

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**

**A (Bio)política da Saúde da Família: adoecimento  
crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida**

**Thiago Dias Sarti**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título  
de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

**Orientadora:** Dra. Laura Camargo Macruz  
Feuerwerker

São Paulo  
2015

# **A (Bio)política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida**

**Thiago Dias Sarti**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

**Orientadora:** Dra. Laura Camargo Macruz  
Feuerwerker

**Versão Corrigida**

São Paulo

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

À Fernanda, com amor.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, que com paciência, afeto e solidariedade, soube entender os desafios e as angústias.

Ao Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, particularmente na figura de seu chefe Dr. Crispim Cerutti Junior, que não mediu esforços para permitir a realização deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, Espírito Santo, que possibilitou a realização do trabalho de campo.

A todos os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família que participaram deste estudo, que incansavelmente ajudam a construir o SUS.

A todos os usuários que me receberam em suas casas e me acolheram em tantos momentos ao longo destes quatro anos.

À Universidade de São Paulo, particularmente à Faculdade de Saúde Pública, que acolheu um capixaba e contribuiu de maneira inestimável para sua formação.

A todo o grupo de pesquisa em micropolítica do trabalho em saúde da Faculdade de Saúde Pública, cujos debates atravessam profundamente esse trabalho

E encerro agradecendo em especial a minha orientadora, Laura, que aplicou no processo de orientação tudo aquilo que defende na produção do cuidado. Sem esse cuidado, não teria conseguido.

### **Janela sobre o medo**

A fome come o medo.  
O medo do silêncio atordoa as ruas.  
O medo ameaça:  
Se você amar, vai pegar aids.  
Se fumar, vai ter câncer.  
Se respirar, vai se contaminar.  
Se beber, vai ter acidentes.  
Se comer, vai ter colesterol.  
Se falar, vai perder o emprego.  
Se caminhar, vai ter violência.  
Se pensar, vai ter angústia.  
Se duvidar, vai ter loucura.  
Se sentir, vai ter solidão.

Eduardo Galeano.

## RESUMO

SARTI, T. D. **A (Bio)política da Saúde da Família:** adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida. 2015. Tese - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2015.

A Saúde da Família (ESF) é o modelo de organização da Atenção Básica com maior cobertura populacional no Brasil. Esta alcançou alguns resultados relevantes para a saúde da população, embora diversos problemas persistam na sua efetivação. Entendemos ser possível e necessário interrogarmos a ESF enquanto modelagem assistencial. Os arranjos e diretrizes propostos foram eficazes para o enfrentamento de problemas autolimitados. Mas no manejo das condições crônicas de adoecimento há muito que refletir. Apresenta-se então o desafio de problematizarmos a Saúde da Família a partir das interfaces produzidas por profissionais de saúde e usuários com condições crônicas de adoecimento, em particular o diabetes mellitus tipo 2, identificando e analisando os dispositivos de saber-poder que opera-se no cotidiano dos serviços. Produzimos neste estudo uma aproximação prolongada ao trabalho de duas equipes e unidades de saúde da família do município de Vitória-ES, de natureza cartográfica e micropolítica, feita por meio de observação participante, com produção de diário de campo em reuniões de equipe, atividades de grupo, visitas domiciliares, andanças pelos territórios e interações com profissionais e usuários nas diversas ações realizadas pelas equipes de saúde, bem como entrevistas semiestruturadas com onze usuários. Como resultados, identificamos que a programação da atenção orienta parte significativa dos processos de trabalho da equipe, sendo que esta é reforçada por uma série de iniciativas da gestão do município no sentido de estabelecer e exigir o cumprimento de metas e indicadores. E essa programação da atenção agencia processos de trabalho enrijecidos, até mesmo burocráticos, fortemente atrelados ao modelo médico hegemônico e centrados nas demandas dos próprios profissionais, não havendo espaço para a singularidade do encontro entre trabalhadores e usuários. A resultante disto é a não consideração do usuário como centro do cuidado. E ao não encontrarem ressonância em termos de mudança efetiva nos “estilos de vida” das pessoas, os profissionais veem os usuários como rebeldes, considerando a rebeldia em uma conotação negativa, como sinal da adoção de referenciais incorretos e desqualificados para manejar esse tipo de

problema segundo o saber científico. As equipes não agenciam os encontros de forma a produzir uma potente circulação de afetos nessa relação de forma a permitir a expressão da autonomia dos indivíduos na produção de sua vida enquanto força instituinte de formas mais inventivas de viver, a construir projetos terapêuticos de maneira compartilhada e contribuir para a promoção de mais intensas conexões de vida. Mas os usuários, apesar de todas as iniciativas de controle e disciplinarização, produzem inúmeras linhas de fuga, resistindo às recomendações e construindo seu próprio modo de cuidar de si. Desta forma, apesar de estar cristalizada a ideia da ESF como espaço de promoção da saúde, concluímos que este modelo de atenção agencia e reforça seu oposto. Tem-se uma ESF preventivista, higienista e disciplinadora que normaliza e empobrece a vida. Torna-se então fundamental problematizar a ESF em sua intensidade política por controle, disciplinarização e regulação de corpos e populações.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Enfermidade Crônica. Micropolítica do Trabalho em Saúde. Pesquisa Qualitativa.



## ABSTRACT

SARTI, T. D. [**The (bio)politics of primary care: chronic illness, micropolitics of health care and life government**]. 2015. Thesis - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Family Health Strategy (FHS) is the organizational model of Primary Care with the highest population coverage in Brazil. It has achieved some significant results for people's health, although several problems still persist in its implementation. We believe it is possible and necessary to question FHS while assistance modeling. The proposed arrangements and guidelines were effective for coping with self-limiting problems. But in the management of chronic conditions, there is much to reflect. There is the challenge of problematizing FHS from interfaces produced by healthcare professionals and patients with the chronic conditions, particularly type-2 diabetes mellitus, identifying and analyzing the knowledge-power devices that operate in everyday services. This study shows an extended approach to the work of two health teams and family health units in the city of Vitória-ES, of cartographic and micropolitic nature, made through participant observation, with production of field diary in team meetings, group activities, home visits, travels through territories and interactions with professionals and users in the various actions taken by health teams, as well as semi-structured interviews with eleven users. As a result, we identified that care scheduling guides significant part of team work processes, which is enhanced by a number of municipal management initiatives to establish and enforce goals and indicators. This care scheduling (*programação da atenção*) supports stiff work processes, even bureaucratic works, strongly linked to the hegemonic medical model and focused on the demands of professionals themselves, with no room for the uniqueness of the encounter between health workers and users. The result is that the user is not considered as the center of care. And by not finding resonance in terms of effective change in the "lifestyles" of people, professionals see users as rebels, considering the rebellion in a negative connotation, as a sign of adopting erroneous and unqualified references to handle this kind of problem according to scientific knowledge. Teams do not support meetings to produce a powerful circulation of affects in this relationship in order to allow the expression of autonomy of individuals in the production of their lives while instituting force of more inventive ways of living, to build therapeutic projects in a shared manner and contribute to the promotion of more intense connections of life. But users, despite

all control and disciplining initiatives, produce numerous lines of escape, resisting recommendations and building their own way to care for themselves. Thus, although the idea of FHS is crystallized as a health promotion space, we conclude that this care model supports and reinforces its opposite. There is a preventative, hygienist and disciplinarian FHS, which normalizes and impoverishes life. It then becomes important to question FHS in its political intensity for control, disciplining and regulating bodies and populations.

**Descriptors:** Family Health; Primary Health Care; Chronic Illness; Micropolitics of Health Care; Qualitative Research;

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 - PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES PARA O DEBATE</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 2 - AS TRILHAS QUE SEGUIMOS E A CAIXA DE FERRAMENTAS QUE UTILIZAMOS NESTA PESQUISA</b>	<b>28</b>
O CENÁRIO DA PESQUISA	31
AS APROXIMAÇÕES COM OS SUJEITOS DA PESQUISA	32
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34
<b>CAPÍTULO 3 - O CAMPO SE ABRE: EXPLORAÇÕES INICIAIS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>36</b>
A SAÚDE DA FAMÍLIA EM CENAS	39
Encontros dos usuários com o médico em uma consulta médica programada: o HiperDia	39
Encontros dos profissionais da equipe em uma reunião: o planejamento programático	42
Construindo estratégias de monitoramento e vigilância dos usuários com diabetes	45
A gestão entra em cena: a missão de bater metas em detrimento de cuidar	49
O PRIMEIRO CASO: O ENCONTRO COM RITA	53
PRIMEIRAS REFLEXÕES/CONSIDERAÇÕES A PARTIR DESTES ENCONTROS INICIAIS	66
<b>CAPÍTULO 4 - NOVAS ANDANÇAS: UM NOVO CENÁRIO PARA ME CONECTAR</b>	<b>76</b>
OS GRUPOS COMO DISPOSITIVOS DE DISCIPLINARIZAÇÃO E CONTROLE DOS CORPOS	78
O CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES EM QUESTÃO: NARRATIVAS DE UMA PROFISSIONAL	94

