo há 20 anos. Ao longo dessas duas décadas, convergimos em uma prática interdisciplinar que enriqueceu significativamente a nossa atuação.

Às amigas e amigos da equipe do CAPSi-Queimados, Lindsey, Leila, Priscila Oliveira, Priscila Pinto, Paula, Adriana, Sr. Izael e Gabi, pelo apoio, incentivo e ensinamentos nesse campo complexo da saúde mental.

*“Podemos fazer diferente de outros o que já temos como estabelecido, quando emergimos em uma situação já dada [...] Não como sujeitos plenos de razão, mas como certos apostadores, que podem com certos recursos: cognitivo, desejante, instrumentais, por exemplo, aumentar as potências dos nossos fazeres por outros sentidos, para o nosso agir no mundo, produzindo novos significados para as situações.” (Merhy, 2007 p. 14-15).*

## RESUMO

VIEIRA, Carla Marcia Carvalho. **Um corpo-fonoaudióloga na produção micropolítica do cuidado**: o entre um centro de reabilitação e um centro de atenção psicossocial. 2024. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O presente trabalho parte da minha trajetória profissional no cuidado à Pessoa com Deficiência (PCD) na área da reabilitação, no município do Rio de Janeiro, e no campo da saúde mental, no município de Queimados, na Baixada Fluminense, entre os anos de 2020 e 2023. O objeto deste estudo é o cuidado às crianças e adolescentes com deficiência, tendo como principal objetivo a análise dos encontros-guia do cuidado a esse grupo. Sob a perspectiva direta da ação em serviços de reabilitação e de atenção psicossocial, à luz da deficiência como uma categoria analítica interseccional, o estudo expressa e analisa efeitos da formação profissional em saúde, com ênfase em núcleos profissionais e nas matrizes discursivas que operam e estruturam os territórios da produção do cuidado às pessoas com deficiência, ao mesmo tempo que problematiza a relação entre produção teórica e a aplicação do conhecimento, abordando a perspectiva do cuidado em saúde como um cuidado vivo em ato, que acontece na micropolítica dos encontros. O desenvolvimento do trabalho, com inspiração cartográfica na pesquisa do mestrado, possibilita a validação e valorização de fontes investigativas através da ferramenta do diário cartográfico e da memória, para a produção de análises e reflexões na investigação científica sobre o campo do cuidado às pessoas com deficiência, em análises e problematizações da relação entre produção teórica e a aplicação do conhecimento no cotidiano do cuidado nos serviços. A aproximação genealógica do processo histórico e das políticas fundantes que estruturam os dispositivos e a gênese dos serviços, onde os encontros de cuidado ocorrem, assim como da produção de subjetividades e da circulação de afetos, possibilitou compreender as práticas não como a produção de verdades, mas como uma aposta de que toda vida vale a pena.

**Palavras-chave:** psicossociologia da saúde; micropolítica do cuidado; pessoa com deficiência; saúde mental; reabilitação.



## ABSTRACT

VIEIRA, Carla Marcia Carvalho. **A speech-language pathologist-body in the micropolitical production of care:** between a rehabilitation center and a psychosocial care center. 2024. Dissertation (Master's in Community Psychosociology and Social Ecology) – Institute of Psychology, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This work stems from my professional trajectory caring for People with Disabilities (PWD), in rehabilitation, in the municipality of Rio de Janeiro, and in the mental health area, in the municipality of Queimados in Baixada Fluminense, between the years of 2020 and 2023. The object of this study is the caring for children and teenagers with disabilities, with the main objective being the analysis of guiding encounters caring for this group. Under the direct perspective of action in rehabilitation and psychosocial attention services, considering disability as an intersectional analytical category, the study expresses and analyzes the effects of the professional training in health, emphasizing on professional centers and the discursive matrices that operate and structure the territories of production of care for people with disabilities, at the same time that problematizes the relationship between theoretical production and the application of knowledge, bringing the perspective of health care as a living care in action, which happens in the micropolitics of meetings. The development of the work, with cartographical inspiration in the master's research, enables validation and appreciation of investigative sources through the cartographic diary tool and from memory, for the production of analysis and reflection in scientific investigation regarding caring for people with disabilities, in analysis and problematizations of the relation between theoretical production and the application of knowledge in day-to-day care in services. The genealogical approximation of the historical process and the funding politics that structure the services devices and genesis, where the encounters of care happen, as well as the production of subjectivities and circulation of affection, allowed to comprehend the practices not as a production of truth, but as a belief that every life matters.

**Keywords:** health psychosociology; micropolitics of care; people with disabilities; mental health; rehabilitation.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CER	Centro Especializado de Reabilitação Oscar Clark
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CIAD	Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência
EICOS	Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social
FUNLAR	Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IOC	Instituto Oscar Clark
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Pôli, Não-binárias e mais
MS	Ministério da Saúde
NAE	Núcleo de Atendimento ao Estudante
NPNDPCD	Novo Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
PCD	Pessoa com Deficiência
PPM	Pintor de Pedrinhas Miudinhas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPCD	Rede de Cuidada à Pessoa com Deficiência
SEMUS	Secretaria de Saúde do Município de Queimados
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMEL	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SMPD	Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência
SMS-RIO	Secretaria de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro
SMTE	Secretaria Municipal de Trabalho Emprego e Renda
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TR	Técnica de Referência
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIJ	Unidade Neurológica Infanto-juvenil
VISA	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>A PRODUÇÃO DO CUIDADO SE DÁ NA MICROPOLÍTICA DOS ENCONTROS.....</b>	<b>24</b>
2.1	O CORPO COMO LUGAR DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE .....	27
<b>3</b>	<b>COMPREENSÕES DO MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO E A CRIAÇÃO DO SUS .....</b>	<b>31</b>
3.1	SUS - O ANTES E O POR DENTRO DO MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO.....	31
3.2	A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MEU CAMINHAR CARTOGRÁFICO .....	33
3.3	DO MOVIMENTO DE LUTA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA .....	36
3.4	UMA COMPREENSÃO DE COMO SE FORJA A REABILITAÇÃO NO CAMPO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, A PARTIR DO MEU CAMINHAR CARTOGRÁFICO.....	37
<b>4</b>	<b>CAMPO DA PESQUISA: ME CONHECENDO RIZOMA .....</b>	<b>41</b>
4.1	SOBRE MIM...E UM POUCO SOBRE QUEM ESTOU ME DESCOBRINDO COM A PESQUISA.....	41
<b>5</b>	<b>(ME) CARTOGRAFAR: ACOMPANHAR PROCESSOS E REFLETIR SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO .....</b>	<b>43</b>
5.1	MEU ENCONTRO COM O ROQUEIRO EM MEIO A PANDEMIA.....	43
5.2	O MEU ENCONTRO COM PINTOR DE PEDRINHA MIUDINHAS.....	52
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho parte da minha trajetória profissional no cuidado à Pessoa com Deficiência (PCD)<sup>1</sup> na área da reabilitação, no município do Rio de Janeiro, e no campo<sup>2</sup> da saúde mental, no município de Queimados, na Baixada Fluminense<sup>3</sup>, entre os anos de 2020 e 2023.

O cuidado à PCD tem sido a minha atuação desde o meu primeiro vínculo empregatício no serviço público como fonoaudióloga, em 1995. Iniciei na Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula (FUNLAR)<sup>4</sup>, em uma experiência que durou até maio de 1999 e me proporcionou os primeiros passos do trabalho em uma equipe multidisciplinar. Na FUNLAR, pude experienciar e operar a multidisciplinaridade para além do conceito dicionarizado de *locus*: várias disciplinas ou conhecimentos de diversas áreas profissionais atuando juntas. A multidisciplinaridade ali era muito bem demarcada pela existência de coordenações e setores por núcleo profissional. Na prática, participei de equipes formadas por duplas, trios ou equipes com mais profissionais, em que a fonoaudiologia compunha os atendimentos com a terapia ocupacional, outras vezes com a fisioterapia, outras com a musicoterapia, ou todas juntas, dependendo do caso e suas necessidades.

Experienciei, na multiprofissionalidade, que o poder de escolha e condução do

---

<sup>1</sup> Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, 2015).

<sup>2</sup> Campo é “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (Campos, 2000 *apud* Campos, 2000).

<sup>3</sup> A Baixada Fluminense é a segunda maior região em concentração populacional do Estado do Rio de Janeiro, formada por cidades de pequeno e médio porte, com uma dinâmica geográfica que faz da região uma área heterogênea e complexa. Em 2020, a população estimada era de 3.908.510 moradores, distribuídos nos seus 13 municípios: Queimados, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, São João de Meriti, e Seropédica (Ribeiro; Santos Junior, 2023).

<sup>4</sup> Na FUNLAR, fui aprovada por concurso público, porém o meu vínculo empregatício era como celetista, visto que era uma autarquia municipal pertencente à administração indireta da prefeitura do Rio de Janeiro, vinculada à secretaria de assistência. A história da FUNLAR, começou em 1920, como Abrigo Francisco de Paula e integrou a Associação Espírita com o mesmo nome. Era uma entidade de caridade filantrópica, para atendimento à criança com deficiência, localizada no Bairro de Vila Isabel. Foi municipalizada em 1983 passando a se chamar Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula – FUNLAR. No ano de 2007, a FUNLAR, que já vinha atuando com o “status de”, foi transformada na primeira Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD) no país (Rio de Janeiro, 2008).

tratamento eram exclusivamente alicerçados no núcleo<sup>5</sup> das profissões em que, a cada momento, um profissional com sua expertise ocupava a centralidade do cuidado com a escolha do melhor procedimento ou técnica. Em outras palavras, na multiprofissionalidade havia uma fragmentação dos saberes e do cuidado e, conseqüentemente, a fragmentação do usuário por especialidades<sup>6</sup>.

O ano de 1999 marcou um período de mudanças significativas na minha trajetória profissional, quando solicitei exoneração da FUNLAR para assumir um cargo na Secretaria de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (SMS-RIO), além de ter sido convocada para outros dois concursos. Em fevereiro, assumi o cargo na Secretaria de Saúde do Município de Queimados (SEMUS) e, em agosto, na SMS-RIO. Nesta última, optei por ser lotada na Superintendência de Vigilância Sanitária, sendo a distância entre o trabalho e a minha residência o principal motivo dessa escolha.

O Sistema Único de Saúde (SUS) estava próximo de completar 10 anos de sua implementação e, nesse contexto, a diretriz/princípio de descentralização ainda estava em curso em todo país. Com isso, algumas atribuições/ações anteriormente praticadas pela Vigilância Sanitária (VISA) estadual estavam sendo paulatinamente descentralizadas para os municípios, como no caso da Fiscalização e VISA de estabelecimentos de saúde sem internação<sup>7</sup>, sendo essa a área em que fui atuar, integrando equipes compostas majoritariamente por médicos e médicas veterinárias, enfermeiros, enfermeiras e dentistas. Nesse momento, a VISA já contava com um terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga, e estava agora recebendo mais profissionais, perfazendo um total de cinco fonoaudiólogas para compor as equipes de fiscalização sanitária.

Mas o que faria uma fonoaudióloga na VISA<sup>8</sup>? A minha escolha não se deu

---

<sup>5</sup> Núcleo profissional constitui cada uma das 14 categorias de profissionais de saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde. O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional (Brasil, 1998).

<sup>6</sup> As equipes, conforme a sua composição, podiam usar as salas pelas especialidades: fonoaudiologia, ou da fisioterapia, da terapia ocupacional, musicoterapia, psicologia, além de uma sala ampla onde também ocorriam os atendimentos em psicomotricidade. Havia, ainda, o setor serviço social e o setor médico. Os atendimentos eram prioritariamente em grupo e excepcionalmente de modo individual.

<sup>7</sup> Óticas, farmácias, salões de beleza, consultórios e clínicas das mais diversas categorias de profissionais de saúde.

<sup>8</sup> O trabalho que realizava era burocrático, de análise documental em processos tanto dos profissionais quanto dos estabelecimentos, seguidas de visitas em equipe para fiscalização das condições higiênicas sanitárias do local; pré-requisitos à concessão da licença sanitária, chamada também de assentimento sanitário. As fiscalizações também ocorriam após concessão da licença, fosse para fiscalização regular, o que era o menos comum, devido ao número de profissionais insuficiente nos serviços para as demandas ou fossem a partir de denúncias por possível infração sanitária.

pela afinidade com o trabalho, mas sim, pela localização de fácil acesso, no Centro da cidade. Eu, que já vinha de grandes deslocamentos para o trabalho na Zona Oeste e na Baixada Fluminense, optei por encurtar as distâncias atuando na VISA, onde permaneci até meados do ano de 2003, conformando um interstício de 4 anos e meio na minha trajetória no cuidado à PCD na SMS-RIO.

Após sair da VISA, a experiência iniciada em 2003 na SMS-RIO, também em equipe multiprofissional, foi bem distinta da primeira experiência com PCD. Aqui, por caminhos distintos vivenciei o processo de passagem da multidisciplinaridade para a lógica da interprofissionalidade na reabilitação.

Passados mais de 15 anos, aproximei-me da lógica da entreprofissionalidade, proposta a partir da fala do professor Merhy no vídeo *Cuidado no Entre Profissional* (Cuidado [...], 2020). Procuo discorrer a respeito das minhas experiências mais adiante, ao abordar o início do trabalho no Instituto Oscar Clark (IOC) e, posteriormente, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Retornando às mudanças mencionadas na minha trajetória, no ano de 1999, também iniciei meu trabalho na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da prefeitura de Queimados, onde atuei por 20 anos em centros de saúde na atenção básica, quase que exclusivamente no atendimento a crianças e adolescentes, até minha última lotação, em 2019, no ambulatório do Núcleo de Atendimento ao Estudante (NAE)<sup>9</sup>.

Mesmo estando lotada em unidades e realizando atendimentos ambulatoriais, eu atendia crianças e adolescentes com deficiência, visto que, na cidade, até aquele momento, não havia serviços municipais especializados para esta população, com exceção do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), onde escolhi trabalhar após a extinção do NAE, tanto pelo contexto da Covid-19, quanto pelos efeitos das mudanças na gestão municipal após as eleições. Escolhi trabalhar no CAPSi a partir de 2020 pela possibilidade de atuar em equipe e atender crianças com

---

<sup>9</sup> O Núcleo de Atendimento ao Estudante foi criado inicialmente para atendimento integrado entre saúde e educação para atendimento de crianças da rede pública municipal com dificuldades de aprendizagem escolar. Quando da minha lotação o serviço já havia sido desconfigurado e desmembrado entre as duas secretarias. O NAE que eu fui integrar funcionava dentro da maior unidade de saúde pública do município de Queimados e, no contexto da pandemia precisou ser transformada em centro de referência para atendimento para a Covid-19, visto que não há hospital público na cidade. Antes da extinção do NAE eu ainda permaneci alguns meses realocada em outra unidade de saúde, o ambulatório de saúde mental, porém sem nenhum vínculo de atendimento aos usuários dessa unidade, era somente uso do espaço físico. O ambulatório de Saúde Mental, apesar do nome, não integrava a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS e sim aos ambulatórios de especialidades, com fonoaudiologia, psicologia e atendimento médico em neuropediatria e atualmente contando com médica psiquiatra infantil.

Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) pela primeira vez no município de Queimados. Acreditava que poderia contribuir com minha experiência no atendimento desses usuários na reabilitação e, agora, aprofundar meus conhecimentos na atenção psicossocial.

Poder transitar nesse *entre* dois mundos – a área da reabilitação e o campo da saúde mental, na produção do cuidado ao TEA – foi o que me impeliu a trazer o cuidado como tema desta dissertação. Após um processo de reflexão sobre, no e para o trabalho, penso que me colocar no *entre* só foi possível porque o TEA foi colocado neste *entrelugar* pelo próprio Ministério da Saúde (MS), quando alocou o cuidado às pessoas com autismo na Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>10</sup> em duas de suas redes temáticas, a serem coordenadas pela atenção primária<sup>11</sup>: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD). Essa configuração indica que nem mesmo no âmbito do MS há consensos ou delimitações claras sobre as redes e, em última análise, sobre as matrizes que operam a organização do cuidado no campo do TEA.

Nesse contexto, o MS lançou dois documentos normativos para estas duas redes distintas que, atualmente, habitam no que constitui a produção da minha existência no mundo do trabalho em saúde: as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA<sup>12</sup> e as Linhas de Cuidado ao TEA<sup>13</sup>. As diretrizes concebem a pessoa com autismo como uma pessoa com deficiência, estabelecendo que o tratamento deve ser realizado na área da reabilitação e proporcionando orientações à equipe multiprofissional dos pontos de atenção da Rede SUS para o cuidado à saúde

---

<sup>10</sup> As RAS “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2020). É composta por cinco redes temáticas coordenadas pela atenção primária: a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil - Rede Cegonha; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

<sup>11</sup> A 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” (Brasil, [2021?]). É a principal porta de entrada para o SUS devendo organizar o fluxo dos serviços dos mais simples ao mais complexo.

<sup>12</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes/diretrizes-de-atencao-a-reabilitacao-da-pessoa-com-transtornos-do-espectro-do-autismo.pdf/view>. Acesso em: 23 mar. 2023.

<sup>13</sup> Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/> e em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf). Acesso em: 23 mar. 2023.



da pessoa com TEA e de seus familiares (Brasil, 2014). Em contrapartida, nas Linhas de Cuidado, o autismo é classificado entre os transtornos mentais, e o cuidado é direcionado à RAPS.