OS USUÁRIOS FALAM SOBRE A VIDA, SOBRE SI E SOBRE NÓS, PROFISSIONAIS	110
“Mas se eu parar de comer, vou morrer”: o encontro com Aloir	115
“A gente pode comer de tudo, mas de acordo com as regras”: o encontro com Ademar	121
“Afeta tudo. Afeta na vida. A pessoa não pode ter a vida que levava antes”: o encontro com Maurício	135
“Orei a Deus e pedi perdão pela minha rebeldia”: o encontro com Marinalva	146
“Rapaz, não vale ser assim. Eu posso tomar um remédio, mas não vai ser assim”: o encontro com Claudio	157
<b>CAPÍTULO 5 - DE MINHA TRANSFORMAÇÃO EM UMA BOMBA RELÓGIO</b>	<b>168</b>
<b>CAPITULO 6 - A SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO DISPOSITIVO DE BIOPODER</b>	<b>176</b>
POLÍTICAS DA SAÚDE ENQUANTO DISPOSITIVOS DE BPODER	176
A SAÚDE COMO POTÊNCIA DE VIDA E “ABERTURA AO RISCO”	183
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>187</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>190</b>
<b>CURRÍCULO LATTES</b>	

## **Siglas Utilizadas**

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DF – Distrito Federal

DM – Diabetes Mellitus

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

ES – Espírito Santo

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IDV - Índice de Desenvolvimento de Vitória

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SF – Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

US - Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

## APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional é toda relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS). Descobri tardiamente a Medicina de Família e Comunidade (MFC) na faculdade de medicina, embora em tempo oportuno para decidir pela residência médica na área. Desde então, trabalhei como médico clínico em unidades de saúde, como membro do corpo técnico de uma coordenação regional de APS da Secretaria de Saúde de meu estado e principalmente como professor universitário responsável por disciplinas de integração ensino-serviço com inserção precoce de estudantes em unidades de saúde e por estágios curriculares na Saúde da Família.

Meu mestrado em Saúde Coletiva se concentrou na avaliação normativa da Saúde da Família no Espírito Santo, utilizando-se para isso de um instrumento desenvolvido pelo Ministério da Saúde conhecido como AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Atenção Básica), estratégia que deu lugar ao hoje vigente PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Das dezenas de tabelas e dados estatísticos que produzi, o que mais me incomodava era a constatação de que a Saúde da Família “falhava” exatamente naquilo que era o núcleo duro de um modelo de reorientação da atenção à saúde no SUS: promoção da saúde, participação da comunidade, orientação comunitária, planejamento, territorialização, orientação familiar, etc. Em um dos artigos publicados, escrevi:

[...] salientam-se os limites observados na estruturação da ESF no ES, em particular no que concerne à promoção da saúde e à participação popular. Pode-se considerar esses campos de saberes e práticas como dois dos pilares da mudança de modelo de atenção almejado com a implantação do SUS, no qual se busca a integralidade da atenção e a orientação das práticas sanitárias em acordo com as necessidades de saúde da população, além de uma contextualização do processo saúde-doença no lócus de interação de seus determinantes fundamentais, dentre eles os de ordem social, política, econômica e cultural. Outros trabalhos já demonstraram as fragilidades dessas duas esferas na ESF, sendo que este estudo fortalece a compreensão dos entraves da APS no Brasil, exigindo esforços no sentido de superá-los ao se entender que a promoção da saúde e a participação popular são eixos fundamentais na melhoria da atenção à saúde da população (SARTI et al., 2011, p. 875-6).

Em outro artigo oriundo desta mesma dissertação, abordei o que na época entendia como limites da ESF da seguinte forma:

[...] tomadas em sua totalidade, as médias de respostas "sim" aos padrões de qualidade selecionados do caderno 4 de autoavaliação do AMQ-ESF são baixas e mostram as dificuldades de se articularem ferramentas e ações coletivas para o planejamento e monitoramento das intervenções no contexto local. [...] alguns resultados deste estudo [...] mostram que, contrário às características centrais da ESF enunciadas pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde, as equipes de saúde raramente planejam suas ações em conjunto com a comunidade e outros trabalhadores dos serviços, sendo que as ações de planejamento são geralmente desenvolvidas de forma centralizada e pouco participativa. [...]. Também se pode aventar a resistência em se reorientar o modelo biomédico na atenção primária à saúde, ainda persistindo na ESF processos centrados em procedimentos e na atenção individual curativa, sendo a formação acadêmica dos profissionais de saúde inadequada para este cenário assistencial um dos fatores relacionados. Um discurso muito comum é que a demanda por consultas individuais sufoca as equipes, deixando pouco tempo para a execução de outros processos de trabalho fundamentais na atenção primária à saúde, embora a resolução deste problema passe exatamente por um planejamento e programação dos processos de trabalho de forma adequada (SARTI et al., 2012, p. 544-5).

Enfim, revendo estes escritos hoje, percebo que militava pela melhoria da APS (como hoje) entendendo esta como uma engrenagem fundamental de acesso da população aos serviços de saúde. Mas é forçoso dizer que enxergava a ESF de uma maneira “tradicional”:

ESF = Promoção da Saúde + Participação da Comunidade + Planejamento e Programação do Trabalho + Territorialização e Vigilância em Saúde

Essa era a chave para a superação do modelo biomédico hegemônico.

Minha atuação como professor de disciplinas de integração ensino-serviço de um curso de medicina também seguia essa ideia. Partíamos do território nos primeiros semestres do curso, trabalhando com os determinantes sociais do processo saúde doença, com o mapeamento dos problemas de saúde do território e o planejamento das intervenções com base neste diagnóstico. Trabalhávamos intensamente com ações de “promoção da saúde”, mas, na verdade, é preciso reconhecer que estas, na maioria das oportunidades,

eram nada mais que ações de educação em saúde programáticas e normativas, o que significa que operávamos a partir de uma perspectiva muito específica e problemática da promoção da saúde. Ao longo dos semestres, acrescentávamos outras ferramentas, como a abordagem familiar, e aprofundávamos na prática clínica em ambulatórios e visitas domiciliares. É evidente que nossa esperança era que essas ferramentas, adquiridas pelos estudantes de maneira gradual, contribuíssem para o enriquecimento e a reorientação das práticas de saúde, sendo suficientes para problematizar e disputar território com a prática médica hegemônica, fortemente cristalizada no internato médico ao final do curso.

Em um momento posterior, passei a atuar com médico regulador de um programa conhecido como Telessaúde Brasil Redes, cujo objetivo é prestar consultoria e segunda opinião formativa aos profissionais de saúde com o auxílio de ferramentas virtuais, tomando por base as dúvidas e os casos por eles atendidos. O problema que se colocava aqui era que a grande maioria dos profissionais que atuam na ESF não é formada para isso, o que, dentre outras coisas, resulta em uma baixa resolubilidade clínica da atenção. Estávamos ali, então, com o intuito de ofertar conhecimentos para médicos e enfermeiros resolverem um maior número de problemas, reduzindo encaminhamentos para outros níveis de atenção e os custos da atenção à saúde.

No conjunto, estas iniciativas buscavam mexer na caixa de ferramentas dos futuros profissionais de saúde e das equipes de saúde da família, seja com novas práticas em novos cenários (ou nem tão novas assim), seja com conhecimentos científicos validados.

E foi assim que me apresentei para o doutorado na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo. Queria estudar mais a ESF e entender melhor os entraves que tinha encontrado no mestrado, com ênfase na investigação da influência do contexto de vida das pessoas (território) no trabalho do médico. De novidade, propus mudar de uma vertente quantitativa para uma qualitativa. Minha intuição dizia que vivenciando em profundidade a realidade das equipes de saúde poderia entender os motivos pelos quais era tão difícil adotar uma prática ancorada na promoção da saúde. Mas todos aqueles princípios enunciados permaneciam presentes.

Meu planejamento parou por aí e novos e inesperados caminhos foram aparecendo. Logo de início, o encontro com minha orientadora. Eu não tinha nenhuma relação



prévia com ela. E, pelo que me contou, ela escolheu meu projeto interessada em minhas indagações a respeito da articulação da clínica com a saúde coletiva. Estando no doutorado, tive contato com uma enorme heterogeneidade de perspectivas teóricas e práticas da Saúde Pública / Coletiva, o que para mim é uma marca da FSP. E, neste processo, tive um encontro angustiante, mas muito rico, com a micropolítica do trabalho em saúde, perspectiva que orienta a disciplina que minha orientadora oferece na pós-graduação. Eu já tinha contato com algumas das principais obras e produções desta linha de pensamento e prática. Mas não com a intensidade trabalhada nos encontros da disciplina e do grupo de pesquisa de minha orientadora. Mergulhei nas produções dela, de Merhy, de Cecílio e... do Foucault!!!!!!

Após um ano de trabalho, meu projeto de qualificação ficava num meio termo. Trouxe para dentro dele tudo o que pude aprender em um ano de convívio. Mas era nítida (pelo menos agora é) a tensão entre os vários Thiagos que ali se apresentava. Queria estudar o território, os processos de trabalho das equipes, a vida dos usuários e misturar isso tudo para pensar e construir o cuidado integral, talvez tentando executar o que eu acreditava ser o ideal de Saúde da Família. Mas com o andar do trabalho de campo e das reflexões que fui fazendo ao longo destes quatro anos, não sozinho, mas em intercessão com a Laura, com todo o grupo de pesquisa e seus intensos e afetivos debates e com as descobertas da obra de Foucault, o projeto foi ganhando outros contornos, até que nasceu o que apresentamos nesta tese.

No projeto de qualificação, escrevi:

Um desafio [...] é trabalhar o olhar que o pesquisador irá lançar para a pessoa e sua vida. É preciso tomar o cuidado para que os encontros não tenham como principal referência a doença. Por um lado, não se pode verificar o lugar que a doença ocupa na vida da pessoa de forma prévia ao trabalho de campo. E se aproximar da pessoa com foco na doença pode ofuscar outras dimensões da vida. Portanto, o complexo exercício a ser feito nestes encontros é centralizar o olhar para a produção da vida, o que inclui o enfrentamento da enfermidade, mas não se esgota nisto. Falhar neste ponto implica em olharmos para a pessoa com a mesma matriz utilizada pelos profissionais. E o que se busca é fugir disto: apenas alcançaremos êxito no trabalho se conseguirmos olhar coisas que não são vistas pelos profissionais para que seja possível entender como se dá o recorte de realidade feito pelas equipes e seus limites.

Este trecho chamou a atenção da banca de qualificação. Estaria aí a chave do projeto? Mas na época, não dei a importância necessária para isto. Hoje, digo que não assumo o lugar pretensioso e arrogante de ter visto, neste projeto, coisas que os profissionais não viram. O maior êxito deste trabalho não foi ter descoberto coisas que outros ainda não saibam (nós doutorandos, com a pulga da originalidade atrás da orelha, nos angustiamos com isso, mas não sei se consegui fazer algo assim ou se hoje isso tem importância). O maior êxito foi ter me afetado profundamente e ter acessado coisas visíveis apenas pelo sensível de meu corpo vibrátil.

## **CAPÍTULO 1 - PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES PARA O DEBATE**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi proposta em 1994, inicialmente como programa de atenção básica<sup>1</sup> especificamente orientado à saúde de grupos sociais marginalizados e de alta vulnerabilidade social e epidemiológica (BRASIL, 1994), sendo que atualmente é considerada pelo Ministério da Saúde (MS), CONASS e CONASEMS como a modalidade prioritária para expansão e consolidação da atenção básica em todo o território nacional (BRASIL, 2012a).

Segundo dados do próprio MS referentes a Fevereiro de 2015, a ESF está presente em 5.296 municípios com 37.812 equipes de saúde implantadas, o que significa uma cobertura populacional de aproximadamente 117 milhões de habitantes ou 60,27% da população brasileira, configurando-se assim como o modelo majoritário de organização da atenção básica no país (DAB, 2015).

A portaria ministerial nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, substituiu a portaria nº 648, de 24 de março de 2006, e instituiu a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta política conceitua Atenção Básica como sendo

[...] 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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a, p. 19).

Propõe o cuidado integral e a coordenação da atenção à saúde por parte da atenção básica, de modo a assegurar a universalidade e o acesso a serviços de saúde resolutivos tendo a atenção básica como a porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde. Tem como fundamentos a territorialização, a adscrição de clientela e a vinculação do usuário a uma equipe de saúde que se responsabiliza pela atenção a determinada população (BRASIL, 2012a, 2006<sup>a</sup>, 2001, 1997).

---

<sup>1</sup> Os termos atenção básica à saúde e atenção primária à saúde serão utilizados como sinônimos, embora vários trabalhos mostrem semelhanças e especificidades com relação a cada denominação. É importante frisar que atenção básica é um termo genuinamente brasileiro, não sendo encontrado em trabalhos internacionais, onde atenção primária é o termo mais utilizado.

Para dar respostas adequadas às demandas e necessidades de saúde da população adscrita, a política oferece às equipes de saúde da família uma variedade de ferramentas e tecnologias do cuidado, que vão desde o diagnóstico de situação de saúde e planejamento das ações de âmbito coletivo até a realização de ações de educação em saúde e atendimento clínico; o propósito desse conjunto de atividades é a prestação de cuidado integral às pessoas, considerando-as em seu contexto familiar, comunitário e social (BRASIL, 2012a, 2006a, 2001, 1997).

Desta forma, a atuação das equipes de saúde estaria voltada para o manejo dos problemas de saúde de maior relevância e frequência, sendo observados critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência na definição das ações prioritárias, embora a nova PNAB frise a diretriz de acesso universal e oportuno a toda demanda por parte do usuário (BRASIL, 2012a).

Outro fundamento importante da ESF se relaciona ao estímulo à participação dos usuários na construção dos planos de cuidado, ampliando sua autonomia e capacidade de autocuidado, bem como à participação da comunidade na definição e enfrentamento dos principais condicionantes da saúde da coletividade (BRASIL, 2012a).

Com base nestas diretrizes, a proposta da política é fortalecer a ESF como base de orientação e organização de redes de atenção à saúde<sup>2</sup>, apostando em sua potência para identificar necessidades de saúde e atuar de forma resolutiva na coordenação e regulação do cuidado.

Após quase duas décadas de implantação, a ESF alcançou resultados relevantes no que diz respeito ao acesso e ao enfrentamento de problemas básicos de saúde. Dentre eles, podemos citar: a expansão do acesso da população à rede básica, com potencial para a redução das iniquidades em saúde (AQUINO et al., 2009; HARZHEIM et al., 2006; SOUSA, 2008; BRASIL, 2006b; FACCHINI et al., 2006; VIANA et al., 2006; GOULDBAUM et al., 2005); a redução das taxas de mortalidade infantil (LOURENÇO et al., 2014; GUAINAIS, 2013; AQUINO et al., 2009; GUIMARÃES et al., 2009;

---

<sup>2</sup> A portaria ministerial nº 2488, de 2011, define redes de atenção à saúde como “estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde” (BRASIL, 2012a).

MACINKO et al., 2007; MACINKO et al., 2006), de mortes em menores de cinco anos de idade (RASELLA et al., 2010), de mortalidade em todas as faixas etárias (ROCHA e SOARES, 2010) e de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica (DOURADO et al., 2011; MACINKO et al., 2011; GUAINAIS e MACINKO, 2009); o aumento de cobertura vacinal (GUIMARÃES et al., 2009); a qualificação da atenção à diversas condições de saúde e grupos etários (GIUGLIANI et al., 2011; HELENA et al., 2010; GOMES et al., 2009; MONTEIRO, 2009; XAVIER et al., 2008; SAPAROLLI e ADAMI, 2007; HARZHEIM et al., 2006); uma redução na morbimortalidade por doença cardiovascular e cerebrovascular (RASELLA et al., 2014), embora alguns trabalhos não tenham encontrado correlação positiva (CECCON et al., 2013); o estímulo à participação popular na gestão da ESF (LACERDA e SANTIAGO, 2007; MARIN et al., 2007); melhor desempenho em orientação comunitária e familiar das ações e aumento da satisfação dos usuários com a assistência a sua saúde quando comparada ao modelo tradicional de atenção básica (VAN STRALEN et al., 2008; ELIAS et al., 2006; IBANEZ et al., 2006). Henrique e Calvo (2009) mostraram que o desempenho da ESF é melhor em municípios de pequeno e médio porte, embora Sarti et al. (2011) não tenham observado diferenças significativas na organização das práticas de saúde das equipes entre municípios com diferentes portes populacionais, tempo de implantação e cobertura populacional da ESF.

Em uma perspectiva histórica, até chegarmos à PNAB de 2011, a construção da atenção básica, a partir da década de 90, teve alguns momentos importantes de inflexão (BAPTISTA et al., 2009). Como já dito, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) como programa focal de cuidados primários à saúde (BRASIL, 1994). Sua formulação ocorre em um período de crise do estado brasileiro, em que a orientação política e econômica das ações de governo se dava em um movimento de contínua tensão entre a redefinição do papel do estado, com a redução de seu escopo e potencial de intervenção social e a garantia dos direitos inscritos na Constituição de 1988 (GIL, 2006; FEUERWERKER, 2005; AGUIAR, 1998).