Nesse momento, faço uma digressão nas buscas em minhas memórias e me dou conta de que a minha passagem pela Visa não foi somente um interstício entre um trabalho e outro no cuidado às PCDs, mas, sim, a minha primeira experiência em que o campo profissional da saúde se sobrepunha ao núcleo profissional da fonoaudiologia. Em outras palavras, estava eu, mais uma vez, trabalhando em equipe multiprofissional em que as experiências e aprendizagens foram muito diferentes da prática profissional da fonoaudiologia clínica<sup>14</sup>, que compreendia fruto da minha formação e vinha se realizando ao longo dos anos. Pude vivenciar no SUS a fonoaudiologia sob outra perspectiva, em uma “assistência indireta”, mas com ações que iriam impactar diretamente na assistência e serviços prestados pelo profissional de saúde nos estabelecimentos.

No ano de 2003, iniciei uma nova experiência de trabalho em equipe ao ser lotada no então Instituto Municipal de Reabilitação Física Oscar Clark, referência em reabilitação, cuja história se entrelaça com a própria trajetória da reabilitação no Estado do Rio de Janeiro e das mudanças na atenção à saúde das Pessoas com Deficiência (PCD) no país.

Com as mudanças que vinham ocorrendo na política de saúde no início dos anos 2000, foram gestadas as discussões e proposições que se efetivaram na área da reabilitação a partir do protagonismo da FUNLAR, uma autarquia que era pertencente à secretaria de desenvolvimento social, mas já possuía *status* de secretaria da pessoa com deficiência, sendo posteriormente efetivada com esta denominação e função: Secretaria Municipal da PCD.

Assim, no ano de 2002, o IOC já havia discutido sobre a ampliação da oferta dos serviços e atendimentos em reabilitação. Contudo, a ampliação não comportava em sua “unidade-mãe”, no Bairro do Maracanã, onde os atendimentos eram setorizados. Dessa forma, o IOC expandiu suas atividades demandando a ampliação do quadro de servidores, recém admitidos por concurso público, alguns em seu primeiro emprego, para formarem as equipes que iniciaram os atendimentos no

---

<sup>14</sup> A fonoaudiologia clínica é atuação fonoaudiológica em avaliação, diagnóstico, tratamento e prevenção, nas áreas da linguagem, voz, audição, motricidade oral, além de atuações específicas no âmbito hospitalar.

Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência (CIAD), Mestre Candeia, localizado no Centro da cidade do Rio de Janeiro.

O CIAD enquanto projeto, nasceu em 2001, a partir do diálogo entre as diversas secretarias que o compõem: Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD), há época ainda FUNLAR, Secretaria Municipal de Educação (SME); Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL) e Secretaria Municipal de Trabalho Emprego e Renda (SMTE). Com uma proposta inovadora e audaciosa de atendimento interdisciplinar nas mais diversas áreas à PCD e seus familiares (Rio de Janeiro, 2008).

A expansão dos serviços propiciou o retorno dos atendimentos em reabilitação infantil, que estavam descontinuados na unidade Maracanã, e eu integrei esse novo serviço e a nova equipe de atendimento na Unidade Neurológica Infanto-Juvenil (UNIJ), em 2003.

Nesse novo local de trabalho, um desafio se apresentou de imediato. Não existiam salas individualizadas por profissões ou especialidades, como na minha primeira experiência na FUNLAR. Neste momento, precisei trabalhar com todos os profissionais no mesmo espaço e ao mesmo tempo. Essa forma de trabalhar, mesmo para mim, que já tinha experiência com trabalho em equipe, como descrevi no início da minha trajetória, era uma novidade. Tratava-se de uma aposta inovadora nos modos de se fazer reabilitação, que vinha se desenhando no município do Rio de Janeiro através das políticas públicas, culminando com a inauguração do CIAD.

Rememorando a experiência daquele momento, o prefeito Cesar Maia, em seu mandato anterior, havia introduzido o conceito de macrofunção, buscando uma visão integrada da gestão pública. Acredito que, impulsionados pela Constituição Federal quanto à descentralização dos serviços de saúde, como ocorreu no governo de Fernando Henrique Cardoso, o Decreto nº 3.298, de 1999, regulamentou a Lei nº 7.853, de 1989, surgindo como um dos principais documentos normativos garantidores da cidadania das pessoas com deficiência. Esses documentos deram propulsão aos princípios, às diretrizes, aos objetivos e aos instrumentos da Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. Ao meu ver, a busca pela integração das secretarias de saúde, educação, esporte e lazer, trabalho e renda, garantindo o atendimento à PCD desde o diagnóstico até o tratamento e encaminhamento para o mercado de trabalho, pode ter refletido na escolha da criação do CIAD, incluindo seu local de funcionamento, no prédio de propriedade do Instituto

Nacional de Seguridade Social (INSS)<sup>15</sup>, com um posto do INSS exclusivo para atendimentos às PCD, na proposta interdisciplinar e até intersetorial, entre outras, como um efeito dessa experiência de gestão integrada (Peralta, 2004; Rio de Janeiro, 2008).

Vinculada à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, a FUNLAR foi a instituição responsável pela coordenação, formulação e execução de programas para a pessoa com deficiência no município do Rio de Janeiro. A partir de 2001, a FUNLAR, junto com outras secretarias da área social, realizou um mapeamento de políticas municipais voltadas às PCD, concluindo que, para um avanço significativo no atendimento a esta população deveriam, não só integrar ações setoriais, mas também concentrá-los no mesmo local para facilitar o acesso do usuário aos vários serviços de reabilitação e promoção social.

O convívio entre as secretarias se mostrou, à época, mais um fator benéfico do que de conflitos. Acredito que foi por isso que foi do interesse dos coordenadores do CIAD a criação de outros centros, a começar pela Zona Oeste (Peralta, 2004; Rio de Janeiro, 2008).

No CIAD as salas eram amplas, semelhantes a ginásios, onde as equipes formadas por fonoaudiólogas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas e psicólogas(os) se encontravam e os atendimentos aconteciam. Para os casos específicos, quando necessário, os profissionais da psicologia usavam os consultórios médicos. Ocorre que, mesmo com todos os profissionais no mesmo ambiente, não havia a garantia de um atendimento interdisciplinar, muito pelo contrário, cada profissional buscava um local isolado nesse grande ginásio e os tatames viravam uma espécie de “salas de atendimentos individualizados”. O espaço foi disponibilizado, mas o modo de trabalhar nele, não. Cada profissional era responsável pelo atendimento inicial de uma criança e, após os procedimentos, realizava-se uma espécie de “rodízio” com as crianças entre os profissionais. Essa dinâmica era a forma de garantir que todas fossem atendidas pelas especialidades, num modelo de atendimento multidisciplinar fragmentado. Predominava a lógica ambulatorial, reproduzindo o modelo biomédico, com foco nas especializações e nos núcleos profissionais nos quais fomos formados na graduação.

---

<sup>15</sup> O prédio onde funciona o CIAD é de propriedade da Previdência Social (INSS) e funcionou como Centro de Reabilitação Profissional do Rio de Janeiro entre os anos de 1993 e 2000 (Rio de Janeiro, 2008).

Nessa lógica de trabalho, onde todos se encontravam, as crianças passaram a explorar o ginásio. Algumas engatinhavam, outras arrastavam, caminhavam ou simplesmente observavam. Buscavam outros corpos, humanos ou não. Nesse movimento, iniciado pelas crianças, os profissionais passaram a acompanhar seus interesses, formando grupos de crianças e profissionais enquanto os atendimentos ocorriam. Nesse modelo, que se desenhava naturalmente, as necessidades e peculiaridades de cada criança começaram a ser reconhecidas pelos profissionais, ao mesmo tempo em que o cuidado se manifestava na micropolítica do trabalho vivo em ato, onde o agir se torna um processo produtivo, no campo das relações e das tecnologias leves, marcado pela total possibilidade de o trabalhador atuar no ato produtivo com máxima liberdade (Merhy, 2007).

Nesse modelo de cuidado que fomos construindo, não apenas os saberes e fazeres profissionais, mas também as dúvidas e angústias eram compartilhadas. O cuidado em ato se constituía e confluía na perspectiva da interdisciplinaridade, com o usuário no centro do processo, numa rede internúcleo das profissões, onde o poder de decisão sobre o “cardápio” do cuidado a ser oferecido era uma articulação dos saberes dos núcleos profissionais. Contudo, ainda não havia o saber do outro; não havia alteridade ou compreensão de que a vida do outro, tanto individual quanto coletiva, precisava ser considerada entre os profissionais, com suas subjetividades e desejos, conforme aponta Merhy (Cuidado [...], 2020) em seu vídeo intitulado “Cuidado Entre Profissionais”<sup>16</sup>.

Frequentemente, as palavras multidisciplinaridade e multiprofissionalidade são usadas como sinônimos, mas nesta dissertação, optei pelo termo multiprofissionalidade, pois compreendi, a partir das tipologias de equipe apresentadas por Peduzzi (2001), que o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas na interação de diferentes áreas profissionais em articulação e cooperação nas ações entre os profissionais (Peduzzi, 2001). Nesse sentido, nossa prática que se iniciou de forma multiprofissional, no cotidiano do serviço, avançou para uma prática interprofissional. O interprofissional não é o novo lugar ideal, o lugar de “definição” do comum; é lugar de indiferenciação, que convoca o aprender e o pensamento da criação (Ceccim, 2018).

---

<sup>16</sup> Disponível em: <https://youtu.be/ilacwgeKoeE?si=P7QV0SfiK94CCqko>. Acesso em: 06 mar. 2023.

A interprofissionalidade favorece as trocas de informações e conhecimento, a cooperação solidária nos fazeres, a atenção corresponsável às necessidades em saúde para a construção de projetos terapêuticos. Estar no *centro* do cuidado da equipe interdisciplinar posiciona o usuário na posição do outro, do objeto, do receptor da produção da equipe. Merhy (Cuidado [...], 2020) nos adverte que não é que nós, profissionais de saúde, não tenhamos lugar nesse mundo das práticas do cuidado interdisciplinar; a entreprofissionalidade nos coloca em análise sobre as limitações da interprofissionalidade e nos lembra que não devemos tratar o usuário como objeto do nosso núcleo profissional, nem como parte da nossa rede internúcleo, que é o espaço da interdisciplinaridade, conforme aponta o autor.

Na perspectiva da entreprofissionalidade, no ato de estar entre, o usuário se torna verdadeiramente protagonista, convocando os profissionais como facilitadores de suas potências, enriquecendo suas vidas com novos sentidos; essa é a produção de mais vidas nas vidas vividas (Cuidado [...], 2020).

Somente acessei essa compreensão sobre o cuidado interprofissional por meio da pesquisa da Rede de Cuidado à PCD<sup>17</sup>, onde pude analisar a produção do cuidado que realizava. Essa compreensão foi amadurecendo ao longo do mestrado, como trarei mais adiante neste trabalho dissertativo, no qual busco trazer minha experiência<sup>18</sup> enquanto aquilo que me afeta, o que me toca (Bondiá, 2002), nos encontros, conforme nos é apresentado por Espinosa, na compreensão do que é o encontro. Experiências vivenciadas no cotidiano do mundo do trabalho, experienciadas em meu corpo, são trazidas como meus encontros-guia.

---

<sup>17</sup> Pesquisa “Análise da Implantação da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência - os Usuários, Trabalhadores e Gestores como Guias”, desenvolvida por pesquisadores dos grupos de pesquisa “Observatório de Políticas de Saúde e Formação em Saúde” e “Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva”. A pesquisa faz parte da chamada 35/2018 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde – Decit/SCTIE/MS e a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – CGSPD/DAPES/SAS/MS, e desenvolvida no âmbito da Linha 2: “Análise dos serviços de reabilitação habilitados como Centros Especializados em Reabilitação (CER) pelo Ministério da Saúde, com relação à adesão aos princípios e às diretrizes definidos nas normativas da RCPCD”.

<sup>18</sup> A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar se tempo e espaço. A experiência é, por sua vez, uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo). O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana (Bondiá, 2002, p. 24-26).

Esta pesquisa tem como objeto o cuidado às crianças e adolescentes com deficiência e seu objetivo principal foi analisar os encontros-guia do cuidado destes grupos. O objetivo específico foi mapear os efeitos na produção do cuidado a partir das experiências vividas nos encontros com *Roqueiro*, entre os anos de 2019 e 2021, no Centro Especializado de Reabilitação Oscar Clark (CER), e com o *Pintor de Pedrinhas Miudinhas* (PPM), entre 2021 e 2023, no CAPS de Queimados.

A perspectiva do cuidado em saúde que trago nesta dissertação baseia-se nas formulações do professor Emerson Elias Merhy (2007), em que o cuidado acontece na micropolítica do encontro com o outro, seja este individual ou coletivo. Estes encontros foram cartografados a partir das minhas memórias, inspirada pela pesquisadora Ermínia Silva (2007), que, em sua pesquisa sobre circo-teatro, acompanhou artistas-guias. Essa abordagem me permitiu chamar meus encontros de encontros-guias, uma vez que a autora mapeou instituições, práticas e saberes, além das redes de conexões múltiplas de seus artistas-guias, abrindo acesso a múltiplas fontes que forneceram elementos para a construção da memória dos seus viveres circenses (Feuerwerker; Bertussi; Merhy, 2016).

O conceito de encontros-guia construído nesta dissertação tem por base a formulação do professor Merhy (2007), que nos diz que o *cuidado acontece no encontro*, tendo como intercessor o filósofo Baruch Espinosa (2021). Em sua obra clássica, *Ética*, Espinosa compreende o *Afeto* como as afecções do corpo, pelas quais a nossa potência de agir é aumentada ou diminuída, resultando em bons e maus encontros. Nesse sentido, o uso metodológico do encontro como guia, como produção do cuidado, se dá na micropolítica do cuidado, surgindo nesse processo de alteridade, de escuta e de afetação que ocorre quando estamos diante da presença do outro.

Deleuze (2019) sobre Espinosa, nos diz:

[...] nós só podemos conhecer os corpos exteriores pelas afecções exteriores que produzem sobre o nosso. [...] Eu conheço somente as misturas de corpos e somente conheço a mim mesma pela ação de outros corpos sobre o meu, pelas misturas (Deleuze, 2019, p. 49).

O processo cartográfico foi usado como bússola para me guiar de modo ético, estético e político, conforme o rigor necessário à pesquisa que se propõe cartográfica. Ético, como modo de aproximação cuidadosa e respeitosa com os outros que estiveram comigo nesta pesquisa. Estético, num devir-Corpo-Carla-fonoaudióloga, me

compondo sem preocupação com a neutralidade, pois é uma pesquisa implicada visto que sou a pesquisadora e a pesquisa. Político, enquanto postura assumida nos meus encontros guias, e nesta pesquisa, onde não pretendi demonstrar caminhos certos ou errados, mas caminhos vividos e sentidos no meu corpo, na minha subjetividade, nas minhas singularidades, de modo que atravessam meu corpo num determinado contexto histórico (Rolnik, 2011).

Nesse caminhar cartográfico, conecto-me como rizoma<sup>19</sup> na construção de mapas. O mapa faz parte do rizoma, é aberto, conectável em todas as suas dimensões; é desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente (Deleuze; Guattari, 2011), e por isso, passível de transformação.

A cartografia vai traçando seus desenhos em movimento, num processo inacabado e aberto, pois é vivo, refletindo sobre o Eu-pesquisada e pesquisadora. Falo de mim e dos meus encontros em movimento ao mesmo tempo; há uma construção e transformação das paisagens que formam as paisagens psicossociais (Rolnik, 2011), uma vez que:

A prática de um cartógrafo diz respeito, fundamentalmente, às estratégias das formações do desejo no campo social. E pouco importa que setores da vida social ele toma como objeto. O que importa é que ele esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe perscrutar: desde os movimentos sociais, formalizados ou não, as mutações da sensibilidade coletiva, a violência, a delinquência... até os fantasmas, inconscientes e os quadros clínicos de indivíduos, grupos e massas, institucionalizados ou não (Rolnik, 2011, p. 65).

As narrativas foram em primeira pessoa, porque a pesquisa fala sobre mim. Algumas anotações de cenas vivenciadas, que fiz em cadernos de rascunhos, gravações de vídeos e fotos dos meus arquivos pessoais, seguem rigorosamente armazenadas e sem identificação de profissionais e usuários, sigilosamente preservados, constituindo o meu diário cartográfico. A partir de minhas memórias e viveres (Silva, 2007 *apud* Merhy, 2007), afetos foram trazidos na pesquisa não só como recursos de ativação e atualização, mas como exercício de atenção dos sentidos de modo a trazer o passado para o presente (Slomp Junior *et al.*, 2020) na atualização do encontro com a memória, para a produção de conhecimento.

---

<sup>19</sup> Rizoma é um conceito da botânica, trazido por Deleuze e Guattari (2011), no livro *Mil Platôs*; como princípio de conexão que, ao contrário das árvores, com suas raízes fixas, o rizoma é flexível e distribui suas hastes horizontalmente com diversos pontos de conectividade (Deleuze; Guattari, 2011).

Trago o vivido como afeto na produção de subjetividade, considerando o experienciado como modos de expressão que se manifestam pelo meu corpo e não somente pela linguagem como representação de significante/significado. Reconheço que nem tudo poderei explicar por palavras; essa não é a pretensão. Muito pelo contrário, pois os encontros me afetam e são do campo do sensível, dos afetos; passam, sinto no corpo, por processos de subjetivação, produzidos por agenciamentos coletivos de enunciação (Guattari; Rolnik, 1986), acionados pelo campo do desejo (Deleuze; Parnet, 1998 *apud* Rolnik, 2011).

O desejo é o sistema de signos a-significantes com os quais se produz fluxos de inconsciente no campo social. Não há eclosão de desejo, seja qual for o lugar e que aconteça, pequena família ou escolinha de bairro, que não coloque em xeque as estruturas estabelecidas. O desejo é revolucionário, porque sempre quer mais conexões, mais agenciamentos (Deleuze; Parnet, 1998 *apud* Rolnik, 2011, p. 29).