Em 1996, a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que instituiu o financiamento per capita da atenção básica por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), inicia a prática dos incentivos financeiros para a modelagem da atenção e instituiu também o PAB variável para os municípios que adotassem o PSF como modelo de atenção básica. Sem dúvida esta forte indução financeira do governo federal foi fundamental para a expansão de

cobertura da atenção básica no país, embora propagando um arranjo único de organização. E foi assim que a partir de 1998, a Saúde da Família, antes programa de saúde, passa a ser designada como estratégia fundamental de reorientação do modelo assistencial do SUS (BRASIL, 1997, 1996).

A implantação da ESF, a partir das ações governamentais na década de 90, teve maior sucesso em municípios de pequeno e médio porte, encontrando grandes desafios para sua consolidação em grandes centros urbanos (HENRIQUE e CALVO, 2009). Neste sentido, em 2003 é lançado o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) para municípios com mais de 100 mil habitantes, financiado com recursos do MS e do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), estruturado a partir de três componentes: I – apoio à conversão do modelo de Atenção Básica de Saúde; II – desenvolvimento de recursos humanos; e III - monitoramento e avaliação de processo e desempenho (BRASIL, 2003).

A estes pontos de inflexão da política de AB no Brasil, pode-se acrescentar a recente PNAB (BRASIL, 2012a) por tratar, pela primeira vez de modo explícito, a atenção básica como componente das redes de atenção, reconhecendo de algum modo o isolamento histórico dessa esfera de atenção.

Contudo, vários trabalhos indicam dificuldades da ESF para concretização de seus propósitos, como problemas relacionados à articulação do trabalho em equipe, tanto na partilha de saberes e ações quanto na mediação com os usuários (SHIMIZU e REIS, 2011; KELL e SHIMIZU, 2010; SCHWARTZ et al., 2010; SHIMIZU e ROSALES, 2009;); na articulação de ações que incidam sobre os condicionantes sociais de saúde (SARTI, 2009; SHIMIZU e ROSALES, 2009; CREVELIM e PEDUZZI, 2005); no planejamento das ações no nível local, incluindo a utilização de ferramentas de diagnóstico situacional e monitoramento da situação de saúde da população adscrita, como sistemas de informação (SARTI, 2009; SILVA e LAPREGA, 2005); na construção de vínculos com a população (BARROS e SÁ, 2010; SCHIMITH e LIMA, 2004); e na articulação de processos intersetoriais, que no cotidiano da ESF são incipientes (SILVA e RODRIGUES, 2010).

Em uma perspectiva mais ampla, persistem problemas em relação à formação de profissionais com perfil adequado à atenção básica; à educação permanente das equipes;

aos modelos de vinculação empregatícia; à precarização das relações de trabalho; à alta rotatividade de profissionais das equipes, particularmente do médico; a problemas na articulação da atenção básica com os demais pontos de atenção da rede; à infraestrutura das unidades de saúde; e ao financiamento da ESF pelos municípios. Reconhece-se que esses limites/problemas comprometem principalmente a resolubilidade, a longitudinalidade e a coordenação da atenção, reduzindo a potência das equipes em sua tarefa de cuidado (MEDEIROS et al., 2010; BARROS e SÁ, 2010; SERRA e RODRIGUES, 2010; CONILL, 2008; CAMPOS e MALIK, 2008; SOUZA et al., 2008; FACCHINI et al., 2006; FEUERWERKER, 2005; CAETANO e DAIN, 2002; MACHADO, 2000).

Em linhas gerais, essas análises mostram que, apesar dos avanços obtidos, há a manutenção de processos de trabalho reativos à demanda, fragmentados e de pouca reflexão e mediação com o contexto (SHIMIZU e ROSALES, 2009; KAWATA et al., 2008; COLOMÉ et al., 2008; FEUERWERKER, 2005).

É neste sentido que são criadas recentemente uma série de políticas que objetivam abordar essas questões dos impasses enfrentados na qualificação e expansão da atenção básica. Dentre elas, citam-se: (a) a PNAB, que traz a possibilidade de se flexibilizar a carga horária dos profissionais de saúde das equipes, permitindo outros vínculos que não o de 40h/semana (BRASIL, 2012a); (b) o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o principal objetivo de ampliar o impacto das ações da AB nas condições de saúde da população (BRASIL, 2012b); e (c) o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), em cujo escopo inclui-se a provisão de médicos para a atenção básica de todo o país e mudanças na formação de recursos humanos na área médica para o SUS (BRASIL, 2013, 2011). Medidas recentes que produzem efeitos particularmente em relação ao provimento de médicos, mas ainda recentes para avaliação de potência em outros campos.

Em seu arcabouço teórico-prático, a Saúde da Família articula vários elementos de crítica ao modelo biomédico hegemônico, à Medicina Comunitária em seu viés de atenção simplificada aos pobres, à Medicina Familiar como ideologia de reprodução do modelo médico liberal e à Medicina Preventiva em sua proposta de redução epistêmica e política da importância dos condicionantes sociais de saúde (FRANCO e MERHY,

2003; FAVORETO e CAMARGO JR., 2002). Contudo, Franco e Merhy (2003), a partir da análise de vários dos conceitos e dispositivos propostos, identificam diversos limites da ESF para promover uma ruptura com tais modelos, particularmente pela centralidade no trabalho do médico e a utilização da epidemiologia para definição a priori do que sejam as necessidades de saúde.

Contudo, o espaço secundário ocupado pela Clínica, a normatização excessiva das práticas das equipes a partir do conhecimento epidemiológico da situação de saúde da população e da programação da atenção e a visão empobrecida do trabalho restringem a liberdade de ação dos profissionais e limitam sua possibilidade de conexão com os problemas e necessidades dos usuários, resultando em uma ESF simplificada que reproduz o hegemônico, imperando o trabalho compartimentalizado e burocrático ancorado nas ações programáticas, como a saúde da criança e da mulher e o programa de atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos (FEUERWERKER, 2005; FRANCO e MERHY, 2003; FAVORETO e CAMARGO JR., 2002).

Ainda no terreno das disputas políticas, ganhou força o discurso de que a ESF é “*promoção e prevenção*”, comprometendo as noções de integralidade, acesso e resolubilização que estruturam a atenção primária em todo o mundo (FAVORETO; 2007; STARFIELD, 2002). Uma das consequências desta representação é a conformação da ESF como dispositivo de controle e normatização da vida, já que a ideia de risco (e sua gestão) passa a nortear as ações dos profissionais, podendo ter um resultado próximo ao da biomedicina em termos de excesso de intervenção e produção de procedimentos que podem não dialogar efetivamente com as necessidades de saúde da população (FAVORETO, 2007; CAMPOS, 2006; CAPONI, 2009).

Por isso, ao analisar a ESF em suas potencialidades e limitações, é importante levar em consideração essas tensões na produção das políticas, em seus objetivos explícitos e implícitos, nos dispositivos propostos para organização do trabalho das equipes e na gestão dos sistemas de saúde, entendendo que a dinâmica dos processos de trabalho implica em contínuas disputas de orientação (FEUERWERKER, 2005; FRANCO e MERHY, 2003).

E tais tensões e conflitos ajudam a compreender parcialmente os impasses e avanços da Política Nacional de Atenção Básica. Nas políticas propostas, é como se a simples alocação de médicos e enfermeiros orientados por um novo programa fosse suficiente



para modificar suas habilidades, suas atitudes, seu modo de ser e agir e seu olhar frente às necessidades de saúde e a própria vida dos usuários, sem levar em conta que na micropolítica do trabalho em saúde há atualização de todas as disputas societárias em relação ao conceito de saúde e às práticas de atenção, sem levar em conta a necessidade de produzir ativamente a articulação da ESF com os demais pontos de atenção especializados e sem levar em conta a necessidade de se reinventar a própria Clínica (FEUERWERKER, 2005; FRANCO e MERHY, 2003; FAVORETO e CAMARGO JR., 2002).

Como afirmam Franco e Merhy (2003, p. 115-6), partindo de todo um histórico de reflexões sobre modelos de atenção e organização de processos de trabalho no âmbito da Saúde Coletiva:

[...] não é a mudança da forma ou estrutura de um modo médico-cêntrico para outro, equipe multiprofissional centrado como núcleo da produção de serviços, que por si só garante uma nova lógica finalística na organização do trabalho. É preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, até mesmo no terreno de uma nova ética que o conduza.

De acordo com os mesmos autores:

[...] a mudança de modelo assistencial se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, particularmente do médico, no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso das tecnologias leves, que operam em relações intercessoras entre trabalhador-usuário. [...]. Para remodelar a assistência à saúde, o PSF [*Saúde da Família*] deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma “tecnologias leves dependentes”, mesmo que para a produção do cuidado seja necessário o uso de outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado (FRANCO e MERHY, 2003, p. 121-2).

A ESF tem como um de seus eixos essenciais a proximidade das equipes de saúde com a comunidade, o que supõe a vinculação da população adscrita aos seus profissionais em

uma perspectiva territorial<sup>3</sup>. A aposta seria que esta dinâmica potencializasse as ações das equipes de saúde na medida em que abre oportunidades de enriquecimento do cuidado e de outras ações de saúde, inserindo elementos culturais, sociais e subjetivos do contexto de vida das pessoas no agir dos profissionais de forma a torná-las mais capazes de dar respostas efetivas às necessidades e demandas de saúde (CAMPOS, 2015).

Contudo, esta perspectiva territorial, cultural e contextual na qual as equipes de saúde da família estão imersas em seu trabalho não necessariamente potencializa o cuidado. Como afirmam Franco e Merhy (2003), o desafio de mudarmos práticas em saúde não é resolvido apenas incorporando novas perspectivas, informações, conhecimentos e tecnologias. Mobilizar novos saberes sobre a vida do usuário (dinâmica familiar, estrutura do território e do domicílio, rede social, aspectos psicossociais em geral, etc), adentrar com maior intensidade em seu contexto de vida (por meio, por exemplo, de visitas domiciliares e articulação com equipamentos comunitários) e articular novas práticas individuais e coletivas (ex. grupos, atividades lúdicas, datas comemorativas, campanhas) pode trazer elementos importantes para a produção dos projetos terapêuticos. Mas sem a argamassa das tecnologias das relações, do vínculo e da escuta, esta caixa de ferramentas ampliada pode reforçar e se manter operando em um território biomédico, prescritivo, burocrático, hierárquico, disciplinador e higienista (FEUERWERKER, 2014; FRANCO e MERHY, 2003).

Talvez esteja nessas considerações em relação à micropolítica do trabalho uma chave para compreendermos o que Favoreto (2007) observou entre médicos de família atuando na atenção básica de Niterói-RJ (que se organizava de forma específica e com algumas diferenças com relação à ESF no momento em que realizou o trabalho). O autor observou que os médicos colocavam em lugares distintos a integralidade e a clínica: de um lado, o saber biomédico ancorado no diagnóstico de doenças e na terapêutica; de outro, a educação em saúde, as habilidades de comunicação e os contextos de vida e a organização da comunidade. Neste sentido:

---

<sup>3</sup> É importante frisar que outros países estruturam sua APS a partir de outras espécies de vinculação profissional-usuário, como é o caso da Inglaterra, Holanda e Dinamarca, onde a APS é a porta de entrada para o sistema. Nestes sistemas, o generalista tem a função de prestar a primeira assistência à maioria dos problemas de saúde, exercendo o papel de regulador do acesso (gatekeeper) dos usuários a outros especialistas ou pontos de atenção. A vinculação do usuário nestas situações é feita por meio da sua inscrição voluntária em determinado centro de saúde, o que implica em certa liberdade de escolha e possibilidade de troca de cuidador, não se configurando um vínculo territorial. Estes serviços, em sua maioria, são privados (GIOVANELLA, 2006).

Esta percepção da integralidade na prática dos médicos de família se baseava na ideia de que o modelo de atenção agregava, mas, não necessariamente, integrava aspectos do território e da vida social e cultural das pessoas a uma perspectiva de mudança na prática clínica. Estes elementos não eram vistos como capazes de influir na ampliação do saber clínico ou de serem indutores do desenvolvimento de uma maior capacidade de observação, escuta e interpretação do processo de adoecimento (FAVORETO, 2007, p. 140).

Sem a presidência das tecnologias leves, essa dicotomia permanece, pois a potência para a efetiva mudança da prática clínica não se encontra apenas na integração ou agregação dos aspectos do território e da vida social das pessoas, mas se dá em ato no agenciamento que se faz dessas ferramentas no espaço intercessor do encontro dos trabalhadores com os usuários (FEUERWERKER, 2014; MERHY, 2014).

Parece-nos haver suficiente debate e vivência indicando que este arcabouço teórico-prático tem suas limitações na perspectiva da produção do cuidado e da interrogação e superação do modelo biomédico hegemônico. Com base em todo o debate feito em torno dos impasses da Saúde da Família até o momento, incluindo as reflexões que são feitas ao longo deste trabalho, alertamos para a necessidade de problematizarmos a ESF da forma como foi pensada e estruturada em todos estes anos e que encontra uma boa síntese nos termos abaixo:

Uma estratégia que traz na gênese o conceito central da promoção da saúde/intersetorialidade calcada nos princípios de territorialização, vinculação, integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque inter/multidisciplinar e no fortalecimento das ações e de estímulo à participação da comunidade e, fundamentalmente, de tornar realidade esses princípios por meios da educação no trabalho (SOUSA, 2011, p. 4309).

Para Sousa (2011), a não concretização deste ideal se deve ao pouco tempo de implementação da estratégia e a uma série de restrições econômicas e políticas que esta sofreu desde sua criação. Uma mudança de paradigma como a preconizada pela ESF, segundo a autora, exige um maior tempo de maturação e a confluência de um conjunto de forças culturais e políticas que crie o pano de fundo para uma efetiva transformação. Só assim seríamos capazes de nos deslocarmos “da doença para a saúde, da prevenção para promoção, dos objetos para os sujeitos, do objetivo para o subjetivo [...]” (p. 4309). Para a autora, desta forma, as formulações e arranjos propostos para a ESF são

adequados e atuais, sendo que o problema reside na implementação insuficiente por gestores e trabalhadores.

Não negamos a influencia destas restrições econômicas e políticas na concretização das práticas da Saúde da Família. Na verdade, todo o SUS sofre com subfinanciamento e problemas de gestão desde seu nascimento e não seria diferente com a atenção básica. Além disso, o tempo de desenvolvimento da estratégia tem sua importância. Não é a toa que a PNAB já traz uma maior ênfase no acesso e no processo de trabalho das equipes, mostrando que a ESF passa por mudanças.

Mas é preciso ir além!!! É possível e necessário interrogarmos a ESF enquanto modelagem assistencial com vistas à sua qualificação e transformação. Os arranjos e diretrizes propostos foram eficazes para o enfrentamento de problemas autolimitados – doenças imunopreveníveis, doenças infecciosas agudas, acompanhamento do desenvolvimento infantil, entre outros. Mas no manejo das doenças e agravos não transmissíveis, em que usuários vão conviver ao longo de sua vida com os problemas e com os serviços de saúde, há muito que interrogar e aprender. Tais condições representam no Brasil a primeira causa de morbimortalidade, resultando em crescentes gastos do SUS e dos usuários que sofrem com esses problemas. Esta importante situação epidemiológica fez com que alguns autores enxergassem aí um dos principais gargalos do SUS e de outros sistemas de saúde em todo o mundo, o que aponta para complexos desafios de estruturação de redes de atenção e organização de serviços de saúde, incluindo os de atenção básica (MENDES, 2012). Para Mendes (2012, p. 38):

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no SUS.

A cronicidade de algumas doenças coloca em questão tanto saberes e práticas dos profissionais de saúde quanto à vida do indivíduo. Em uma perspectiva biomédica essa cronicidade implica na impossibilidade de cura, exigindo o manejo e a gestão contínua e por longos períodos de tempo (em muitos casos, por toda a vida) do problema, envolvendo hábitos, práticas, desejos, gostos, interações sociais, uso de medicamentos,

monitoramento do estado de saúde e uso intensivo de serviços de saúde. A instabilidade dos sintomas e a incerteza do futuro, a possibilidade de sérios comprometimentos da autonomia dos indivíduos, o impacto e as interferências no cotidiano de vida e as exigências sociais para que as pessoas adiram a estilos e modos de vida cientificamente adequados ao controle da doença resultam em enorme complexidade para sistemas e serviços de saúde e para os próprios usuários, que são convocados a “empoderar-se” e reforçar sua capacidade de autocuidado (CANESQUI, 2013, 2007).

Tais questões evidenciam a necessidade de organização integrada de serviços de distintos níveis de complexidade tecnológica, bem como da produção de práticas de saúde participativas, inclusivas e solidárias ancoradas no vínculo, na escuta e na centralidade do sujeito. Diz-se isso pois:

Os adoecimentos crônicos por demandarem arranjos cotidianos para alcançar novas normas de vida na convivência com a enfermidade, podem configurar-se como experiências fragilizadoras e que levam a sofrimentos, podendo estas, também, se mostrar crônicas, ainda que com gradientes variados (BARSAGLINI, 2013, p. 87).

Uma das principais condições de adoecimento crônico e sofrimento é o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Dados recentes do Brasil sugerem uma frequência de diagnóstico médico prévio de diabetes mellitus de 6,9%, sendo de 6,5% entre homens e de 7,2% entre mulheres, encontrando-se frequências maiores em pessoas com mais de 65 anos e com menos de 8 anos de escolaridade (BRASIL, 2014).