Os registros que trouxe são as marcas que os encontros produziram no meu corpo, esse devir-Corpo-Carla, em fluxos, na potência do encontro, compondo e se misturando num devir-roqueiro e num devir-Pintor de Pedrinhas Miudinhas. Força e movimentos que não ficam presos ao instituído, pois são dinâmicas. Força que produz acontecimentos (Hur, 2021), pelo fora, em linhas de fuga. Em resistência e como política, na postura escolhida de uma pesquisadora-cartógrafa, nessa produção coletiva, *in-mundo*<sup>20</sup>.

Ainda destaco que a dissertação não tem a pretensão de discutir regimes de verdade sobre métodos, estratégias ou práticas de intervenção, uma vez que a verdade é construída por processos econômicos, políticos e sociais; é resultado de mudanças históricas precisas e não do estabelecimento de verdades universais (Almeida, 2012). Sigo sem a pretensão de estabelecer qual é/seria o melhor local de produção do cuidado, se na reabilitação ou na saúde mental, mas me proponho a trazer a produção do cuidado experienciado por mim no cuidado à PCD, em especial nos últimos anos no caso das crianças e jovens com TEA. Nessas matrizes discursivas, isso tem se dado em meio à tensão constitutiva da área da reabilitação, com sua aposta na histórica biomédica hegemônica de habilitar/reabilitar para o mundo do trabalho, tendo a funcionalidade como norte para a produção capitalística.

---

<sup>20</sup> Pesquisador *In-mundo*. Esse termo foi utilizado pelo pesquisador Ricardo Moebus (1992) para designar a implicação do pesquisador com o objeto (Abrahão *et al.*, 2016).



Mais especificamente no caso do TEA, a aposta nas terapias de base comportamental tem sido fortemente estabelecida no modo contexto social nos últimos anos, e seus regimes estão voltados para uma produção do cuidado pensado para o indivíduo enquanto individualidade. Já as matrizes discursivas e produções da verdade na atenção psicossocial operam no indivíduo enquanto um ser individual e parte da sua subjetividade, mas também coletividade, nos territórios de produção de vida.

A formação da verdade e do poder estão entrelaçados ao funcionamento social e não se pode dissociá-la da ação tanto individual como coletiva (Foucault, 1972 *apud* Vieira; Brito, 2015). As verdades não são simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo pelo que se luta (Foucault, 2011).

[...] cada sociedade irá compor o seu “regime de verdade”, sua “política geral de verdade”, ou seja, os tipos de discurso que ela recebe e põe a funcionar como verdadeiros, os mecanismos e as instâncias que irão permitir que se diferenciam os enunciados verdadeiros dos falsos, as formas como se ratifica uns e outros; as técnicas e procedimentos aos quais serão dados maior valor no alcance da verdade; a condição, o lugar que é conferido àqueles que se ocupam em dizer o que funciona como verdadeiro (Foucault, 2008, p. 12 *apud* Almeida, 2012, p. 192).

## 2 A PRODUÇÃO DO CUIDADO SE DÁ NA MICROPOLÍTICA DOS ENCONTROS

Produzir cuidado é produzir saúde como potência. O conceito de saúde que trago nesta dissertação é para além da perspectiva biomédica, centrado no corpo puramente biológico e com foco na doença para pensar a saúde como vida, tomando-a como prioridade, na perspectiva de que toda vida vale a pena (Merhy, 2012), e não que algumas valem mais que outras, conforme nos convoca Feuerwerkwer (2016) quando nos diz que:

Saúde é um tema da vida, um assunto de todos os humanos. Tem a ver com o estoque de recursos de que dispomos para levar a vida adiante da melhor maneira possível, que tem algo a ver com projeto de felicidade, com os modos de estar no mundo da melhor maneira possível que varia para cada um e também ao longo do tempo, da história e das sociedades. Saúde é tudo isso e que para produzi-la, alimentá-la e torná-la possível, são necessários muitos elementos. Boas conexões, bons encontros, projetos de vida, possibilidades de realizar esses projetos, possibilidades de viver ganhos e perdas, de enfrentar - sem desmontar - as dificuldades, frustrações e desencontros que também fazem parte da vida (Feuerwerkwer, 2016, p. 35).

Merhy (Micropolítica [...], 2015a, 2015b, 2015c, 2015d), em uma sequência de sete aulas-vídeo sobre a Micropolítica do Trabalho, afirma que o cuidado em saúde ocorre no encontro entre o usuário e os trabalhadores de saúde de diversas categorias profissionais. Nesse contexto, a produção do cuidado é governada tanto pela organização quanto pelos próprios trabalhadores, além de ser influenciada pelos usuários. Merhy (Micropolítica [...], 2015a, 2015b, 2015c, 2015d) nos conduz à compreensão de suas formulações e dos desdobramentos dos modos como ele concebe o mundo do trabalho e a formação dos trabalhadores da saúde na micropolítica do cuidado. Essa perspectiva é fundamentada em reflexões sobre o trabalho vivo em ato, baseando-se nas formulações de Marx e Taylor, e inspirando-se em Foucault e Deleuze sobre o tema (Micropolítica [...], 2015a, 2015b, 2015c, 2015d).

Nas formulações sobre “O Capital”, principalmente em relação à relevância histórica e social, bem como as transformações que Marx percebe na vida dos trabalhadores, ao refletir sobre os efeitos que a produção capitalística imprime na vida material e em seus impactos nos trabalhadores, como nos indica Merhy (Micropolítica [...], 2015a, 2015b, 2015c, 2015d), é impossível separar a produção de qualquer produto — coisas a serem produzidas e consumidas — da produção de si mesmo, da

produção de subjetividades. Ou seja, quando um trabalhador está produzindo, seja um objeto ou o cuidado em saúde, existe um mundo simbólico no próprio trabalhador. Para Marx, a produção do trabalho é sempre uma prática social e cultural inseparável.

Diferentemente de Marx, Taylor, apesar de sua incontestável contribuição para o mundo do trabalho, pensou o trabalho como um ato técnico isolado, com o objetivo de moldar o trabalhador para que se tornasse um exímio técnico — o melhor especialista naquilo que faz — forjado em um padrão normalizado para aumentar a produtividade nas fábricas, seguindo uma lógica de tempo e movimento: maior produção em menor tempo de trabalho. Assim, o foco estava em formar os melhores técnicos para os melhores atos, competentemente, a fim de atender à demanda da produção capitalista. Esse modelo foi classificado por Marx como uma produção ideológica. Nesse sentido, não é possível separar o saber técnico das práticas e do social, com suas construções históricas, culturais, subjetividades e suas intencionalidades. Tudo isso, pois, está intrinsecamente ligado à vida, como nos aponta Merhy (Micropolítica [...], 2015a, 2015b, 2015c, 2015d).

Merhy (Micropolítica [...], 2015a, 2015b, 2015c, 2015d), em sua vídeo-aula sobre a micropolítica, assegura que o trabalho vivo em ato é uma potência que o trabalhador carrega consigo no processo de produção do cuidado, repleto de intencionalidades que se manifestam no ato em que é produzido, no acontecimento.

Merhy (Micropolítica [...], 2015e), ainda inspirado por Marx, aborda a produção e os tipos de trabalho, começando a formular sobre a produção do trabalho vivo em ato a partir das concepções marxistas de trabalho concreto e trabalho abstrato, além de trabalho vivo e trabalho morto. Essa dinâmica é caracterizada pela inseparabilidade; mesmo na produção de um trabalho que pode ser considerado morto, como a confecção de uma cadeira, houve anteriormente a realização de um trabalho vivo pelo trabalhador. Essa dinâmica de inseparabilidade, trazida por Marx, é uma das bases para a elaboração do pensamento de Merhy sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, formulações que também receberam contribuições do pensamento dos filósofos Foucault e Deleuze, conforme Merhy (Micropolítica [...], 2015e) deixa explícito em seu vídeo de número 5. Ainda sobre a micropolítica do trabalho, em seu vídeo de número 6, Merhy (Micropolítica [...], 2015e) nos diz que, em qualquer processo de trabalho produtivo, o trabalho vivo em ato e é a maior potência do trabalhador pois no próprio ato da produção há o consumo em ato do que está sendo produzido da produção que é consumida no próprio trabalhador, seus agires,

ações que o trabalho faz com finalidades, com intenção primas para e de certa maneira, realizar o produção que se pretende o trabalho vivo em ato, as dinâmicas dos encontros estão abertas às surpresas mesmo quando tentamos controlar ou subordinar o cuidado aos nossos conhecimentos técnico profissionais tentando condicioná-los às nossas intencionalidades.

No meu cotidiano de trabalho em saúde, costumo dizer que sempre tenho “segundas intenções”: meu agir nunca, ou melhor, quase nunca, é pautado por uma abordagem pré-determinada. Embora reconheça o movimento da fonoaudiologia em mim, nas minhas práticas profissionais, que envolvem finalidades e intenções tecnológicas, principalmente na reabilitação, como nos apresenta Merhy (Micropolítica [...], 2015e), ao discutir as tecnologias do cuidado.

Observo procurando a porosidade em estar aberta ao inesperado ou ao não programado, ao acontecimento. Mas tenho percebido, principalmente, na saúde mental, que o meu agir aparentemente “despretensioso”, é acionado nas oportunidades. São nas brechas que ponho em prática as minhas finalidades, intencionalidades instituídas, inerentes à minha formação profissional. Percebo que a fonoaudiologia tem estado ao meu serviço na produção do cuidado.

O trabalho vivo é ação, movimento e compartilhamento, permitindo aprendizagens sobre si, sobre o outro e do outro sobre si mesmo e sobre nós. Em outras palavras, é um movimento de aprendizagem que se dobra, se volta sobre nós mesmos nos encontros, criando um efeito pororoca que produz afetações e afecções em nossos corpos. Isso se alinha com o que Espinosa apresenta na parte III da *Ética*, onde, ao falar sobre afeto, entende todas as afecções do corpo que aumentam ou diminuem a potência de agir do próprio corpo, conforme ocorrem nos bons ou maus encontros (Espinosa, 2021).

No mesmo vídeo, Merhy (Micropolítica [...], 2015e) nos diz que a produção do cuidado em saúde se dá por tecnologias que estão sempre juntas como as tecnologias duras, que são os equipamentos e maquinários, as leve-duras que são os saberes e os conhecimentos profissionais, estando presentes mesmo antes do ato produtivo do trabalho. Já as tecnologias leves, que são as tecnologias relacionais, ocorrem no ato do encontro entre trabalhadores e usuários.

## 2.1 O CORPO COMO LUGAR DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Você é muito Corpo! eu já estava ficando zureta! Me disse a colega, também fonoaudióloga, após realizarmos atendimento no CAPSi, de um grupo de crianças com autismo. O que será que ela quis me dizer ao me lançar essa observação? O que é ser muito corpo? perguntei quando tive oportunidade, na hora do cafezinho. Pensando que eu havia me sentido incomodada, ofendida, não obtive uma resposta, mas uma justificativa, quase um pedido de desculpas. Mas logo tratei de desfazer o mal entendido (Diário cartográfico, 24 de junho de 2022).

Estávamos ali! Conectei-me com Conceição Evaristo (2016), pois, apesar de que em algum momento da história o combinado era que não estivéssemos, encontramos um espaço de presença. Estávamos ali, corpos de crianças negras, corpos pobres, corpo de mulher, corpo negro de mulher, corpos de crianças com deficiência, sujeitos às classificações que tentam verticalmente e impiedosamente imprimir sobre nossos corpos e discipliná-los. Estávamos ali! Corpos dissidentes e dissonantes, sonantes para a composição de outros mundos possíveis (Moreira, 2020), eu e as crianças negras.

O que pode um corpo? O que pode um corpo diz-sonante? O que podem os corpos diz-sonantes? Compor somente com outros corpos diz-sonantes? Não formariam acordes necessários para uma composição estética de outros mundos possíveis. A estética do possível necessita de todos os corpos, sonantes, diz sonantes...silêncios, contextos, territorialidades, desterritorialidades... É preciso considerar que o corpo diz-sonante, ora também é consonante, ora não. É consonante no desejo, é consonante na produção de vida, nas imanências existenciais, porvires, sentimentos... (Moreira, 2020).

Foucault (2008) na Obra Vigiar e Punir, aponta que o desenvolvimento do capitalismo investiu na disciplinarização dos corpos e na sua docilização lançando o corpo à dimensão política em ligações complexas e recíprocas à sua utilização econômica. O corpo investido como força de produção e relações de poder e dominação capazes de serem treinados, moldados e manipulados. O Corpo Objeto.

Sobre o Corpo Objeto, Descartes (1999) considera que as funções da alma e do corpo são distintas. As paixões estariam na alma e as ações no corpo, um corpo mecânico, uma máquina. Então, se o corpo em Descartes é como uma máquina, está passível de ser consertado tal qual se observa nas matrizes discursivas que operam na área da reabilitação. Em contrapartida, o Corpo para Espinosa, não está dissociado da alma, quando nos diz: “Mente e Corpo são uma e só a mesma coisa” (Espinosa,

2021). O Corpo Espinosista é o corpo que se afeta. O filósofo define o afeto como as afecções do Corpo pelas quais a potência de agir do próprio Corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou coibida (Espinosa, 2021). Um corpo afetado nos encontros, em que os bons encontros aumentam a potência de agir e os maus encontros, o contrário.

Sobre este afetar dos corpos, Suely Rolnik (2011), em sua cartografia sentimental, na esteira de Espinosa, traz a compreensão de corpo vibrátil. A autora nos fala sobre a vibratibilidade que toma os corpos nos encontros com outros corpos, em intensidades de afetos que circulam levando de onde os corpos podem se atrair ou se repelir. O Corpo vibrátil é enunciado como um meio de entender como os afetos compartilhados reverberam em nossos corpos e, que não são apreendidos a olho nu, mas somente pelo olho vibrátil, ou melhor, por todo corpo que alcança o invisível (Rolnik, 2011).

Retomando a reflexão, o que é ser "muito corpo"? Penso que, para tentar descobrir, preciso antes de tudo percorrer um caminho onde possa ir construindo possíveis respostas, mesmo que provisórias, para questões que têm me acompanhado e me inquietado. Que corpo é esse "muito corpo"? O que fez/faz esse corpo no encontro da micropolítica do trabalho vivo em ato no cuidado? Que corpo é esse que transita entre um Centro de Reabilitação e um Centro de Atenção Psicossocial? O que tenho vivenciado nas apostas que fiz tanto no CER quanto no CAPSi? Será reabilitação? Será uma fonoaudiologia psicossocial? São muitos os atravessamentos.

Quando eu ouço pelos meus pares de serviço que no CAPS não tem ou não se faz fonoaudiologia, pergunto-me “mas então, o que eu estou fazendo ali?”. Não tenho como separar meu corpo-Carla, do Corpo-fonoaudióloga, nem do corpo com a minha ancestralidade, esse Corpo que gosta de movimento e que, ao se alegrar, samba. Essa Carla-multidão que me constitui, como me disse a minha orientadora, a professora Dra. Nereida Palko, que nessa caminhada comigo me ajudou a identificar a multiplicidade Carla.

Conforme Deleuze e Guattari (2011), na introdução do capítulo Rizoma, no livro *Mil Platôs*, uma multiplicidade não é uma diferenciação do Uno. A Carla que me constitui não é uma variação de um Uno-Carla que se torna múltipla, nem um conjunto de partes que formam um Todo-Carla, ou seja, “um monte” de Carlas que se transformam em duas, que por sua vez se transformam em quatro, numa lógica binária

(Deleuze; Guattari, 2011). Também não sou uma Carla-Raiz, análoga à imagem da árvore-raiz, que se estabelece como um eixo fixo para cada lugar que habito.

Contrariamente, ao ser múltipla, sou multiplicidade. Sou A Carla-profissional; a Carla-mãe; a Carla-mulher preta; Carla-filha de uma lalorixá; a Carla-CER, a Carla-CAPSi. Compreendi que sou uma Carla-Rizoma, que se encontra no meio, que se move no *entre* as coisas, inter-ser, *intermezzo* (Deleuze; Guattari, 2011) em conexões com o exterior, em linhas de fuga em agenciamentos, numa multiplicidade que muda sua forma de ser, de natureza, conforme aumentam suas conexões.

As multiplicidades são rizomáticas. [...] Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza [...] se definem pelo fora: pelas linhas abstratas, linhas de fuga ou de desterritorialização segundo a qual elas mudam de natureza a se conectarem às outras (Deleuze; Guattari, 2011, p. 23-25).

Nessa trajetória, muitos encontros me ajudaram e continuam me auxiliando na compreensão dos modos de produção do cuidado em saúde. Sobre os encontros, na epígrafe deste trabalho trago o meu primeiro intercessor: o livro “Saúde do trabalho vivo em ato”, do professor Merhy (2007).

As suas formulações teóricas me arrebataram, pode parecer exagero, mas não é. Ali encontrei os primeiros indícios, sobre o modo como eu, em equipe ou mesmo, na solidão dos ambulatórios<sup>21</sup>, produzia o cuidado, e não sabia nomear. O trabalho vivo, as tecnologias do cuidado, a micropolítica dos encontros (Merhy, 2007) estavam ali a me encorajar e me alicerçar na forma de cuidar que eu acreditava.

Além disso, dentro da epígrafe, o filósofo Espinosa representa outro encontro especial para a compreensão que tenho hoje sobre meu trabalho: as paixões, os afetos, as potências que aumentam ou diminuem quando os corpos se encontram. Como mencionei anteriormente, não como regimes de verdades, mas como possibilidades, caminhos os quais cada um escolhe e segue o seu.

Eu vou por estes caminhos, alicerçados no momento, mas sempre aberto às possibilidades e aos desvios. Isso faz parte de mim, da minha constituição enquanto múltiplas multiplicidades, já que esta dissertação também é sobre mim.

---

<sup>21</sup> Solidão dos ambulatórios porque fui constituída como profissional em equipe, desde o meu primeiro trabalho como fonoaudióloga em 1995 e intensificado a partir de 2003 no CMROC. Mas mesmo nos ambulatórios, na maioria das vezes estava em pequenos grupos de usuários. Não como forma de produzir números de atendimentos/procedimentos, mas pela experiência que o coletivo proporciona.

Foi desafiador compreender essa perspectiva. Após mais de um ano no mestrado, percebi que era possível. Desde o primeiro dia de aula, ouvi que a experiência na linha 3 do EICOS (Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social) era inegociável. Essa linha é uma das várias que compõem o Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)<sup>22</sup>. Naquele momento, não pude acreditar, haja vista que até então eu entendia a experiência como um processo, um percurso profissional ao longo do tempo. Contudo, falava-se de experiência no sentido de algo que nos atravessa, conforme nos ensina o pedagogo e professor de filosofia Jorge Larrosa Bondiá (2002). Essa experiência se desenrolava a partir do meu corpo, nos meus encontros com o outro, e era possível pesquisá-la, a partir de mim e das minhas vivências.

---

<sup>22</sup> A linha 3 é intitulada “Psicossociologia da Saúde e Comunidades”. É uma das linhas de pesquisa do Programa de Pós graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS), Instituto de Psicologia (UFRJ). Visa compreender processos psicossociais de saúde e cuidado em práticas de grupos, comunidades e redes, através de interferências e compartilhamentos de experiências na produção de conhecimentos de si e do outro. Nesse sentido, articula inter e transdisciplinariamente processos de saúde humana e comunitária, incluindo as redes de cuidado, centrados nos sujeitos, contribuindo assim para uma Psicologia Social de Grupo e de Comunicação através da produção e desenvolvimento interior propiciado por trocas narrativas. Nessa linha buscam-se transformações sociais a serem operadas em grupos e comunidades através de processos de “fazer emergir” sociabilidades críticas, capazes de produzir reflexões desafiadoras e novas políticas de desenvolvimento psicossocial, de cuidado e de inserção consciente das subjetividades no cotidiano contemporâneo. As pesquisas nessa área exploram ainda a formação de coletivos de transformação interior (meditação, descoberta de si e do outro, interdependências entre natureza e cultura); comunitária (processos afirmativos de fortalecimento de identidades, por um lado, e de novos devires de subjetivação e, por outro, institucional (agenciamento de produção de existências no trabalho sociocultural e educacional em saúde) e política (processos micropolíticos do cotidiano e de produção de redes vivas existenciais). A linha trabalha com epistemologias críticas e pós-estruturalistas contemporâneas. Do ponto de vista metodológico, privilegia técnicas e estratégias próprios à antropologia como os métodos etnográficos e de observação de culturas integradas à natureza, das narrativas orais, assim como os filosóficos fundados nas críticas propiciadas pela genealogia, arqueologia e cartografia dos sentidos (Universidade Federal do Rio Janeiro, c2024).



### 3 COMPREENSÕES DO MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO E A CRIAÇÃO DO SUS

Neste capítulo, busco fazer uma aproximação genealógica (Vianna *et al.*, 2021) com os movimentos da reforma sanitária, da reforma psiquiátrica e da luta por direitos das pessoas com deficiência como ponto de partida. Opta-se pelo recorte desses três movimentos no contexto histórico da efervescência das lutas por direitos e pela redemocratização do país, considerando a gênese da criação do SUS. Sem a intenção de uma abordagem cronológica estrita, integram-se os efeitos e desdobramentos dos movimentos mencionados nas formulações das políticas públicas de saúde mental e na atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Vianna *et al.* (2021) utiliza a perspectiva de Michel Foucault (2006) para a aproximação genealógica que desenvolvem nas pesquisas sobre a temática do cuidado às pessoas com deficiência, apresentando-a como um dispositivo analisador das relações de saber, poder e subjetivação. Essa análise pode partir de diferentes dispositivos, abrangendo desde textos de políticas que mapeiam as forças e valores que elas produzem até a identificação de vozes explicitadas ou silenciadas em determinada conjuntura sob análise.

Assim, produzo processos de compreensão da emergência dos movimentos subjacentes, por dentro do processo de criação do SUS e seus desdobramentos no campo da saúde mental e da área da reabilitação<sup>23</sup>, de modo a contextualizar e problematizar a multiplicidade das práticas nestes territórios de cuidado. São territórios dinâmicos e vivos que passam por mudanças ao longo de sua história e, com isso, permanecem provisórios, em devir, atualizando-se na contemporaneidade e refletindo nos modos de cuidar em saúde.

#### 3.1 SUS - O ANTES E O POR DENTRO DO MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO

Saúde é dever do Estado e direito de toda a população brasileira (Brasil, 1988).

Para a produção de sentidos e compreensões contextuais sobre a potência do que se configura como jargão da saúde, a aproximação com os movimentos que

---

<sup>23</sup> Utilizada a conotação “reabilitação” associada ao processo de trabalho em serviços e centros especializados de reabilitação, componentes da oferta de atenção à saúde das pessoas com deficiência em políticas públicas específicas.

forjaram tal conjuntura é fundamental. A partir desses movimentos, torna-se possível trazer à experiência do cuidado na saúde mental e na reabilitação os engravidamentos (Franco; Merhy, 2013), que indicam outros modos de agir, para além do que já foi dado, preenchendo esses espaços com novas práticas, possibilidades e produções de sentido. Essas reflexões emergem dos recolhimentos e aprendizagens vivenciados no mundo do trabalho, reverberando em mim na produção do cuidado, e destacando aspectos que afetam a compreensão dos jogos de forças, tensões constitutivas e efeitos-experiências profissionais nos campos em cena.

O sistema de saúde como o conhecemos atualmente começou a ganhar corpo a partir do movimento pela Reforma Sanitária, que mobilizou diversas classes sociais em uma luta ideológica que envolveu toda a sociedade, conferindo relevância à valorização da vida e à sobrevivência humana (Coelho, 2008). O SUS se constitui como um campo de práticas sociais, situado sob uma superfície de tensões que o posiciona como um espaço permanente de disputas sociais e históricas (Merhy, 2012), em processo, em movimento e em construção.

O movimento Sanitário Brasileiro teve seus debates ampliados em meados dos anos 70 e ganhou eco na sociedade a partir dos anos 80, num contexto de ditadura militar, quando a sociedade civil e os movimentos das mais variadas classes de trabalhadores, lutavam pela redemocratização do país trazendo para pauta de discussão nacional, a necessidade de reformulação do sistema de saúde e a forma de acesso, além do modo como a saúde era ofertada pelo Estado.

Na compreensão de autores-atores que vivenciaram e lutaram pela reforma sanitária brasileira, como Jairnilson Paim (2008) e Emerson Merhy (2020), observa-se que, apesar dos avanços obtidos, especialmente no reconhecimento da saúde como um direito garantido pela Constituição, a reforma não cumpriu integralmente a promessa idealizada pelos movimentos sociais, teóricos e instituições que a formularam. A reforma, que deveria ser ampla e capaz de transformar a vida de toda a sociedade brasileira, começando pelo direito à saúde e se estendendo, como consequência, a outros direitos, teve seu cumprimento de forma parcial. Essa ênfase ocorreu principalmente no âmbito parlamentar, possivelmente devido à conjuntura de efervescência política que caracterizou o contexto de redemocratização do país, reforçando a ideia de que a reforma é um processo em constante construção. Contudo, a transformação da sociedade e a aceitação da noção de que toda vida deve ser vivida com mais qualidade, resultando em uma vida mais plena, estão atreladas à

aposta em construir um país mais igualitário e com menos iniquidade. Essa concepção, que toma a vida como um bem público garantido por políticas de saúde, em conjunto com outras políticas setoriais, também não se concretizou plenamente (Paim, 2008; Merhy, 2020).

Frente aos expostos, o Brasil ainda não abandonou políticas que reproduzem desigualdades vivenciadas desde séculos anteriores, atingindo aqueles que a política considera que suas vidas valem menos que a vida de outros (Merhy, 2020), os corpos dissonantes. Vidas essas que são historicamente minorizadas no país, como a vida dos pretos, dos pobres, das mulheres, das pessoas LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bi, trans, queer/questionando, intersexo, assexuais/arromânticas/agênero, pan/pôli, não-binárias e mais) e das pessoas com deficiência. Ou seja, vidas em devir atravessadas por um sistema de opressão interligado (Akotirene, 2018) por questões como racismo, classismo, machismo, xenofobia e capacitismo.

Nesse sentido, como apontado anteriormente, não sem motivos, recordei-me de Evaristo (2016), ao observar que sou uma mulher preta e não tenho como desconsiderar esses atravessamentos para pensar num SUS em movimento, um SUS vivo e vivenciado por mim nos meus encontros do cuidado nos processos das reformas que se deram, e ainda se dão, por dentro dele, a reforma psiquiátrica e o movimento de luta das pessoas com deficiência. Conforme Passos (Aula 2 [...], 2021) sobre a Reforma Psiquiátrica, há a materialização de disputas por dentro do próprio aparato institucional que não pode ser apartada dos estudos sobre interseccionalidade, em que atravessamentos de raça, gênero, classe e sexualidade, impõem a produção de subjetividades (Aula 2 [...], 2021), conforme tentarei expor brevemente, a seguir.

### 3.2 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MEU CAMINHAR CARTOGRÁFICO

Dentro desta construção, o movimento pela reforma psiquiátrica, também chamado de luta antimanicomial, manifestou-se muitos anos antes da aprovação da lei 1.0216/01, a partir da organização dos trabalhadores da saúde mental que passaram a questionar e denunciar o modelo de tratamento centrado no modelo médico psiquiátrico hegemônico oferecido aos pacientes com transtorno mental, e as condições precárias de trabalho. Movimento este que começou a se ampliar ganhando repercussão nacional a partir do apoio da sociedade civil e de importantes entidades

de classes profissionais, além do engajamento e participação dos familiares no movimento.

Passos (2018) atualiza o debate sobre a reforma psiquiátrica brasileira ao problematizar o manicômio em suas diversas formas de opressão, abordando as questões que ficaram fora do debate no processo de construção, implementação e efetivação da reforma, como as relações de raça, gênero e classe. Pode-se incluir no debate, também, o capacitismo.

A reforma psiquiátrica constitui um processo complexo voltado para a construção de um novo espaço social para as pessoas que vivenciam sofrimento psíquico, fundamentado em estratégias que integrassem a comunidade, a cultura e o lazer. Essas estratégias não deveriam ser consideradas apenas como recursos clínico-terapêuticos, mas também como dispositivos capazes de produzir subjetividade e promover a vida. Nesse sentido, Lima e Pelbart (2007) destacam, em sua análise do diálogo entre arte, clínica e loucura, a importância dos atravessamentos, ainda que sutis, onde, por meio de linhas de fuga, a loucura pode transcender o sofrimento psíquico enquanto uma mera patologia da interioridade. A arte, por sua vez, também se insere nessa lógica de linhas de fuga, ultrapassando os limites de seu campo tradicional e da autonomia, ao permitir que a clínica se expanda além do patológico e da instituição asilar.

A atenção psicossocial é um campo de conhecimento complexo de atuação técnica no âmbito das políticas públicas. Um campo plural, intersetorial e transversal, como visto em poucos campos de atuação na saúde. Composto por um espectro tão variado de conhecimentos que é difícil delimitar suas fronteiras e saber onde começam e terminam seus limites. Nesse campo, o saber médico, em especial do psiquiatra, não deve ser hegemônico, mas complementar aos saberes dos demais profissionais que compõem essa complexa rede de saberes que se entrecruzam (Amarante, 2007).

Refletir sobre a minha prática profissional na saúde mental começa a ganhar clareza ao analisar os modos como venho construindo minha trajetória, mesmo que de forma intuitiva, sem uma plena consciência do processo vivido dentro do CAPSi, um espaço que não é isento das tensões características do mundo do trabalho. Este ambiente é moldado por jogos de forças instituintes que provocaram meu deslocamento em relação ao que está estabelecido, instaurando-se sobre pilares sólidos de certezas (Abrahão *et al.*, 2016). Nesse processo de elaboração do

mestrado, a reflexão sobre o movimento dessas forças tem sido fundamental para a compreensão do meu percurso cartográfico, guiado pelos encontros que se tornaram referências.

Quando cheguei no CAPSi, a complexidade logo se apresentou ao ser deslocada do meu núcleo profissional para o campo da saúde mental. A minha designação era ser técnica em saúde mental, ou seja, passei a transitar num espaço em que ser fonoaudióloga não estava em primeiro plano. Então, o “como agir sem ter a formação para ser técnica de saúde mental?” foi uma pergunta e percepção que fui tendo ao longo deste andar cartográfico, acompanhando e me misturando *in-mundo* com e na pesquisa.

Caminhando como pesquisadora *in-mundo e pesquisada*, recordo que quando iniciei no CAPSi, passei a me apresentar como técnica de saúde mental, abandonando temporariamente minha identidade como fonoaudióloga. Essa escolha de me identificar como TR pareceu, em um primeiro momento, oferecer um lugar de conforto e desejo, como se estivesse me despidendo do meu núcleo profissional, uma transformação que agora percebo ser ilusória. Somente tomei consciência desse processo de despojamento bem mais tarde, após mais de um ano, quando ingressei no mestrado. Não me apresentar como fonoaudióloga parecia uma forma de me resguardar diante de questionamentos sobre a existência de atendimento fonoaudiológico no CAPSi, evitando a necessidade de explicar, nomear ou justificar um fazer que ainda estava em processo de apropriação.

Apesar de já ter passado pela experiência dos encontros com a pesquisa e com o Roqueiro em meio à pandemia, aprendendo novos modos de cuidar e ampliando meu aprendizado interdisciplinar, não me sentia plenamente segura diante da nova realidade. Tinha a consciência de que o cuidado no CAPSi deveria ser diferente do que eu praticava na reabilitação, mas, neste momento, as influências do instituído ainda ressoavam fortemente em mim.

Passados mais de dois anos de atuação na atenção psicossocial, o Corpo-Carla fonoaudióloga instituído começa a se hibridizar com o Corpo-Carla fonoaudióloga instituinte, desabrochando no CAPSi, onde o encontro se torna a tecnologia do cuidado; um espaço micropolítico de produção de cuidado em ato (Merhy, 2007).

Meus encontros-guias têm me proporcionado perceber que o cuidado em liberdade, tão caro à luta antimanicomial, é o cuidado em ato, no encontro com o outro

como chega e com o que o outro traz consigo. Aqui, o saber-fazer fonoaudiológico está ao meu serviço e será acionado quando e se necessário. Serão usadas nas brechas, nas oportunidades, se o outro possibilitar a entrada.

A aproximação teórica sobre o movimento que deu origem aos dispositivos da rede de atenção Psicossocial<sup>24</sup> foi fundamental para que eu pudesse refletir sobre as minhas práticas e compreender por que, mesmo que sem uma “reflexão ativa”, antes do processo do mestrado, não tinha dedicado tempo para considerar o cuidado e os encontros. Esse reconhecimento torna-se ainda mais significativo ao cartografar minha trajetória nos dois dispositivos que habito.

Ademais, aproximação genealógica da constituição do SUS e dos movimentos que o antecederam e se desenvolveram ao longo de sua trajetória trouxe à luz uma compreensão fundamental sobre as bases histórico-políticas que sustentam os dispositivos, constituindo questões essenciais do meu modo de cuidar. Essas compreensões representam as partes explicáveis e racionalizadas do meu encontro com o outro. Em contrapartida, no campo do agir e do trabalho vivo em ato, nem tudo pode ser traduzido em palavras, pois é no domínio dos afetos e das emoções que essas interações operam. Isso me encanta, pois, como fonoaudióloga forjada pela linguística, sou uma amante do significante (Deleuze; Guattari, 2011), das representações e da necessidade de articular experiências em palavras.

Os amantes de significante conservam como modelo implícito uma situação demasiadamente simples: a palavra e a coisa. Extraem da palavra o significante, e da coisa o significado adequado à palavra, portanto, submetido ao significante [...] A forma de expressão, aliás, não se reduz às palavras, mas sim a um conjunto de enunciados que surgem no campo social (Deleuze; Guattari, 2011, p. 105-106).

### 3.3 DO MOVIMENTO DE LUTA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Pode-se afirmar que as conquistas do movimento de luta das pessoas com deficiência estão intimamente imbricadas com o movimento da reforma sanitária e a criação do SUS. No entanto, essa criação não foi suficiente para abarcar as reivindicações de saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros. As pessoas com deficiência continuaram e ainda continuam suas lutas no contexto do SUS,

---

<sup>24</sup> Para aprofundamento no tema, consultar o livro: O manicômio contra-ataca- Efeitos do golpe de 2016 e do governo de extrema direita na política nacional de saúde mental (2016-2022), de Nelson Falcão de Oliveira Cruz e Pedro Gabriel C. Delgado. Ed. Atena; Ponta Grossa- PR, 2023.

mantendo-se na “qualidade de minorias” e necessitando ser reconhecidas como cidadãos de direito, na perspectiva dos direitos humanos.

Direitos humanos para quem? Se as pessoas com deficiência necessitam continuar lutando dentro dessa grande rede chamada Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo as políticas públicas como eixo estruturante do SUS e como rede prioritária de saúde a partir de 2012 (Brasil, 2014), com o plano Viver Sem Limite. O Viver Sem Limite integra a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, buscando ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência (Brasil, 2012).