Em termos biomédicos, diabetes refere-se a uma síndrome caracterizada por uma insuficiência na produção endógena, secreção e/ou ação da insulina, um dos principais hormônios responsáveis pelo metabolismo corpóreo, o que resulta em níveis cronicamente elevados de glicose sérica. Sua ocorrência está relacionada à genética e aos modos de vida, sendo os principais fatores de risco a história familiar da doença, o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão arterial, alterações prévias do metabolismo da glicose e dislipidemias. O diabetes está associado a inúmeras complicações e morbidades, como por exemplo, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, retinopatia, neuropatias, nefropatia e doenças vasculares que podem levar a amputações (GUSSO e LOPES, 2012).

Portanto, o diabetes está relacionado a uma importante morbimortalidade na população, motivo pelo qual os indivíduos que apresentam essa condição se veem imersos em uma

extensa rede de prescrições e cuidados formada não apenas pelos sistemas de saúde, mas também pela mídia e pelo mercado. A produção de saberes e práticas de autocuidado visando o controle da doença permeia todo o corpo social. É uma das principais causas de procura pelos serviços de atenção básica e é considerada como uma condição sensível à este nível de atenção (GUSSO e LOPES, 2012).

Ao delimitarmos este trabalho à exploração das relações produzidas entre usuários com diabetes e profissionais da ESF, temos em mente justamente toda essa complexidade que envolve a estruturação dos sistemas e serviços de saúde e a organização da vida dos indivíduos que sofrem com uma condição que implica em grande impacto no cotidiano. Apresenta-se então o desafio de problematizarmos a Saúde da Família a partir das interfaces produzidas por profissionais de saúde e usuários com condições crônicas de adoecimento, em particular o diabetes mellitus tipo 2, identificando e analisando os dispositivos de saber-poder que opera-se no cotidiano dos serviços em sua tarefa de cuidar.

## CAPÍTULO 2 - AS TRILHAS QUE SEGUIMOS E A CAIXA DE FERRAMENTAS QUE UTILIZAMOS NESTA PESQUISA

Este estudo foi produzido a partir de uma aproximação prolongada ao trabalho de duas equipes e unidades de saúde da família do município de Vitória-ES. E se no início da caminhada nos quatro anos de doutorado, resisti e busquei me atrelar ao vasto campo da etnografia, hoje, ao final do processo, talvez seja possível dizer que este trabalho, em suas aproximações com as equipes e os usuários, tenha pelo menos flertado com a *cartografia* e com a *micropolítica*, da forma como a entendem Rolnik (2011) e Bertussi et al. (2011). É estranho afirmar isso, já que tradicionalmente a metodologia científica nos afirma a importância de planejar muito bem a pesquisa **antes** de executá-la, de forma a evitar o máximo possível de desvios e interferências nos resultados.

No entanto, a própria “metodologia” deste trabalho foi um processo de descoberta e criação. Lógico que havia um planejamento e uma previsão de ferramentas a serem utilizadas em campo - como abordarei mais a frente. Mas me apresentei em campo totalmente aberto às imprevisibilidades dos encontros com os gestores, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços, possibilitando uma trajetória que se inventa continuamente e em ato junto aos movimentos de transformação do cenário. Neste caminhar, pude observar a perda de sentido de determinados mundos e o surgimento de outros territórios e seus sentidos próprios (ROLNIK, 2011). É nesta perspectiva que a tarefa do cartógrafo enunciada por Rolnik revelou-se pertinente aqui:

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (2011, p. 23).

Essa é uma prática de pesquisa que visa às estratégias de subjetivação produzidas no campo social, criando e dando sentido aos movimentos do desejo de forma a favorecer “a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender” (ROLNIK, 2011, p. 66). Aliás, recorrendo novamente a Rolnik, este entender o outro não se relaciona a nenhum empreendimento de representação, explicação ou revelação. Na verdade, esta busca por entender outros corpos - corpos vibráteis - tem a ver com intensidades em busca de expressão, o que se faz apostando na

circulação dos afetos e na construção de pontes de linguagem. Assim, o que define o cartógrafo é certo tipo de sensibilidade que vai predominar em seu trabalho de abertura e avidez por produção de múltiplos territórios existenciais e de realidade. Busca-se o que é visível apenas ao sensível de seu corpo vibrátil (BERTUSSI et al., 2011; ROLNIK, 2011).

O cartógrafo trabalha em torno de uma micropolítica de “questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva” (ROLNIK, 2011, p. 11). Busca-se superar modos de subjetivação que operam no outro como objeto de identidades estabelecidas, colocando-se o desafio de nos tornar vulneráveis ao outro em um jogo de afetos que reconhece sua singularidade e existência (ROLNIK, 2011).

E mais acima disse que flertei com a cartografia e a micropolítica, pois reconheço os limites deste trabalho. Aqui, em certa medida pude interrogar os sentidos fortemente enraizados em práticas institucionais e profissionais dos participantes desta pesquisa; problematizei discursos de verdade visibilizados pelos encontros com estas práticas e que produzem determinados modos de subjetivação; e interroguei e evidenciei as relações de poder e as caixas de ferramentas utilizadas no cotidiano do serviço. No entanto, é preciso reconhecer que a análise micropolítica que realizei foi insuficiente no que diz respeito a provocar os sujeitos da pesquisa a refletirem sobre os efeitos dos processos de trabalho que emergem nos encontros com os usuários (BERTUSSI et al., 2011). Essas questões serão mais detalhadas no decorrer da apresentação dos resultados da pesquisa.

Este trabalho foi construído em diálogo contínuo com meus intercessores, particularmente Michel Foucault, Laura Feuerwerker e Emerson Merhy. Filio-me, portanto, a certa linha de produção militante de saberes e práticas no campo da saúde. Os trabalhos destes pensadores permeiam todo o trajeto de pesquisa aqui relatado. E não por acaso adoto como uma das principais ferramentas o conceito de **dispositivo** elaborado por Foucault, assim como em Bertussi et al. (2011). Para Foucault (2007, p. 246):

[...] o dispositivo [é] de natureza essencialmente estratégica, o que supõe que trata-se no caso de uma certa manipulação das relações de força, seja para desenvolvê-



las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc... O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles.

Dispositivo em Foucault se caracteriza como uma rede heterogênea de elementos estratégicos ditos e não ditos que visam responder uma necessidade. Inclui discursos, enunciados científicos, formulações filosóficas, imperativos morais, leis, atos administrativos, regimentos, regras, arquiteturas e instituições. O dispositivo, na articulação que faz destes elementos heterogêneos em determinados jogos de poder, pode justificar determinadas práticas, mascarar outras, mantendo-as veladas, enunciar verdades, constituir campos de visibilidades, comportar linhas de força, enfim, dispositivos formam máquinas que incitam e fazem ver e falar de determinadas formas e não outras (CASTRO, 2009; FOUCAULT, 2007; MARCELLO, 2004).

Coloquei-me então o desafio de identificar com que elementos dos dispositivos de saber-poder a Saúde da Família opera na produção do cuidado junto a usuários com diabetes mellitus. Quais discursos e enunciados científicos são mobilizados? Quais campos de visibilidades sobre a vida dos usuários das unidades de saúde são produzidos? Como se agenciam relações de poder nos encontros dos trabalhadores com os usuários? Quais efeitos de poder são produzidos nesses encontros e que modos de existência resultam disto? Todas estas questões nortearam este trabalho, o que me permite lançar olhares e reflexões sobre as modelagens da Saúde da Família em nosso país.

Minha aproximação ao campo foi feita por meio de observação participante, com produção de diário de campo, em reuniões de equipe, atividades de grupo, visitas domiciliares, andanças pelos territórios e interações que estabeleci com profissionais e usuários nas diversas ações realizadas pelas equipes de saúde no cotidiano do serviço, bem como entrevistas semiestruturadas com onze usuários da segunda unidade de saúde na qual me inseri. Foram entrevistados o profissional médico e o de enfermagem das duas equipes acompanhadas neste trabalho, bem como uma farmacêutica, uma assistente social e uma educadora física que compõem as equipes de apoio das duas unidades de saúde que serviram de campo. Além disso, o diário de campo contempla anotações sobre inúmeras reuniões das quais participei envolvendo a gestão do

município e outros profissionais de áreas específicas da Secretaria Municipal de Saúde. A partir de indicações da segunda equipe acompanhada, foram identificados onze usuários também entrevistados em profundidade.

## O CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Vitória - Espírito Santo, que tem aproximadamente 320.000 habitantes e está localizado na única região metropolitana do ES, composta por outros seis municípios que abrigam aproximadamente 48% da população do estado (IBGE, 2010).

Historicamente, Vitória agregou a maioria dos serviços de saúde de média e alta complexidade do ES, contando com uma complexa rede de serviços públicos e privados que serve como referência para todo o estado, além de municípios da Bahia e Minas Gerais. A implantação da Saúde da Família no município teve início em 1998, alcançando uma cobertura populacional de 80% com 77 equipes de saúde trabalhando em 21 USF (dados de dezembro de 2014), sendo uma das capitais com maior cobertura populacional de SF no país (DAB, 2015).