É importante lembrar que, ao situar a deficiência no corpo com lesão, tendemos a fazer com que as pessoas com deficiência busquem tratamentos médicos voltados à correção dos supostos desvios de seus corpos, ao invés de lutar por direitos humanos e justiça social. A compreensão da deficiência como uma finitude encerrada no corpo, que objetifica a normalização, exerce um efeito poderoso na manutenção da opressão pela deficiência (Gesser; Böck; Lopes, 2020).

### 3.4 UMA COMPREENSÃO DE COMO SE FORJA A REABILITAÇÃO NO CAMPO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, A PARTIR DO MEU CAMINHAR CARTOGRÁFICO

As experiências mundiais com a reabilitação começaram no século XIX com o advento da industrialização e os inúmeros acidentes de trabalho, porém, somente após a Segunda Grande Guerra, os serviços de reabilitação passaram a ter relevância (Ribeiro *et al.*, 2010).

O conceito de reabilitação não é consenso e vem sendo aprimorado e ampliado desde meados do século XX. Contudo, não conseguiu escapar à lógica centrada na racionalidade médica, porque apesar da tentativa de distanciar-se da perspectiva de “normalização” dos corpos, o conceito traz a funcionalidade<sup>25</sup> para o centro das discussões.

Um corpo funcional e produtivo de modo a responder ao mundo capitalista

---

<sup>25</sup> Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais) Ver: instrutivo de reabilitação auditiva, física intelectual e visual - centro especializado em reabilitação – CER e oficinas ortopédicas) Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (Brasil, 2020).

como força para o trabalho: os corpos-máquina (Descartes, 1999). Estes corpos chegam aos centros de reabilitação para serem reabilitados e responderem, capacitados, para o retorno à sociedade em sua melhor forma para produção.

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), como os conhecemos hoje, são fruto do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limite, de 2011. Na minha experiência profissional no SUS, atuando em um serviço de reabilitação, vivenciei o lançamento dos CERs, que integraram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS, com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência. Os CERs compõem a rede de atenção especializada e são classificados de acordo com a quantidade de modalidades de reabilitação ofertadas, ou seja, os tipos de deficiência atendidos: física, auditiva, visual e intelectual. Dessa forma, são classificados como CER-II, os que atendem a dois tipos de deficiência; CER-III, três tipos; e CER-IV, quatro modalidades, incluindo a dispensação de órteses, próteses e bolsas de ostomia (Brasil, 2013).

O Plano Viver Sem Limite aponta avanços na construção de políticas públicas para pessoas com deficiência (Brasil, 2012), contudo, não escapou do formato hegemônico em que os centros de reabilitação foram forjados, mantendo a aposta na lógica ambulatorial por especialidades.

Apesar da proposta de ampliação de acesso, prevista pelo Plano Viver Sem Limite, com a construção de novos CERs em articulação com a rede de atenção à saúde, o acesso ao cuidado para as pessoas com deficiência ainda enfrenta barreiras. Seja pela distância dos serviços, decorrente da distribuição que ainda não se deu de forma equânime pelo país, ou pelas barreiras encontradas nos próprios serviços<sup>26</sup> (Bertussi *et al.*, 2021).

Conforme exposto anteriormente, o SUS está em constante processo de construção; é um sistema vivo e em movimento, e na reabilitação não foi diferente. Em novembro de 2023, o governo do Presidente Lula lançou o Novo Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (NPNDPCD) – Viver Sem Limite II. Esse plano

---

<sup>26</sup> Para saber mais sobre os CER e seus desdobramentos na prática, consultar os resultados e recolhimentos na Pesquisa Nacional “Análise da Implantação da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência - os Usuários, Trabalhadores e Gestores como Guias” realizada pela rede Observatório de Políticas de Saúde e Formação em Saúde e Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/o-cer-que-precisa-ser-os-desafios-de-ser-rede-viva-com-o-outro/>.



foi elaborado de maneira transversal sob a coordenação do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, com a participação de diversos ministérios<sup>27</sup>, da sociedade civil e dos movimentos organizados de PCD. O NPNDPCD é composto por quatro eixos principais: gestão e participação social, enfrentamento ao capacitismo e à violência, acessibilidade e tecnologia assistiva, e promoção de direitos (Brasil, 2023), visando garantir a dignidade das PCD, promover seus direitos e ampliar o acesso aos serviços.

O movimento por ampliação e luta por políticas públicas também ocorre dentro do sistema de saúde, como no caso das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), resultado da mobilização de familiares, profissionais e das próprias pessoas com autismo. Mesmo com avanços nas políticas públicas, o próprio sistema reconhece a complexidade do tema, o que fica evidente quando o Ministério da Saúde emite duas normativas distintas: as *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista* (Brasil, 2014) e as *Linhas de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na RAPS* (Brasil, 2015).

As diretrizes abordam o TEA no campo da reabilitação, reconhecendo a pessoa com autismo como PCD. Por outro lado, as *Linhas de Cuidado* tratam o TEA como um transtorno mental, direcionando o atendimento para o campo psicossocial. Entre esses dois campos — reabilitação e saúde mental — existe um espaço de fronteira que, muitas vezes, não se cruza, sendo rigorosamente defendido por ambos. Oliveira *et al.* (2017), em seu artigo “Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação”, concluiu que, apesar das divergências teóricas e clínicas sobre o cuidado ao TEA nesses territórios distintos, esses espaços são negociáveis. As discordâncias parecem concentrar-se em torno de qual campo possui maior expertise e legitimidade para propor políticas públicas no tratamento do autismo. Essa disputa revela-se uma forte tensão de forças para o poder, já que o reconhecimento da predominância de um desses territórios implica condução, investimentos, ampliação de serviços e quadros profissionais, além da validação de uma matriz discursiva e de suas produções de verdade.

---

<sup>27</sup> Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e da Segurança Pública, Ministério da Gestão e da Inovação nos Serviços Públicos, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, Ministério das Cidades e Ministério do Trabalho e Emprego.

Ratificando o exposto, reitero que a formação da verdade e do poder está entrelaçada ao funcionamento social e não pode ser dissociada da ação, tanto individual quanto coletiva (Foucault, 1972 *apud* Vieira; Brito, 2015). Nesse mesmo sentido, Almeida (2012), partindo de seus estudos sobre poder e verdade em Foucault, afirma que a verdade é construída por processos econômicos, políticos e sociais, sendo resultado de mudanças históricas específicas, e não do estabelecimento de verdades universais.

## 4 CAMPO DA PESQUISA: ME CONHECENDO RIZOMA

### 4.1 SOBRE MIM...E UM POUCO SOBRE QUEM ESTOU ME DESCOBRINDO COM A PESQUISA

Nasci em 23 de setembro de 1968 no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), da Universidade Federal Fluminense (UFF), na cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Filha de uma manicure e um Policial Militar do Esquadrão de Cavalaria. Cresci na comunidade da Vila Ipiranga em Niterói.

Ser fonoaudióloga? “Culpa” da minha mãe! que desejou ver seus filhos formados. Eu fui a primeira da família a ingressar na faculdade aos 18 anos e em breve serei a primeira Mestre. Então, muito antes desse corpo-Carla-profissional-fonoaudióloga, existe um corpo-Carla, composto por uma história de ancestralidade, que confesso andava meio adormecida. Corpo que despertou a partir da entrada na academia, nos encontros nas aulas do mestrado.

A minha caminhada na fonoaudiologia, na realidade, se deu muito antes da minha formação. A minha mãe teve uma irmã/afilhada de santo, fonoaudióloga. Eu nem sabia o que era fonoaudiologia, até ser indicada por esta irmã/afilhada, para um teste no local que viria a ser meu primeiro emprego; no Conselho Regional de Fonoaudiologia do Rio de Janeiro. Entrevistada e aprovada no local onde todas eram fonoaudiólogas, inclusive a secretária. Então pensei... vou fazer fonoaudiologia.

A partir deste despertar, para abertura deste trabalho peço licença aos que vieram antes com especial reverência para a minha mãe pois se não fosse ela eu, com certeza, não seria fonoaudióloga.

Eu sou Carla Marcia Carvalho Vieira, mulher preta, 55 anos, casada, fonoaudióloga, servidora do SUS, com muito orgulho! Mãe-coruja da Giovana, uma linda jovem preta com 19 anos, universitária, que muito tem me ensinado sobre o que é ser mãe e mulher preta. Uma das coisas que mais gosto de fazer é cozinhar, porém não gosto de seguir receitas. Muitas vezes ouvi: “O seu bolo não dá certo porque você não segue a receita”. Sim! Talvez por isso me identifico com a gastronomia, e não com a confeitaria onde tudo é pesado e medido. Até me lancei em curso na área gastronômica, mais como válvula de escape aos stress do dia a dia, do que na intenção de virar *Chef* de cozinha.

No primeiro dia do curso já me dei por satisfeita. O professor, o *Chef*, disse que

na gastronomia temos a liberdade para adaptar, modificar e criar receitas. Apesar de dizer que ... “*O que mais gosto nas receitas é não seguir as receitas*”, não tinha me dado conta que tenho esse movimento também na vida profissional. Precisei me tornar pesquisadora para me reconhecer nesse lugar de gostar de experiências (Bondiá, 2001)<sup>28</sup> e experimentações relembrando, contudo, que não estou negando as receitas, os protocolos, as tecnologias leve-duras (Merhy, 2007) o instituído, mas sim constatando que sou rizoma, flexível, que gosto de caminhar em movimento, em fluxo, em devir (Deleuze; Guattari, 2011).

---

<sup>28</sup> A experiência conforme Larrosa Bondiá (2001) é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca.

## 5 (ME) CARTOGRAFAR: ACOMPANHAR PROCESSOS E REFLETIR SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Cartografar é acompanhar processos (Barros; Kastrup, 2015). A perspectiva que trago nesta dissertação para produção do conhecimento acerca da produção do cuidado, diferentemente da minha própria (in)compreensão do início desta pesquisa de mestrado, é que o pesquisador não precisa se isolar, se distanciar, ser neutro para produzir conhecimento. Abrahão *et al.* (2014), nos diz que o pesquisador não precisa cindir sujeito e objeto, que existe outro modo ser implicado. Uma pesquisadora que tem implicação com o campo da produção da pesquisa (de si), ou seja, no processo, procuro produzir questionamentos sobre a própria prática de pesquisar realizando uma análise que se amplia no movimento de produção do sujeito em ato e de suas afecções, pertença, referências, motivações, investimentos libidinais (Lourau, 2004 *apud* Abrahão *et al.*, 2014). Pesquisadora “*In-mundo*”, onde eu sou o meu próprio campo, observando as relações de saber-poder sempre produzidas nos encontros da pesquisa, espaço da experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes como ativadores e produtores de intervenções na vida, a vida como algo capital, a vida como produção e expressão de subjetividades (Lourau, 2004 *apud* Abrahão *et al.*, 2014). A minha percepção enquanto pesquisadora é de um processo em construção, onde as memórias (Silva, 2007) dos meus encontros-guias, como fonte da pesquisa que é cartografada, reverberam em mim. Assim, apresento o recorte de dois momentos de produção intensa do cuidado que me provocam reflexões e afecções a partir dos territórios investigados. O primeiro momento é relativo às experiências do processo de cuidado em saúde de um adolescente, entre os anos de 2020 e 2021, em plena pandemia por COVID-19, em um serviço de reabilitação intelectual em um Centro de Reabilitação no município do Rio de Janeiro. O segundo momento é rememorado a partir da experiência de trabalho na saúde mental, no Centro de Atenção Psicossocial do município de Queimados, no processo de cuidado de um pré-adolescente com diagnóstico de TEA, no período de 2021 até 2023.

### 5.1 MEU ENCONTRO COM O ROQUEIRO EM MEIO A PANDEMIA

Este texto é o momento que trago sobre o meu encontro com o *roqueiro*, com

o recorte do período da pandemia, em que tudo era muito novo e desconhecido: O vírus! Início lembrando o contexto geral que vivemos no centro de reabilitação. Aquele local, com todas as suas características, duro, hermético, burocrático, onde as práticas aconteciam, agora não estava mais disponível para os encontros. Mesmo assim, eu precisava continuar trabalhando, afinal, sou profissional da saúde. Precisava estar apostos, pronta, mesmo não trabalhando na linha de frente de um hospital. Então... ficar em casa nem pensar..., mas eu fiquei... fiquei um dia, com medo do desconhecido, mas o sistema não perdeu. É falta mesmo! Registrada na folha de ponto.

Estava em meio a um jogo de forças assimétricas. A molaridade do Estado presente na força do instituído, da produção/produktividade que não considerou meus medos, a minha subjetividade. Eu precisava estar presente e produzir, mesmo que fosse um trabalho pouco relacional, instrumental, sem produção de sentido, sem produção de subjetividade. Um trabalho morto (Franco; Merhy, 2013) que atendia ao cumprimento de uma carga horária para que a unidade mantivesse em funcionamento os serviços considerados como essenciais. Entre as ações: a atualização das planilhas de informações acumuladas e de arquivo morto sobre a produtividade do serviço de ostomia e de dispensação de bolsas. No contraturno, estar na entrada da instituição também com os demais trabalhadores, num serviço presencial do tipo “Posso ajudar?” ou, no atendimento telefônico para informações do funcionamento da unidade aos usuários e familiares.

Não precisava produzir cuidado, mas simplesmente reproduzir um trabalho burocrático que foi praticamente imposto a todos os trabalhadores da instituição, ou seja, há uma reflexão sobre o que seria a atribuição/trabalho das/os profissionais da saúde diante daquele contexto de medo, falta de estrutura e planejamento. Senti como o poder do Estado atuava para sanção e disciplinamento dos corpos para servir ao capitalismo (Foucault, 2008; Fredericci, 2017) em um jogo de forças entre a tensão social que precisava de ações públicas palpáveis, e como o Estado responderia a isso na situação de crise emergencial, mesmo ao custo que fosse imposto para os/as trabalhadoras/es.

Eu não fiquei por muito tempo nessa função apesar da equipe continuar. Eu resistia, pois, percebia e compreendia que a equipe não estava trabalhando nas suas atividades, o cuidado, mesmo que naquele momento não soubéssemos dar nome e palavra para definir o que acontecia. Iniciamos um processo de cuidado remotamente

e, paralelamente, desenvolvemos as atividades propostas pela gestão do CER, uma situação que inviabilizava e invisibilizava a dedicação à construção do novo modo de cuidar que fabricávamos.

Afinal, qual seria o procedimento a ser registrado como produção/produtividade? Até aquele momento, ainda não estavam formalizadas as teleconsultas/teletendimentos. Tudo era novidade!

Precisávamos<sup>29</sup> agir!

Fabricamos o nosso modelo de teletendimento, o que inicialmente era produzido como uma ação de telefonar para as mães, responsáveis e/ou acompanhantes dos tratamentos de todos os usuários, incluindo a do *roqueiro*. Nesse procedimento, informávamos que os atendimentos estavam suspensos e nos colocamos à disposição para o que precisassem. Fazia parte da formalidade dizer da situação do serviço na pandemia, a suspensão das agendas presenciais.

Contudo, sobre a continuidade dos tratamentos, efetivamente eu não sabia o que fazer, pois, o que acreditava ser vínculo, era, de fato, a possibilidade de reprodução das técnicas e orientações que agora estavam dificultadas pela distância do não presencial e dependeriam de muitos fatores relacionados as/os responsáveis para serem desenvolvidas. Por outro lado, mantive o compromisso de estar disponível e presente, mesmo que não soubesse o que e como seria, sustentei que faria contato na semana seguinte.

Nesse contexto, o processo de pesquisa da RCPCD, iniciada em 2018, também contaminada por certa "paralisação" por conta da pandemia, foi retomado em encontros virtuais. Os questionamentos dos coordenadores sobre como estávamos fazendo para dar continuidade aos atendimentos na conjuntura da Covid-19, inicialmente eram respondidos sempre da mesma forma: "ainda não sabemos como será!"; "não sabemos como fazer!"

O meu encontro com o *roqueiro* não se deu de imediato. Na prática, até aqui, o roqueiro nem tinha aparecido. Não era protagonista, ou melhor, talvez por isso, de modo inconsciente grafei em minúsculo. Achava que os protagonistas eram o vírus e a pandemia. Mas, ao produzir a narrativa cartográfica e acessar a memória, também produziu sentidos sobre o que pensava compreender como cuidado naquele

---

<sup>29</sup> No texto, em alguns momentos, vou me referir no plural pois o trabalho que realizava no CER se dava muitas vezes em equipe, na lógica da interdisciplinaridade. A equipe era composta por fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga e musicoterapeuta.

momento, ressignificando as suas dimensões no presente. À luz da noção do inconsciente como máquina desejante, inconsciente como produção e não como falta (Deleuze; Guattari, 2011), me faz pensar no tamanho da desimportância que atribuía ao protagonismo do *roqueiro*, seus desejos e apostas no ato de cuidar, não como cuidador (Merhy, 1998).

Combinamos então... eu ligaria na semana seguinte por chamada de vídeo para saber como estavam passando, ainda que não soubesse dar palavras para explicar o agir mais explicitamente. Na análise produzida para a escrita atual, reconheço que havia um desejo em mim de sustentar a agenda semanal da Unidade.

A Unidade Neurológica Infanto-juvenil do CER é dividida em duas áreas, reabilitação intelectual e reabilitação neurológica, com recortes etários, clínicos e terapêuticos distintos. Assim, no contexto em cena, a unidade neurológica iniciou o arranjo de contato com as famílias, mas na reabilitação intelectual ainda não havia começado o contato, tanto por receio do que fazer e como agir, já que se tratava de um grupo de adolescentes com os quais o manejo exige um protagonismo, conforme as possibilidades de cada um, quanto pela ideia de limitação da caixa de ferramentas (Merhy, 2007) da profissional em ter que agir no online, em um território de produção desconhecido, contando com a participação de familiares para as conexões tecnológicas frente ao estabelecimento de contato e comunicação com as/os adolescentes.

Reconheço que havia uma antecipação da impossibilidade de comunicação com o *roqueiro*, tendo em vista que ele já falava e participava aquém do esperado nos encontros presenciais. Analiso que houve julgamento e a operação de uma matriz discursiva do campo da reabilitação e da fonoaudiologia mais tradicional limitando a mim e ao roqueiro ao contorno da minha área de especialização<sup>30</sup> no campo da linguagem. Em alguma medida, me vejo forjada pela noção capacitista da pessoa com deficiência, operando o cuidado nessa estrutura e tensão constitutivas do núcleo profissional.

Naquele momento, o difícil foi me despir de uma roupagem tradicional aceita como cuidado no contexto da atenção à saúde na reabilitação. Mesmo com tantos

---

<sup>30</sup> As especializações em fonoaudiologia reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) são: linguagem, voz, audiologia, motricidade oral, saúde coletiva, disfagia, fonoaudiologia educacional, fonoaudiologia do trabalho, gerontologia, fonoaudiologia neorofuncional, fluência, perícia fonoaudiológica, fonoaudiologia hospitalar e otoneurologia (Conselho Federal de Fonoaudiologia, [2023?]).



atravessamentos, sem refletir sobre as ações em curso, busquei reproduzir no contato telefônico semanal o modelo ofertado presencialmente, uma vez que, pela característica de atuação multiprofissional da equipe no trabalho pré-pandemia, acreditava que a produção de cuidado era “mais livre”, um diferencial no nosso próprio processo de construção de equipe, já que realizávamos os atendimentos em conjunto, com articulação de saberes e práticas, com abordagens complementares e integradas a cada encontro no modelo interdisciplinar que fomos aprendendo na prática cotidiana do serviço.

Na relação direta do encontro presencial com o roqueiro, o “mais livre” cursava pelas escolhas que ele poderia realizar dentro do proposto no processo terapêutico, como por exemplo, escolher um instrumento musical, brinquedo ou jogo, contanto que pudéssemos direcionar as sessões visando uma maior produção de linguagem compreensiva e expressiva que impactasse na aprendizagem escolar que era a principal demanda trazida pela mãe. Entretanto, hoje, passados mais de 4 anos, tenho o entendimento de “mais livre”, como as escolhas do *roqueiro* sobre o que tinha sido colocado à sua disposição, na realidade, era praxe, uma estratégia de controle que eu pensava ser uma ponte a ser atravessada em algum momento, para possibilitar a volta ao instituído, ao núcleo duro da profissão onde a fonoaudióloga instituída com suas técnicas e estratégias fosse a protagonista do cuidado do outro, mas não com o outro.

Eu tinha uma postura paradoxal, até mesmo cética em relação à capacidade de aprendizagem de leitura e escrita do Roqueiro, que àquela altura, aos 14 anos, já tendo passado por diversos profissionais, como fonoaudiólogas, psicopedagoga, psicomotricista, além da escola e salas de recurso, desde os 6 e 7 anos, ainda não escrevia o seu primeiro nome, um desejo e exigência da mãe frente aos tratamentos e acompanhamentos acessados para o filho. O grafismo ainda nas primeiras fases de desenvolvimento com traços eram garatujas<sup>31</sup> que só algum tempo depois foi se diferenciando em círculos que foram interpretadas por mim como as primeiras tentativas de reproduzir uma aproximação da primeira letra do seu nome, mesmo que as formas e traços não fossem reconhecidas por outras/os que não o conhecesse há algum tempo e não soubessem como se chamava.

Como estratégias do trabalho remoto, as atividades propostas procuravam se

---

<sup>31</sup> Para saber mais acesse <https://revistas.usp.br/estic/article/view/60758>.

servir do que havia de recursos no domicílio de modo que pudesse realizar algum processo para a aprendizagem. A contagem do número de copos, pratos e talheres, até 4, número que corresponde aos integrantes da família, considerando que o *roqueiro* só sabia contar até 10 de forma automática e, por vezes, ainda falhava. Não fazia relação entre o número e a quantidade. Os familiares também foram orientados de modo a incentivar atividades como introduzir o jovem nos afazeres domésticos como forma de aprendizagem, buscando dar continuidade ao trabalho presencial para a atenção, coordenação e contagem.

Ocorre que passadas poucas semanas, o retorno sobre a execução das atividades já não chegava com a mesma frequência, pois o *roqueiro*, não tinha o hábito de ajudar nas tarefas de casa, por mais que orientasse a família no quanto esse processo poderia ajudar na aprendizagem e na sua independência. Não parecia fazer sentido para o *roqueiro*, que se expressava pouco nos nossos encontros virtuais, nem para a família como um todo. A mãe mantinha uma prima adolescente em sua casa quase diariamente para que ela o ajudasse nas tarefas da escola, gerando uma tensão na relação com o pai, que se referia ao processo como uma opressão do filho.

Assim mesmo, mantivemos a estratégia para a semana seguinte e com isso a resposta não poderia ser outra, o *roqueiro* continuou pouco participativo e eu continuei no desejo de que acontecesse algo diferente sem modificar a minha postura de controle e tentativa de disciplinamento do corpo do outro, o que hoje está explícito, mas à época não.

Sabia que precisava insistir. Assim a estratégia foi, na semana seguinte, incluir na chamada por vídeo mais um participante do grupo de quando era presencial. Mesmo assim não ocorreu quase nenhuma interação, nem conosco, nem com o colega de grupo. A próxima estratégia foi realizar a ligação e conversar com o irmão mais velho que dava suporte nos atendimentos virtuais. O propósito era ele nos ajudar no cuidado com seu irmão, sendo combinado com antecedência por mensagem via WhatsApp e assim foi feito.

O irmão mais velho costumava deixar tudo organizado para o roqueiro, mas não participava além de receber a ligação e passar para o irmão. Então, ligação realizada, o roqueiro, com seu jeito tímido surge de imediato na tela do celular. A interação ocorre com pouca potência, nossos corpos não se afetam. Parecia tudo protocolar, perguntas padrão, tipo: “como você está?” “O que tem feito?”. Frente a esta situação, então, finalmente pergunto pelo irmão e o roqueiro o chama. Me

apresentei novamente pois só tínhamos nos comunicados por mensagem de texto.

Informei sobre como era a dinâmica dos atendimentos na fase presencial. Falei um pouco sobre as avaliações realizadas e observações sem muita ênfase nos resultados, pois acreditava que o irmão já soubesse que o roqueiro ainda não reconhecia nem o número 1. Talvez soubesse que o roqueiro contava de modo automático somente até 10 sem fazer a devida correspondência com as quantidades.

Até aqui, me pegava presa ao instituído, e de modo verticalizado, na postura de sabida, desconsiderava o saber do outro, não havia alteridade no meu agir. Eu tentava dar continuidade ao que fazíamos nos encontros presenciais. Eu controlava, dava as ordens e tentava conduzir os atendimentos. Não havia encontro, eu estava produzindo atos de saúde para dar conta do meu processo de trabalho: produzir procedimentos dentro de um certo “modo de cuidar”, que não era necessariamente cuidador (Merhy, 1999).

Darmos continuidade aos atendimentos com ajuda do irmão era o mais importante naquele momento. Pedíamos ajuda nos encontros virtuais, mas, parecia não estar surtindo os efeitos esperados. Precisávamos saber mais sobre o nosso paciente, o que ele gostava de fazer quando estava em casa, para que pudéssemos adaptar nossas atividades, sem perder o foco dos objetivos terapêuticos. Eu continuava enquadrada no instituído, mas ainda de modo inconsciente, sem me dar conta que uma produção do cuidado começava a se desenhar, mesmo que timidamente.

Mas então, o que mesmo o roqueiro gosta de fazer quando está em casa? Nesse momento, o irmão responde: “Ele gosta de música”! Que tipo de música?” perguntamos, eu e a musicoterapeuta que atendia junto comigo. O irmão responde: “Rock”. Enquanto isso, o roqueiro que havia saído de cena principal, aparecia no fundo da sala de sua casa, com um ukulele na mão, fone no ouvido plugado ao celular. Cantava e gesticulava afetado pela música. O irmão não sabe dizer as músicas que o roqueiro gostava, mas a sua banda preferida é *Metallica*.

O roqueiro mostrava o que gostava de fazer quando estava em casa. Mas o olhar capturado pela profissionalização não me deixava ver. Desconsiderava que o roqueiro já nos dizia que precisava estar *entre nós*.

Pronto, havia colhido a informação e a incluiria na minha caixa de ferramentas tecnológicas, onde os meus saberes da profissão junto com o gosto musical do roqueiro, seriam utilizados para tentar alcançar os objetivos. A caixa de ferramentas

é em analogia às valises do médico (Merhy, 2007) é composta por recursos materiais e imateriais conforme as finalidades que se almejam e que devem fazer sentido no encontro. A nossa caixa de ferramentas estava sendo composta, não pelas tecnologias duras como máquinas e equipamentos, mas essencialmente pelas tecnologias leve-*duras*, os saberes clínicos, o celular, o ukulele e a tecnologia *leve*, relacional do agir na produção dos atos de saúde (Merhy, 2007). Mas, até ali, continuava presa ao instituído, pensava em criar atividades, jogos da memória e outros com as imagens da banda.

Na semana seguinte, sem que tivesse conseguido preparar os materiais que desejava, o recurso foi buscar no youtube vídeos da banda e mostrar ao jovem nas ligações por chamada de vídeo. Para nossa surpresa, a participação começou a ser bem mais efetiva. O jovem, antes tímido, deixou a timidez de lado e, com alegria, performou como um verdadeiro Roqueiro do outro lado da tela, e eu, do meu, me alegrava com aquele acontecimento em pura afecção<sup>32</sup>, contrariando, conforme dito por Deleuze (2019), no Curso sobre Espinosa, que o filósofo holandês não acreditava em afecção à distância. Mas, passados seis séculos, a tecnologia já nos permite afirmar que sim, podemos ser afetados à distância, pois quando o Roqueiro ouvia e assistia os vídeos da banda *Metallica*, sim, se afetava, e me afetava também.

O Roqueiro se transformava, mudava o semblante, efetivamente se comunicava. Não necessariamente por palavras, como nós fonoaudiólogos e fonoaudiólogas, “amantes de significante” (Deleuze; Guattari, 2011) fomos forjados em nosso núcleo profissional, mas pela circulação dos afetos. Acontecia efetivamente a comunicação, pelo corpo com movimento-roqueiro, gestos de balançar de cabeça, língua para fora, mão chifrada<sup>33</sup>. O que acontecia naquele corpo, hoje sei, era pura afecção conforme trazido por Espinosa, em que a potência dos corpos pode ser aumentada ou diminuída conforme os nossos encontros, nossas paixões alegres ou tristes a acionar nossos corpos. Nossos Corpos vibráteis se conectavam, num contato com o outro, humano e não-humano, mobilizando afetos, tão cambiantes quanto a multiplicidade variável que constitui a alteridade (Rolnik, 2000).

---

<sup>32</sup> É um estado de um corpo enquanto sofre a ação do outro corpo; indica a natureza do corpo modificado, ou seja, é o efeito que um corpo produz sobre o outro (Deleuze, 2019).

<sup>33</sup> Ronnie James Dio (1942-2010), ex-vocalista do Black Sabbath, DIO e de outras bandas, foi quem melhor interpretou a mão chifrada e ajudou a popularizá-la no rock durante década de 1980. Segundo o roqueiro, a sua avó, italiana usava o mailok, ou mão chifrada, para protegê-la contra o “olho do mal”; ou “mal olhado (Fawkes, c2020).

Sobre este afetar dos corpos, Suely Rolnik (2011) em sua cartografia sentimental, na esteira de Espinosa, traz a compreensão de corpo vibrátil. A autora nos fala sobre a vibratibilidade que toma os corpos nos encontros com outros corpos; em intensidades de afetos que circulam levando donde os corpos podem se atrair ou se repelir. A Corpo vibrátil é enunciado como um meio de entender como os afetos compartilhados reverberam em nossos corpos e que não são apreendidos a olho nu, mas somente pelo olho vibrátil; ou melhor, por todo corpo que alcança o invisível (Rolnik, 2011).

Mesmo diante da potência que vinha se apresentando nos encontros virtuais, em diversos momentos eu me pagava sendo capturada pelo instituído. O meu desejo era transformar o gosto do jovem pelo rock, em jogos, exercícios e atividades como estratégias fonoaudiológicas. Usar as imagens, as letras que formavam o nome da banda na expectativa de incrementar a minha caixa de ferramentas com algo que fosse material e palpável o suficiente para o meu fazer fonoaudiológico. Desse modo, capturada pelo instituído, eu não atentava para o protagonismo do jovem que apontava, através do seu gosto pelo rock, caminhos, rotas de fuga para a produção do cuidado de si e do outro.

Até aqui, mesmo sem me dar conta, eu me apresentava como pesquisadora exploradora em pura ousadia, convivendo com a angústia de não ter as confortáveis referências instituídos que avaliassem esse meu movimento (Kulpa; Baduy, 2016), mas procurava compreender os fatos na tentativa de criar um mapa que me auxiliasse nos próximos passos, na continuidade da produção de cuidado.

Nesse mesmo período, eu participava da pesquisa desenvolvida pelo grupo de pesquisa "Observatório de Políticas de Saúde e Formação em Saúde" e "Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva". Análise da Implantação da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência - os Usuários, Trabalhadores e Gestores como Guias". Nos encontros semanais da pesquisa, os processamentos que íamos realizando eram não somente sobre o trabalho que realizava no CER, sobre o cuidado, mas também sobre nós, sobre as tensões vividas no cotidiano do trabalho. Estar com e na pesquisa, gradativamente me levou a perceber que o que estava operando nos meus encontros com o Roqueiro era uma reinvenção dos modos de produção do cuidado do outro e mim mesma. Tal percepção foi resultado de um dos dispositivos do modo de fazer pesquisa operado pelo Grupo do Observatório, ser pesquisa-intervenção onde eu pesquisadora também fui deslocada do lugar de objeto da pesquisa para me tornar

pesquisadora e produzir conhecimento também sobre o meu caminhar nos serviços, guiada pelo caminhar com a pesquisa na perspectiva do pesquisador *in-mundo*. Me emaranhei, me misturei e me afetei (Abrahão *et al.*, 2004). Imersa com e na pesquisa, me sujando, reverberou em mim, como dispositivo de mudança e indução, à época e ainda hoje, quando passados mais de 4 anos dos nossos encontros e afetos, me possibilitando dar visibilidade e dizibilidade aos meus encontros-guias.

Tudo o que foi dito até o momento em que o Roqueiro passou a estar *entre* nós, a integrar a entreprofissionalidade, não destoava do previsto no tratamento e acompanhamento na área da reabilitação. Nesse sentido, é necessário registrar as entrelinhas do que tensiona, guia e sustenta a produção do que queremos nomear de cuidado, que é onde a vida do outro é o sentido máximo da produção do campo da saúde (Merhy, 2020).

A produção proposta até então, se encaixa adequadamente aos regimes de verdade produzidos naquele território com o substrato da formação do núcleo profissional, da produtividade do serviço e sobretudo, do que se presta a noção de reabilitar pessoas para a sociedade, para a mínima aquisição da dita "normalidade", como ler o nome aos 14 anos, por exemplo.

## 5.2 O MEU ENCONTRO COM PINTOR DE PEDRINHA MIUDINHAS

[...] uma é maior, outra é menor, a miudinha é que nos alumeia / pedrinha miudinha de Aruanda êh! [...]. É pela aproximação amorosa, pelo ato de acariciar - com devoção sagrada - amor eu diria- as pedrinhas miúdas que me ilumino no mundo. Os olhos brasileiros são os únicos que eu tenho para mirar os dias. É com eles que eu busco conhecer e, mais do que isso, me reconhecer [...] (Simas, 2019, p. 14-15).

O meu encontro com o Pintor de Pedrinha Miudinhas, se deu em um contexto completamente diferente do Roqueiro. Nesse sentido, o modo de trazer da minha memória e cartografar nossos encontros também é diferente, pois o Corpo-Carla fonoaudióloga em devir que se apresentou ao Pintor de Pedrinhas, consciente das possibilidades de afetar e ser afetada nos encontros, se despiu (mesmo que parcialmente) do poder de ser sabida sobre a vida do outro, do instituído pela formação profissional, do controle e disciplinarização do corpo do outro para se abrir ao reconhecimento dos saberes do Pintor em alteridade, em sua subjetividade. Me deixei fluir pelas afecções de modo instituinte nos encontros, estando aberta ao

inesperado, recebendo O Pintor do jeito que ele chegou e com o que trouxe de sua vida individual e coletiva (Merhy, 1999, 2020). Uma outra Carla, mas também, outro território que sustenta esse modo de agir na produção do cuidado, é o território da saúde mental e não o da reabilitação. Outros regimes operam em mim e no campo.

Esse modo, me permitiu enxergar não com meu olho retina, mas com meu corpo vibrátil (Rolnik, 2006, 2011) vi o pré-adolescente se autorizar a ser um Pintor de Pedrinhas Miudinhas; ter um encontro com o Batman; ser um Pintor de Pedrinhas amante do futebol com uma medalha no peito; Ser um Pintor de Pedrinhas aborrecido; miudinhas malabarista, em composições possíveis do cuidado em cada tempo e lugar na micropolítica, em encontros intercessores, produzindo mais vida vivida (Slomp Júnior *et al.*, 2023).