No período de realização da pesquisa, o Sistema Municipal de Saúde de Vitória era organizado em 6 Regiões e 28 Territórios de Saúde (equivalente ao número de serviços de atenção básica disponíveis). A pesquisa foi desenvolvida em duas Unidades de Saúde da Família de uma Região de Saúde específica, sendo que esta é totalmente coberta por Saúde da Família (VITÓRIA, 2009).

A escolha por esta Região de Saúde se deu por alguns motivos: (a) a Saúde da Família estava presente em 100% do território desta região, sendo que a maioria dos serviços recebeu a SF no início de sua implantação no município; (b) esta região de saúde serve como cenário de inserção de estudantes da maioria dos cursos da área da saúde da universidade à qual me filio, motivo pelo qual eu já tinha vínculo com os serviços e profissionais há pelo menos 2 anos antes do início do trabalho, havendo certo acúmulo de conhecimento e relações que poderia ser útil nas fases iniciais do estudo; (c) é um território heterogêneo que permite o acompanhamento de equipes de saúde e usuários inseridos em distintas realidades socioeconômicas e epidemiológicas, podendo ser encontradas desde áreas de favela a bairros de classe média.

É importante destacar que os serviço(s) e equipe(s) de saúde participante(s) da pesquisa foram escolhidos a partir de um processo de negociação com os gestores do município e da região de saúde em particular no início do trabalho de campo<sup>4</sup>. Operacionalmente, os trabalhos foram iniciados em um serviço (USF Verde - nome fictício) em Agosto de 2012, contando com minha inserção no contexto de uma equipe deste estabelecimento. Após aproximadamente um ano de atividades nesta unidade, optei por ofertar a pesquisa para uma equipe da USF Azul (nome fictício), na qual, após as negociações e aceite do convite, foram dedicados aproximadamente seis meses de trabalho de campo, até Fevereiro de 2014. Desta forma, contabilizo no total aproximadamente 18 meses de inserção no contexto das duas unidades de saúde. Contudo, é importante frisar que minha relação com as unidades e equipes, como já dito, é anterior ao momento oficial de início do projeto e se estendeu bem além do marco oficial de encerramento do trabalho de campo. Diversas conversas e interações ocorreram até praticamente os momentos finais de confecção do manuscrito desta tese, o que serviu para enriquecer alguns entendimentos, modificar outros e ajustar algumas informações.

## AS APROXIMAÇÕES COM OS SUJEITOS DA PESQUISA

Duas equipes de saúde de dois serviços distintos participaram do estudo. Ambas são formadas por profissionais que atuam na ESF há muitos anos. Alguns destes trabalhadores chegaram a participar da implantação inicial da ESF no município em 1998. Todos os profissionais são concursados, incluindo os agentes de saúde, o que, dentre outros fatores, explica a baixa rotatividade dos profissionais nestas equipes e no município como um todo. É importante destacar que a alta rotatividade dos trabalhadores na APS de todo o país é um dos principais problemas enfrentados no âmbito da organização dos sistemas de saúde locais, o que pode levar a prejuízos na qualidade do serviço (MEDEIROS et al., 2010; CAMPOS e MALIK, 2008).

A escolha do(s) serviço(s) e equipes de saúde, portanto, respeitou alguns critérios previamente estabelecidos: (a) a concordância da SEMUS, do gestor local e dos profissionais com a participação em todas as etapas da pesquisa; (b) equipes de saúde

---

<sup>4</sup> A Região de Saúde considerada aqui possui um Conselho Gestor Regional (COGER) que agregava no momento de início do trabalho todos os coordenadores das Unidades de Saúde da Família mais representantes de áreas técnicas e subsecretarias da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, sendo este um dos primeiros espaços de negociação da entrada do pesquisador em campo.

completas (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e com longo período de atuação no território, sem rotatividade significativa de profissionais; (c) preferencialmente, equipes compostas por profissionais com formação específica em atenção primária (especializações, etc.); e (d) respeito às recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a), ou seja, máximo de 4000 pessoas adscritas, máximo de 750 pessoas sob responsabilidade do ACS e cumprimento da carga horária de 40h semanais por todos os profissionais. Além disso, como será frisado em outras partes do trabalho, a proximidade do pesquisador com as equipes e profissionais desempenhou um papel importante nos convites às equipes.

Quanto aos usuários com diabetes mellitus entrevistados, estes foram indicados pelos trabalhadores das equipes. Inicialmente imaginei que essa indicação me propiciasse trabalhar com *casos traçadores*. Essa proposta implica na identificação pelos trabalhadores de casos significativos (para o serviço ou para a equipe), o que permite analisar em situação processos de trabalho complexos que dizem muito sobre as ações cotidianas. A análise dos casos traçadores pode evidenciar distintas formas de atuação e interação da equipe, incluindo a configuração do conjunto de tecnologias do cuidado utilizado no caso, o papel ocupado pelos diferentes profissionais no ato de cuidar e a posição que o usuário ocupa na construção do cuidado (FEUERWERKER e MERHY, 2011).

Operacionalmente, este processo se deu a partir da solicitação para que a equipe identificasse casos significativos de seu cotidiano que tivessem provocado satisfação ou desconforto. De certa forma, desde esse momento inicial pode-se disparar um processo reflexivo no âmbito do trabalho, na medida em que os profissionais conversarão sobre as pessoas que estão sob seu cuidado e estabelecerão minimamente alguns critérios para a indicação dos casos (FEUERWERKER e MERHY, 2011).

Contudo, essa reflexão junto às equipes a partir da indicação dos casos não foi produzida. É preciso dizer que resisti bastante à ideia de, no decorrer do trabalho de campo, refletir sobre o processo de trabalho das equipes numa perspectiva de colocá-lo em análise e também se colocar em análise. Tinha em mente que esse movimento reflexivo (auto)analítico deveria ser feito após a construção deste estudo, tomando como base seus resultados, que de alguma forma *representaria* em certa medida aquela realidade e seus problemas. A intenção era produzir uma avaliação da ESF, não um

processo de educação permanente (FEUERWERKER, 2014; BERTUSSI et al., 2011). Durante o longo caminho deste trabalho, tais intenções e desejos iniciais mostraram seus limites, não sendo possível superá-los em sua plenitude.

Da parte do pesquisador, os únicos critérios estabelecidos para a escolha dos casos foram (a) ser morador da área adscrita da equipe de SF escolhida; e (b) ter o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. No mais, os usuários convidados a participar da pesquisa só foram incluídos caso concordassem com os procedimentos e assinassem o TCLE, que foi apresentado e discutido com eles no momento da entrevista. Não estabeleci de antemão o número de casos a serem acompanhados. Deixei as equipes livres para construir esse processo. Desta forma, a primeira equipe acompanhada indicou uma usuária apenas (cujo campo compõe parte significativa deste manuscrito, como se verá adiante), enquanto que a segunda equipe sugeriu um total de quinze pessoas, das quais onze foram entrevistadas. As outras quatro pessoas não foram incluídas por não preencherem algum critério de inclusão (1 pessoa não mais residia no território no momento em que as entrevistas foram iniciadas) e não ter sido possível realizar a entrevista mesmo após diversos contatos (3 pessoas alegaram problemas de agenda por causa do trabalho, de viagens ou outros inconvenientes).

Foi um trabalho intenso e tenso, a que vou me referir ao longo do texto.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram consideradas todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas na resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a partir da aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Parecer 286.497/2013). Todas as informações relacionadas à privacidade dos sujeitos da pesquisa foram mantidas em sigilo absoluto. Os nomes de todos os que participaram da pesquisa, bem como a designação das unidades de saúde, foram alterados de forma a dificultar ao máximo possível qualquer identificação. Participaram da pesquisa apenas os sujeitos que concordaram com as premissas do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É importante frisar que os resultados deste trabalho serão, considerando as possibilidades e limites do pesquisador, da metodologia,

dos sujeitos da pesquisa e das instituições envolvidas, compartilhados e amplamente discutidos.

### **CAPÍTULO 3 - O CAMPO SE ABRE: EXPLORAÇÕES INICIAIS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Neste capítulo, apresento os caminhos percorridos durante nossa aproximação com a primeira Unidade de Saúde escolhida. Esta foi uma fase muito intensa, que ganhou contornos exploratórios das questões que norteiam a pesquisa como um todo e das ferramentas que utilizei em todo o percurso.

A minha entrada como pesquisador em campo nesta US foi feita sem percalços. Já atuava neste serviço como professor supervisor de estágios curriculares do curso de medicina da universidade, motivo pelo qual já conhecia relativamente bem todos os profissionais de saúde e as linhas gerais da dinâmica interna de organização dos processos de trabalho das equipes de saúde.

A apresentação dos objetivos do projeto para a diretora da US resultou na abertura de inúmeras possibilidades de trajetórias para o trabalho de campo. Naquele momento, a unidade passava por uma reflexão sobre dois pontos que, de acordo com a leitura da diretora, eram centrais para a melhoria dos serviços prestados à população: a humanização da atenção à saúde e a territorialização.