O pintor de Pedrinhas Miudinhas é um lindo pré-adolescente, negro, com 9 anos de idade à época, com diagnóstico de autismo não verbal. Fazia pouco ou por vezes, nenhum contato visual, não interagia com os demais colegas do grupo ou comigo, contudo aceitava a aproximação de todos. Se interessava pelos brinquedos, sempre os manuseando sozinho.

Conheci o PPM em 2021, poucos dias depois que cheguei para trabalhar no CAPSi onde era atendido em grupo, com outras três crianças, uma menina e dois meninos. Fui acompanhar o grupo com a psicóloga técnica de referência (TR)<sup>34</sup> que os atendia, pois eu passaria a ser a técnica de referência das crianças do grupo.

Sobre o Pintor de Pedrinhas, em especial, já me foi advertido desde o início que era “o menino que vinha por trás para se encostar na gente”, em um tom de desconforto das trabalhadoras pela conotação sexual do contato corporal.

O modo de aproximação “desconfortável”, ocorria praticamente em todos os atendimentos, porém não repetidas vezes, o que em pouco tempo foi tomado como um possível modo de comunicação que se estabelecia com a equipe, com os adultos, uma vez que o PPM não apresentava esse modo de aproximação com as crianças. Nas oportunidades dos encontros esse contato foi deslocado para brincadeiras de roda e foi arrefecendo a forma de aproximação “desconfortável” com o tempo. Até aqui ainda não era o Pintor de Pedrinha.

---

<sup>34</sup> Técnico de referência, ou conforme o manual dos CAPS do Ministério da Saúde: Terapeuta de Referência (TR). Terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS (Brasil, 2004).

Como TR do grupo, passei a atender junto com a estagiária de psicologia e a funcionária administrativa que também nos auxiliava, formando a equipe. O Pintor de Pedrinhas, como disse anteriormente, se interessava pelos brinquedos. Então sempre fazia o mesmo movimento: sentava-se próximo ao baú de brinquedos, pegava alguns e ali permanecia, enquanto os demais colegas do grupo também escolhiam o que fosse de interesse. A escolha espontânea dos materiais, lúdicos, ou não, pelas crianças ou adolescentes sempre foi a forma de “livre” escolha que se deu naquele atuar. Era o modo de iniciar a observação do agir das crianças para posteriormente ir buscando aproximação e interação<sup>35</sup>.

Me recorro e transito pela memória do que ocorria como direcionamento do atendimento ao Roqueiro, situação na qual o “livre” para a escolha dos brinquedos ou materiais de interesse vinha subjacente ao propósito terapêutico da fonoaudiologia, a intencionalidade da aprendizagem, prescrição que emergia em primeiro plano nos encontros. Na ocasião do Pintor de Pedrinhas, a escolha dos brinquedos não estava amarrada ao que seria trabalhado a cada encontro, a uma programação terapêutica prévia, mas a um processo de interação e comunicação que emergia em ato e se fazia ferramenta no processo com o outro.

Com o decorrer dos encontros, o Pintor de Pedrinhas, por aceitar a aproximação dos outros, mesmo que não interagisse, percebia a presença dos demais, olhava o ambiente, de modo que passou a escolher outros brinquedos e ampliar seu leque de materiais a serem explorados, indo por vezes até o teclado.

Nesse movimento de maior exploração do ambiente o PPM descobriu pincéis e tinta guache em uma prateleira. Seguindo seu interesse, ofereci papel para que pudesse pintar. Em um movimento de escolha por brinquedos nas prateleiras e por sentar-se à mesa, com menos frequência ficava sentado no chão escolhendo brinquedos no baú, enquanto as outras crianças permaneciam sentadas no chão ou no teclado, cada um em sua produção, no espaço que é uma área dos fundos da casa, tipo uma varanda que possibilita que as crianças pudessem estar próximas, observando umas às outras ou se afastando, caso sentissem necessidade.

O Pintor continuava sua produção... Uma folha de papel não foi suficiente, então o PPM pegou os brinquedos deixados sobre a mesa e começou a pintar. Pintou uns dois carrinhos e um boneco. Ao término do atendimento, em conversa com o pai

---

<sup>35</sup> Esta pesquisa não tem como objetivo discutir modelos ou estratégias de intervenção no autismo. Trago mapas que foram sendo construídos e analisados no processo cartográfico.



do PPM, este disse que realmente ele adorava pintar e completou... “Se deixar, ele sai pintando tudo!” Então, a tinta e o pincel passaram a ser meus aliados nos atendimentos/encontros, a compor as ofertas da minha caixa de ferramentas.

Uma análise importante nesse momento é perceber que já não fazia atendimentos, após a experiência com o Roqueiro já me percebia em espaços de produção de atendimentos/encontros. Reflexões como “o cuidado acontece no encontro” (Merhy, 2007) ganharam dimensões práticas a partir do cotidiano. Não se tratava mais de produzir circunscritamente os atendimentos/encontros, mas, da produção da micropolítica do cuidado em saúde em ato. Vivia os conceitos como ferramentas e norteadores do meu agir, onde os afetos circulavam em processos de subjetivação e nossos desejos como produção (Deleuze; Guattari, 2011) se dando ali, em fluxo, sendo consumido ao mesmo tempo em que ia sendo produzido em ato, em um território existencial (Rolnik, 2006), relacional micropolítico vivo (Merhy, 2007).

Além da (ou pela) constatação do cuidado em mim, o campo da saúde mental me arrebatou. A lógica instituída do cuidado em liberdade nesse campo se diferenciava profundamente das minhas experiências na reabilitação. Se destacava a noção de interdisciplinaridade e suas distinções nos dois campos. Na reabilitação havia uma demarcação das áreas profissionais, das suas atuações, mesmo quando havia atuação em conjunto no mesmo atendimento, enquanto na saúde mental, sinto mais fluidez entre as áreas profissionais, que borram suas fronteiras, resistindo ao atendimento ambulatorial por áreas de atuação.

Voltando ao diário cartográfico... no encontro seguinte, o Pintor foi direto na prateleira e pegou os pincéis e as tintas. Ofereci mais de uma folha de papel e o deixei sentado à mesa pintando e, mais uma vez, as folhas não foram suficientes. Um pote de letrinhas plásticas estava sobre a mesa e o Pintor passou a pintar as letrinhas, sem que eu percebesse. Precisei intervir e dizer que não poderia pintar as letras e os brinquedos como fez anteriormente pois, eram materiais que todos usavam e, por isso, não podiam ser pintados.

O meu poder disciplinador entrou em cena. Porém, como já havia aprendido com o Roqueiro, percebi no pintor o desejo de continuar a sua produção. Então, o que oferecer, para que pudesse dar continuidade sem ter que pintar os brinquedos? Consegui pensar rápido, e lembrar que o CAPSi havia passado por uma pequena obra para construção de uma rampa de acesso. Então deixei o grupo com a equipe e fui rapidamente até o quintal apanhar algumas pedrinhas que ofereci ao pintor que as

pintou e continuou assim na produção de si, começando a evidenciar a sua percepção das demais crianças em atividade na sala.

Encerramos a atividade, guardando as pedrinhas pintadas numa caixa, comuniquei que ficariam guardadas para os próximos atendimentos. Levei o pintor e as outras crianças para o tanque para lavarem as mãos e darmos seguimento ao segundo tempo dos atendimentos no CAPSi, a hora do lanche.

Esse é um momento muito caro para mim, porque as crianças, os pré-adolescentes ficavam juntos sentados à mesa. Os alimentos eram apresentados e oferecidos para escolha. No lanche são muitas as oportunidades de interação, comunicação, pois mobilizamos outros trabalhadores da casa como a auxiliar de cozinha, o auxiliar de serviços gerais e quem mais estiver na casa, se for necessário. A produção viva invade os espaços formais, mobilizada por todos, usuários, trabalhadores, gestores para fabricar potências (Feuerwerker; Bertussi; Merhy, 2016).

As possibilidades de escolha se apresentam. O que vai comer? pão, biscoito ou fruta? e beber? suco, achocolatado ou iogurte? Foi nesse contexto que o PPM repetiu as palavras: pão e suco. Hoje por vezes já as pronunciam espontaneamente. Também foi nesse contexto que confirmei o que meu olhar de fonoaudióloga já havia intuído. Ou melhor, sendo instituída, o meu raciocínio clínico me sugeria que, não só pelo fenótipo do PPM que é um menino negro e tem lábios grossos, mas pelo fato do seu lábio inferior ser extremamente hipotônico chegando a ser evertido e dificultava o velamento labial, o que interferia em sua alimentação.

Nesse momento, a fonoaudióloga “dura”, instituída, entra em campo ao ver a pouca eficiência dos lábios do PPM no uso do copo e ao sugar o canudinho da caixa de suco. Não tem como! Meus olhos, meu corpo-fonoaudióloga, são agenciados de imediato e entra a fonoaudiologia em cena para compor no cuidado em ato. Sim, o Corpo-Carla.

Fonoaudióloga instituída se apresentou, ou melhor, estava ali, e foi acionado quando foi preciso.

Passados quase três anos desse encontro e analisando agora este mapa produzido nesta cartografia, mais detidamente vejo que o meu saber-fazer fonoaudiológico que está em mim, compõe a minha multiplicidade e a minha caixa de ferramentas, não foi tomado como o norteador do processo de trabalho, como na reabilitação, mas sim, integrado nos saberes, no cotidiano do cuidado, com as orientações e encaminhamentos que fazem parte da composição do cuidado, da

produção de fios na rede que conforma a multiplicidade das vidas na produção de mais vida para ser vivida pelas crianças.

A continuidade dos encontros com o PPM em meio às tintas e pincéis na tessitura em aquarela de produção de si e do outro permitiu o meu encontro com a multiplicidade do PPM e se fez possível após a minha experiência com o Roqueiro. Reconhecer a produção de mais vida na vida vivida do Roqueiro, ao me aproximar do que o interessava, o afetava com paixões alegres, foi produzir o cuidado na vida, era o Roqueiro em produção de outros mundos, o que me possibilitou estar aberta a subjetividade, a delicadeza do encontro do PPM, com o Batman.

Me recordo quando o Roqueiro encontrou o Homem-Aranha no trem em seu percurso até o CER em 2021. Em nossa conversa inicial para saber como estava, se havia ido para a escola, quem o tinha trazido para o atendimento etc., o Roqueiro disse ter visto o Homem-Aranha que ficou de cabeça para baixo e eu, ainda presa ao instituído pelo núcleo profissional, não só não valorizei o encontro do Roqueiro com o Homem-Aranha, como já o enquadrei como aquele com discurso desorganizado, que fugiu do tema da conversa. Só percebi que estava equivocada no término do atendimento quando fui conversar, dar uma devolutiva do atendimento ao pai, o que tínhamos feito, conversado. Então o pai do Roqueiro confirmou a história do homem que estava fantasiado de Homem-Aranha e se pendurou de cabeça para baixo nos vagões do trem.

A partir da compreensão que a vida do Roqueiro precisava estar *entre* nós na produção micropolítica do cuidado, seu processo de subjetivação produziu em mim interferência, reverberando nos meus encontros com a multiplicidade do PPM e me abrindo para vida dele como parte do cuidado.

Voltando ao encontro do PPM com o Batman, o encontro aconteceu quando o CAPSi realizou no horto municipal de Queimados a festa comemorativa do Dia das Crianças. Além das comidas e bebidas, algumas crianças brincavam, subiam e desciam nos brinquedos do horto, entravam e saíam da casinha de madeira, outras corriam pelo espaço. Havia ainda uma voluntária fazendo pinturas nas crianças, que escolheram pintar na mão, no braço. A equipe também se pintou e eu escolhi pintar uma borboleta em um lado do rosto.

O PPM, ao ver os materiais e tintas das mais diversas cores, se aproximou e pegou uma. Eu estava por perto e observei a madrastra pedindo para que devolvesse a tinta, o conduzindo para a fila onde deveria aguardar a sua vez. No seu momento a

voluntária apresentou vários modelos de pinturas que poderiam ser feitas e, junto com a sua madrastra, escolheram o desenho do Batman que foi reproduzido como uma máscara no rosto do PPM. Ao término, foi oferecido um espelho para que visse o resultado da pintura. O PPM aproximou o seu rosto do objeto e pareceu perceber que o seu movimento também movimentou o Batman, assim, começou a fazer “caras e bocas”, sorriu, tocou seu rosto sentindo a pintura frente à imagem continuou olhando e fazendo movimentos faciais, dando movimento, vida ao Batman e produzindo mais vida em sua vida. O encontro foi lindo, o PPM estava feliz e sua alegria refletiu em todos que estavam presenciando o momento de pura afetação/afecção.

Nesse movimento dos meus encontros com O PPM, o meu olhar mais atento já tinha me mostrado o gosto de PPM pelo futebol, quando passou a escolher outros brinquedos e a bola era um de seus preferidos. Fazia embaixadinhas, chutava, gritava “gool” e levantava os braços comemorando. Nesses momentos me olhava e comemoramos juntos o seu feito. Como dito anteriormente, O PPM nunca recusou a aproximação do outro, com isso jogávamos revezando nossas posições, hora no ataque hora no gol, onde no brincar eu buscava interação, troca de turno, brincar compartilhado. Olha eu aí, fonoaudióloga.

Continuando meu movimento cartográfico, aberta para receber O PPM como ele chegava e ao que trazia consigo. Nesse dia, eu estava dentro da casa e ouvi ao longe a voz do PPM. Falou “Gool” e continuou a produzir outras palavras que nem sempre eram decifradas por mim. Terminei meus afazeres e me dirigi para a varanda para receber o PPM. Este estava sentado ao lado da madrastra com o celular na mão assistindo ao jogo de futebol, tão atento que não desgrudava o olho do aparelho. Cumprimentei-o e o chamei para entrar, então a madrastra fez o movimento de pedir que o PPM entregasse o aparelho. Sugeri que, se ele pudesse continuar com o aparelho, o usássemos no atendimento. Assim como o Roqueiro e sua guitarra. O jogo de futebol era a vida do PPM em sua multiplicidade, e estavam ditando os rumos do nosso encontro.

O PPM entrou na casa e se dirigiu para a sala do meio, onde não há mesa, somente tapetes emborrachados e brinquedos. O PPM se sentou no chão encostado à parede e continuou a assistir o futebol. Eu também me sentei no chão, inicialmente só presente na sala sem estar muito próximo, apesar do espaço não permitir muito distanciamento, observei e só após um tempo perguntei se podia assistir o jogo com ele e me aproximei mais. Mesmo sem obter resposta, sentei ao lado do PPM que fez

sons, emitiu algumas palavras e frases (algumas para mim eram ininteligíveis, não só pela articulação do PPM, que não é muito precisa). Mais um gol e PPM comemorou repetindo “gool” e levantou os braços em comemoração. Eu também comemorei e todas as vezes que saía um gol passamos a comemorar juntos.

Trocas de olhares e afetos circularam, nossos corpos vibráteis refletiram a potência que foi conduzindo o bom encontro e, diferentemente da minha conduta inicial com o Roqueiro, em nenhum momento tentei modificar ou inserir atividade na tentativa de conduzir o PPM, pelo contrário, deixei que os afetos circulantes nos conduzissem.

Próximo dos 15 minutos finais de atendimento antes de realizarmos o lanche, eu chamei a madrastra para falar como estava sendo o nosso encontro e saber um pouco mais sobre como estava o PPM em casa pois havia faltado há alguns encontros. Falei como havia sido o encontro com o PPM assistindo ao futebol, e que não havia compreendido algumas palavras ditas. Então fui informada que ele é apaixonado por futebol e que tem falado das propagandas dos patrocinadores dos jogos na TV, e estas eram as falas que eu não compreendia. De posse da informação contextualizada pela madrastra e mais atenta, consegui compreender o que o instituído me dizia, PPM estava apresentando ecolalia tardia.

Em outro encontro, O Pintor de Pedrinhas Miudinhas chegou ao CAPSi, e como na maioria das vezes, ainda estava dentro da casa. Quando saio na varanda para deixar as crianças do encontro anterior, quase sempre, o Pintor de Pedrinhas já se encontrava aguardando sentado ou já de pé em frente à porta. Se levantava imediatamente e vinha ao meu encontro. A sua mãe do coração pontuou: “Nossa! Quanta alegria!”, palavras que fazem a mãe perceber os afetos circulando. Nesse dia específico O PPM chegou com uma medalha no pescoço e, com seu modo de se comunicar, olhou em meus olhos, fez um movimento como um pequeno elevar do corpo, um saltinho sem tirar os pés do chão. Nesse movimento pareceu querer me mostrar a medalha no peito.

Eu estava consciente da aposta que fazia e o meu agir já se dava em liberdade buscando os encontros-encontros, encontros onde a vida do outro e a minha vazavam. Os bons encontros espinosanos, que aumentassem a potência do agir do outro em mim. As paixões alegres, que eu afetasse e fosse afetada.

Mas nem só de bons encontros vivemos e, certa vez, o PPM se mostrou aborrecido e tentou me agredir. Sempre conseguimos concluir nossos encontros

ainda potencializados pelos bons afetos e nossa potência de agir aumentada. Contudo, diferentemente dos outros encontros PPM se aborreceu próximo ao final do nosso encontro quando, logo após o lanche anunciei que o nosso encontro estava terminando e pedi que me entregasse o brinquedo que estava de posse como sempre fez sem maiores dificuldades. O PPM se recusou e com a minha insistência, se sentiu contrariado com a negativa de levar o objeto consigo, tentou me agredir e se autoagrediu apertando e cruzando seus braços na altura do peito, apertando as mãos com força, deixando as marcas das unhas em seus braços.

Eu nunca tinha presenciado o PPM aborrecido. Deixei o instituído de lado e não classifiquei o ocorrido como um comportamento disruptivo do TEA. Chamo o seu pai para a sala de atendimento e mostro a minha surpresa com o ocorrido pois nunca havia presenciado. Perguntei se algo diferente havia ocorrido, como estava o PPM em casa e o pai respondeu que nada havia de diferente, e, se não me falha a memória, este comportamento de hetero e autoagressão também nunca tinha ocorrido em casa. Continuei conversando com o pai para tentarmos juntos compreender o que estava se passando, até que quase já aceitando o “nada de diferente ter acontecido”, apesar de saber que nunca um comportamento apresentado é “do nada”; o pai diz que a rotina do PPM havia mudado, que este e toda a família estavam acordando mais cedo para irem com a madrasta para a casa da avó, mãe da madrasta, pois esta estava adoentada e todos os dias recebia os cuidados da filha. Pode ter sido a mudança de rotina? Ter que acordar cedo todos os dias sem compreender o real propósito? Se aborreceu por ter sido contrariado? Nesta última hipótese pelo fato de ninguém gostar de ser contrariado e não pelo fato de ser TEA.

Ainda nesse caminhar cartográfico, recordo que o gosto do PPM por bola não se restringe ao futebol, ou a bolas desse tipo. Se é redondo e tem mais de duas, vira objeto de malabarismo. Se é pino de boliche, também pode virar. O PPM tem todo um jeito de jogar com movimento de braços, tentativas de passar os objetos embaixo das pernas e jogar para cima... As bolas em número de três, mesmo que uma fique sempre em sua mão ou que não consiga aparar nas mãos depois que joga para cima. O gingado, os movimentos perfeitos de braços, pernas, todo seu corpo fica fácil de identificar o malabarista que gosta de ser apreciado, produzindo mundos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As profissões não preexistem às práticas, elas decorrem das práticas. Se as práticas já existiam antes de uma profissão, elas eram executadas por quem as aprendia/apreendia, valendo o domínio de competências e habilidades, não a posse de um título (Ceccim, 2017, p. 51).

No processo do mestrado, superei as dificuldades iniciais de compreender que eu poderia ser o próprio campo da pesquisa, atuando como pesquisadora *in mundo* e, ao mesmo tempo, ser pesquisada, sem a necessidade de distanciamento do objeto, como proposto pelos regimes de verdade que tradicionalmente definem o que é fazer ciência. A pesquisa com inspiração cartográfica me possibilitou acompanhar os processos que eu realizava não apenas nos serviços, mas também na vida. Ela me permitiu a reaproximação com a minha ancestralidade, reconhecer minha identidade enquanto pessoa interseccionada, uma mulher preta, nascida e criada em comunidade, apaixonada pelo samba, pela gastronomia e pela multiplicidade-Carla.

Cartografar permitiu, ao mesmo tempo, lembrar, analisar e refletir sobre a minha vida pessoal e profissional. Minhas práticas foram sendo lembradas, possibilitando a criação de mapas sentimentais e mapas dos meus encontros-guias no cuidado. Além disso, esse processo deu visibilidade e voz ao meu sentir, pelas afecções que circulavam nos encontros, na produção do cuidado de mim mesma e do outro.

Refletir sobre isso me fez perceber que, inicialmente, não enxergava a produção de outros mundos pelo Roqueiro, enquanto ele estava no centro do cuidado, sob minha orientação e investida de poder como profissional de saúde. Contudo, quando ele me mostrou que deveria estar entre, e não no centro, ensinou-me e preparou-me para o encontro com o Pintor de Pedrinhas Miudinhas. A partir dessa compreensão — de que ambos deveriam estar no entre e não no centro — pude vê-los além do olhar clínico, enxergando-os em suas produções de vida, como realmente eram, como se mostravam e como chegavam até mim.

Cartografar também permitiu acompanhar processos, levando-me a compreender que fui me constituindo uma profissional em devir, em constante deslocamento pela multi, inter e entreprofissionalidade, numa relação dialógica e reflexiva com o meu agir cotidiano na produção do cuidado. Nesse sentido, pude analisar, refletir e problematizar os encontros, relacionando minha prática com o

conteúdo teórico no cotidiano de dois serviços que, à primeira vista, poderiam parecer incompatíveis pela sua natureza e especificidade, com matrizes discursivas consolidadas e apropriadas no meio social.

Cartografar e rememorar o vivido me permitiram perceber que as matrizes discursivas foram sendo atualizadas, principalmente os enunciados teóricos na área da reabilitação, hegemonicamente de base médica. Esse campo traz o conceito de funcionalidade para o centro, numa tentativa de operar mudanças. Contudo, essas mudanças ocorrem no conteúdo, mas não na forma de reabilitar para a produção, ainda respondendo à lógica capitalista e mantendo o pensamento cartesiano do corpo como máquina.

A cartografia de mim e dos meus encontros não teve a pretensão de produzir verdades. Ela possibilitou, no entanto, a compreensão das práticas tanto na área da reabilitação quanto no campo da atenção psicossocial, onde há potencial para construir pontes, e não necessariamente abismos, apesar das matrizes discursivas e dos regimes de verdade parecerem diametralmente opostos — o que, de fato, são. Contudo, a prática revela que esses campos podem ser complementares, sem que seja necessário criar um hiato entre reabilitação e atenção psicossocial. Desde que haja encontro, afetação e afecção, essas áreas podem e devem se complementar, contanto que nós, profissionais, tenhamos porosidade, estejamos abertos ao inesperado, em um trabalho vivo em ato.

É necessário nos permitir deslocar, junto com o paciente ou usuário — seja qual for o nome dado —, do centro para o entre, num diálogo constante entre núcleo e campo; entre o instituído e o instituinte, sem o temor de nos tornarmos mais ou menos profissionais, ou com medo de perder o poder que tanto lutamos para conquistar com nossos títulos.

É possível. Embora não simples nem fácil, desterritorializar-se e reterritorializar-se em devir, dançando entre o núcleo e o campo profissional, sendo raiz, mas também permitindo-se ser rizoma.



## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 155–170. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.

ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador In-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, E. E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 22-30. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Politicass-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1---Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?**. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALMEIDA, B. C. de. Poder e verdade a partir de Michel Foucault. **Revista Ítaca**, [s. l.], n. 21, 2012. DOI: 10.59488/itaca.v0i21.240. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/Itaca/article/view/240>. Acesso em: 06 fev. 2022.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AULA 2: Fanon, a reforma psiquiátrica e os atravessamentos raciais - Rachel Gouveia Passos. [s. l.: s. n.], 2021. 1 vídeo (1h 38min). Publicado pelo canal PET Psicologia UNESP - Assis. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8S8HZYH1Zq8&t=3502s>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é um acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 52-75. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6828599/mod\\_resource/content/3/Pistas%20do%20metodo%20da%20cartografia%201\\_Livro.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6828599/mod_resource/content/3/Pistas%20do%20metodo%20da%20cartografia%201_Livro.pdf). Acesso em: 25 mar. 2022.

BERTUSSI, D. C. *et al.* (org.). **O Cer que precisa ser**: os desafios de ser rede viva com o outro. Porto Alegre, RS: Ed. Rede Unida, 2021. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v.14). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Livro-O-cer-que-precisa-ser-%E2%80%93-os-desafios-de-ser-rede-viva-com-o-outro.pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 19, n. 2, p. 04-27, jul./dez. 2001.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20–28, jan. 2002. DOI: 10.1590/S1413-24782002000100003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/#>. Acesso em: 03 jul. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 fev. 2023.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental). Acesso em: 18 fev. 2023.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 30 mar. 2023.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 11.793, de 23 de novembro de 2023**. institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/decreto/d11793.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11793.htm). Acesso em: 25 out. 2022.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Governo Federal, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1>. Acesso em: 30 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287\\_08\\_10\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html). Acesso em: 22 out. 2023.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 15 nor. 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/05/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/05/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf). Acesso em: 19 fev. 2023.

\_\_\_\_\_. **Saiba mais sobre a APS**. Brasília: Ministério da Saúde, [2021?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria>. Acesso em: 25 mar. 2023.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000. DOI: 10.1590/S1413-81232000000200002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/#>. Acesso em: 19 abr. 2022.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1739–1749, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622018.0477. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrRHcqsRXLZ7RMxCks/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 30 jun. 2023.

CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, R. F. C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 49-67. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183942/001064798.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2023.

COELHO, D. A. M. **Pelas palavras livres de gramáticas: reflexões sobre a formação dos trabalhadores de saúde mental**. 2008. 199 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/14922>. Acesso em: 17 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (Brasil). **Como obter ou renovar o Título de Especialista**. [s. l.]: CFFa, [2023?]. Disponível em: <https://fonoaudiologia.org.br/fonoaudiologos/como-obter-ou-renovar-o-titulo-de-especialista/>. Acesso em: 21 jun. 2022.

CUIDADO no Entre Profissional. [s. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (27 min). Publicado pelo canal TV Rede Unida. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=ilacwgeKoeE&ab\\_channel=TVRedeUnida](https://www.youtube.com/watch?v=ilacwgeKoeE&ab_channel=TVRedeUnida). Acesso em: 15 abr. 2023.

DELEUZE, G. Curso de 24 de janeiro de 1978 - o afeto e a ideia, p. 33. In: \_\_\_\_\_. **Cursos sobre Spinoza (Vincennes, 1978-1981)**. 3. ed. Fortaleza: EdUECE, 2019. p. 33-70. Disponível em: <https://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2023/08/Cursos-sobre-Spinoza-Vincennes-1978-1981-Gilles-deleuze.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: \_\_\_\_\_. **Mil Platôs: (Capitalismo e Esquizofrenia)** Vol. 1. 2. ed. São Paulo: 34, 2011. p. 17.

DESCARTES, R. **As paixões da alma**. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

ESPINOSA, B. de. **Ética**. Coordenação de Marilena Chauí. 1. ed. 2. reimpr. São Paulo: Edusp, 2021.

EVARISTO, C. A gente combinamos de não morrer. In: \_\_\_\_\_. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas: Fundação Biblioteca Nacional, 2016. Disponível em: <https://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/NEAB/Grupo%20de%20Estudos/7.%20EVARISTO,%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20-%20Olhos%20dagua.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2023.

FAWKES, P. A “mão chifrada” significa exatamente o contrário do que falaram pra você. **Associação Cultural do Rock**, São Paulo, c2020. Disponível em: <https://acrock.com.br/artigo/a-mao-chifrada-significa-exatamente-o-contrario-do-que-falaram-pra-voce->. Acesso em: 12 set. 2022.

FEUERWERKER, L.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. (Políticas e cuidados em saúde, 2). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-2---Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>. Acesso em: 26 set. 2022.

FIGUEIREDO, E. B. L. de *et al.* The Pororoca effect on permanent education in health: about the interaction research-work. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1768–1773, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0462. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xf7B8pfGTKwtYfRRVBnrnnF/?lang=pt#>. Acesso em: 25 out. 2023.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 21. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 35. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. (Coleção Saúde em Debate, 236).

FREDERICCI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

GESSER, M.; BÖCK, G. L. K; LOPES, P. H. (org.). **Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social**. Curitiba: Editora Crv, 2020.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Subjetividade e História**. In: \_\_\_\_\_. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 25-126.

HUR, D. U. Forças, potência e micropolítica. In: \_\_\_\_\_. **Psicologia, Política e Esquizoanálise**. 3. ed. rev. Campinas: Alínea, 2021. p. 15-46.

KULPA, S.; BADUY, R. S. A pesquisa e a invenção dos pesquisadores em nós. In: MERHY, E. E *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 87-90. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1---Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2022.

LIMA, E. M. F. de A.; PELBART, P. P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.] v. 14, n. 3, p. 709–735, jul. 2007. DOI: 10.1590/S0104-59702007000300003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/3rLqcpCGc3TRpM4Dj8CGnfw/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 fev. 2023.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: \_\_\_\_\_. **O SUS em Belo Horizonte**. São Paulo: Xamã, 1998.

\_\_\_\_\_. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305–314, 1999. DOI: 10.1590/S1413-81231999000200006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWLtrWY4YSbWpJzwG7YrBwz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 02 dez. 2023.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZXXqFndCPKSjW7B9Qx8bGhk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

MICROPOLITICATRABALHOMERHY2. [s. l.: s. n.], 2015a. 1 vídeo (14 min). Publicado pelo canal Emerson Merhy. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=UYgcReBg\\_zg](https://www.youtube.com/watch?v=UYgcReBg_zg). Acesso em: 06 mar. 2023.

MICROPOLITICATRABALHOMERHY3. [s. l.: s. n.], 2015b. 1 vídeo (4 min). Publicado pelo canal Emerson Merhy. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=44oUYBJuUfs>. Acesso em: 06 mar. 2023.

MICROPOLITICATRABALHOMERHY4. [s. l.: s. n.], 2015c. 1 vídeo (10 min). Publicado pelo canal Emerson Merhy. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=kffcyB-H14A>. Acesso em: 06 mar. 2023.

MICROPOLITICATRABALHOMERHY5. [s. l.: s. n.], 2015d. 1 vídeo (9 min). Publicado pelo canal Emerson Merhy. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Hh1X1AOyD24>. Acesso em: 06 mar. 2023.

MICROPOLITICATRABALHOMERHY6. [s. l.: s. n.], 2015e. 1 vídeo (12 min). Publicado pelo canal Emerson Merhy. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Hh1X1AOyD24>. Acesso em: 06 mar. 2023.

MOREIRA, R. O bailar de corpos dissonantes: quando corpos dissidentes proclamam seus lugares de dança?. **Semana On**, Campo Grande, 2020. Disponível em: <http://www.semanaon.com.br/coluna/21/16125/o-bailar-de-corpos-dissonantes>. Acesso em: 27 out. 2023.

OLIVEIRA, B. D. C. de *et al.* Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação<sup>1</sup>. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 707–726, jul. 2017. DOI: 10.1590/S0103-73312017000300017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/BnZ6sVKbWm8j55qnQWskNmd/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 16 nov. 2023.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 23 out. 2023.

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i3.21483. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em: 15 dez. 2022.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R. F. C. **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos?. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. (Série Vivência em Educação na Saúde). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/interprofissionalidade-e-formac%CC%A7a%CC%83o-na-saude-vol-06/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/173872>. Acesso em: 24 abr. 2023.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. DOI: 10.1590/S0034-89102001000100016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2023.

PERALTA, G. C. R. L. Projeto voltado a portadores de deficiência comemora um ano

no Rio. **Folha Online**, São Paulo, 2004. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/noticias/gd101104h.htm>. Acesso em: 16 fev. 2023.

RIBEIRO, C. T. M. O sistema público do saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 1, p. 43–48, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/43-48>. Acesso em: 21 ago. 2023.

RIBEIRO, L. C. de Q.; SANTOS JUNIOR, O. A. dos. **Seminário Baixada em Movimento: povo, cultura e poder**. [s. l.]: Letra Capital, 2023. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/seminario-baixada-em-movimento-povo-cultura-e-poder/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência. **Rio: por uma cidade inclusiva: A gênese da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência - SMPD**. Rio de Janeiro: Imprinta Express Gráfica e Editora, 2008.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. ed. reimp. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011. Disponível em: [https://monoskop.org/images/e/e3/Rolnik\\_Suely\\_Cartografia\\_sentimental\\_transformacoes\\_contemporaneas\\_do\\_desejo\\_2006.pdf](https://monoskop.org/images/e/e3/Rolnik_Suely_Cartografia_sentimental_transformacoes_contemporaneas_do_desejo_2006.pdf). Acesso em: 31 maio. 2023.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

ROLNIK, S. O Corpo Vibrátil de Lygia Clark. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2000. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs3004200006.htm>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SILVA, E. **Circo-teatro: Benjamim de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil**. São Paulo: Editora Altana, 2007.

SIMAS, L. A. **Pedrinhas Miudinhas: ensaios sobre ruas, aldeias e terreiros**. 2. ed. [s. l.]: Editora Mórula, 2019.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Contribuições para uma escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea Digital**, v. 20, n. 3, p. e2617, 2020. Disponível em: <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/download/10.5565-rev-athenea.2617/479621/>. Acesso em: 21 mar. 2023.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. e220582pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220582pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gwCPHfV4kbrDGXVDgMgYhjL/#ModalTutors>. Acesso em: 15 abr. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Psicologia. Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. **Linhas de**

**Pesquisa.** Rio de Janeiro: PPG EICOS, c2024. Disponível em: <http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/pt/pesquisa/linhas-de-pesquisa/>. Acesso em: 04 ago. 2023.

VIANNA, N. G. *et al.* Uma aproximação genealógica à rede de atenção à pessoa com deficiência a partir do plano viver sem limite. In: BERTUSSI, D. C. *et al.* (org.). **O Cer que precisa ser**: os desafios de ser rede viva com o outro. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v.14). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Livro-O-cer-que-precisa-ser-%E2%80%93-os-desafios-de-ser-rede-viva-com-o-outro.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2023.

VIEIRA, D. D; BRITO, L. T. de A. Verdade e Poder em Michel Foucault: um Projeto Genealógico. **Trilhas Filosóficas – Revista Acadêmica de Filosofia**, Caicó-RN, v. 2, n. VII, p. 73– 82, dez. 2015. Disponível em: <https://docentes.ifrn.edu.br/demostenesvieira/publicacoes/verdade-e-poder-em-michel-foucault-um-projeto-genealogico.-in-revista-trilhas-filosoficas>. Acesso em: 18 jul. 2023.