Em relação ao primeiro ponto, partiam de uma análise consensual entre os profissionais médicos e enfermeiros e direção do serviço de que as pessoas que buscavam ser atendidas na US não eram bem recebidas e não dispunham/recebiam as informações necessárias para acionar o serviço necessário (consultas médicas, vacinas, consultas odontológicas, curativos, dispensação de medicamentos, etc).

No geral, falava-se em “humanização da unidade” referindo-se ao bom trato com as pessoas na recepção da US e à definição objetiva dos fluxos de atenção para os diversos setores do serviço. Com isso, segundo a direção, as pessoas deixariam de “perambular” pela US - causa de inúmeros conflitos entre os técnicos de enfermagem, responsáveis pela recepção da US e pelo primeiro atendimento, e os médicos e enfermeiros das equipes, que se queixavam do grande número de pessoas que os procuravam diretamente para obter informações ou negociar acesso a consultas. Também seriam reduzidas as queixas que chegavam à direção sobre frequentes conflitos ocorridos na recepção ocasionados por respostas inadequadas dos profissionais ali alocados frente às demandas das pessoas.

Sobre o segundo ponto, territorialização, havia certa angústia oriunda de algumas indefinições sobre o futuro do serviço. No início do trabalho de campo, esta US contava com sete equipes de saúde da família. Já há alguns anos, uma nova unidade estava em construção e em breve seria inaugurada. Assim, haveria uma redistribuição das equipes entre as US's: três permaneceriam na US Verde e quatro migrariam para a US Amarela, localizada em um bairro vizinho.

A definição das equipes que migrariam não era exatamente o problema, já que os bairros atendidos pela nova US já estavam definidos pela Coordenação Municipal de APS. Portanto, as equipes que já atendiam esses bairros apenas passariam a atuar na nova US. Mesmo assim, alguns profissionais, ao longo de meses, negociaram trocas de equipes com o objetivo de permanecer na US Verde, embora isso tenha ocorrido em número reduzido e sem significância.

O maior problema estava na definição dos limites dos territórios das equipes: ruas fronteiriças, pequenos condomínios populares localizados nas transições de bairros, casas que circundavam o cemitério local, etc. Essa (re)territorialização ocupou parte significativa dos esforços da direção da US e mobilizou os profissionais de uma forma não vista em outras iniciativas observadas durante todo o trabalho de campo, como a própria “humanização da unidade” e a redefinição dos fluxos do serviço. Vários foram os conflitos que ocorreram, sendo a maioria decorrente da disputa em torno de quem ficaria responsável por populações socialmente vulneráveis que residiam nas “fronteiras” das áreas adscritas das equipes.

Foi possível perceber que as equipes constroem diagnósticos da população atendida pelo serviço com base em vários elementos: os dados gerados nos relatórios produzidos pelos profissionais nos fechamentos das planilhas do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica); o histórico de relações das pessoas com o serviço (geralmente ganha relevância os conflitos gerados por tentativas de acesso à US, particularmente consultas médicas) e os relatos que os profissionais fazem de seu cotidiano de trabalho em canais informais de comunicação que operam na US.

Assim, há um mapeamento das “áreas problemáticas” atendidas pela US. Tais *territórios-problema* são em linhas gerais os com piores indicadores sociais, cuja população utiliza frequentemente os serviços, sendo conhecida como “SUS-dependente”. A imagem produzida sobre a população que reside nesses territórios-



problema é a de “barraqueiros” e “acomodados”, ou seja, pessoas que “querem tudo na mesma hora, de imediato”, que “não sabem esperar”, que “não valorizam o que tem”, que “deveriam ir para o plano de saúde para ver que lá a demora é maior” e que “acham que estão na casa deles”.

Enfim, as equipes relutam em assumir a responsabilidade por tais territórios-problema. Foi produzido então um duplo movimento. As equipes que eram as responsáveis por alguns desses territórios e que migrariam para a US nova traziam para a cena diversos critérios para justificar a transferência dessa população para outra equipe, que permaneceria na US Verde, tais como distância entre a comunidade e a US e a maior quantidade de “famílias de alto risco” para as equipes que iriam atuar na US Amarela, o que justificaria a redução no número de pessoas atendidas.

Por outro lado, as equipes que permaneceriam na US Verde tensionavam esse movimento, tentando mostrar que esses problemas já existiam antes e nunca haviam sido objeto de reflexão e que essas transferências de territórios para suas equipes contribuiria para desorganizar os processos de trabalho elaborados pelos profissionais durante longo período de tempo. Era, na sua visão, “descobrir um santo para cobrir outro”.

Foram inúmeras reuniões para discussão desse processo de (re)territorialização. Em alguns casos, a direção da US precisou intervir e determinar o que seria feito. Insatisfações foram gestadas. Mas a época da inauguração da nova US chegou, as equipes foram remanejadas e de uma forma geral, após muita discussão, todas as alterações foram acordadas.

Este era o contexto da apresentação do projeto de pesquisa para a direção da US. Isto é importante, pois de certa forma a direção via no projeto uma possibilidade de trabalhar algumas dessas questões com as equipes, principalmente a “humanização da unidade”. E foi assim que a diretora da US apresentou o projeto para a equipe selecionada para o trabalho de campo.

Os critérios que utilizamos para escolher esta equipe basearam-se na facilidade de acesso e relacionamento com os profissionais que a compõem, a sua permanência na US Verde no processo de redistribuição das equipes entre as duas unidades, a aceitação em participar da pesquisa após apresentação do protocolo para os profissionais em uma

reunião da equipe e a percepção do pesquisador, construída pelos contatos prévios com todos os profissionais em sua interface como professor da universidade, de que nessa equipe seria possível atender aos objetivos da pesquisa.

Como primeiro movimento de campo, comecei a participar das reuniões semanais da equipe, onde foi possível conhecer melhor os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a dinâmica da equipe, sua organização de processos de trabalho e os principais pontos de incômodo percebidos e expressados pelos profissionais. Ao mesmo tempo, continuava a circular pela US, interagindo com todos os profissionais. Em um segundo movimento, passei a visitar e acompanhar uma usuária indicada pela equipe em um processo longo de interação e participação de alguns momentos de sua vida.

A seguir, apresento os resultados desses dois movimentos. Sobre o primeiro, optei por trabalhar com cenas que ilustram questões relevantes que surgiram do trabalho de campo. Sobre o segundo, optei por uma narrativa sobre toda a vivência no campo de pesquisa.

## A SAÚDE DA FAMÍLIA EM CENAS

### **Encontros dos usuários com o médico em uma consulta médica programada: o HiperDia**

Era manhã de uma quarta-feira típica na Unidade de Saúde. Na equipe que acompanhei, a médica atenderia no consultório usuários do programa HiperDia (hipertensão arterial e diabetes mellitus). Doze pessoas estavam agendadas. Neste serviço, a agenda e o prontuário são eletrônicos. Vinte minutos destinados para cada consulta. Havia certa tensão no ar pela minha presença naquele dia: a médica fez um breve comentário sobre seu nervosismo em ser observada. Mas nada do que ocorreu naquela manhã sugere que a dinâmica cotidiana dos atendimentos foi alterada pela minha presença naquele recinto. Ao final do turno de atendimento, haviam sido realizadas dez consultas. Não houve encaixes de usuários da demanda espontânea, o que geralmente ocorre já que há duas vagas por turno para atendimentos de pessoas que buscam o serviço sem agendamento prévio.

Um atendimento característico dentre os observados neste dia foi o seguinte:

*[Uma usuária de 54 anos entra no consultório após ser anunciada pela médica].*

**Médica** - Bom dia! Tudo bem? Pode se sentar.

**Usuária** - Bom dia, doutora!

*[Certo tempo é dedicado pela médica para abrir a ficha da paciente no computador e verificar anotações anteriores para rever as medicações prescritas para esta pessoa e data da realização dos últimos exames]*

**Médica** - E aí? Tá tomando os remédios direitinho?

**Usuária** - Tô sim, doutora.

*[Percebo que a paciente fala lentamente em um tom de voz baixo e passa boa parte do tempo com a cabeça baixa, olhando para as mãos, talvez. Permanece segurando alguns papéis, possivelmente receitas médicas antigas, como é de praxe nesse tipo de atendimento]*

**Médica** - E tá fazendo a dieta direito?

**Usuária** - Tô sim, doutora.

**Médica** - Tem que fazer a dieta no capricho.

*[A médica olha o resultado do exame realizado pela técnica de enfermagem no momento da “preparação” das pessoas para a consulta, onde são aferidos pressão arterial, peso e glicemia capilar]*

**Médica** - Tô vendo aqui seus exames e a glicose até que tá boa, mas pode melhorar um pouco ainda. E já tá na hora de fazermos novamente os exames de sangue, tá? Vou pedir aqui e vou te dar as receitas dos remédios.

**Usuária** - Tá bom, doutora. Vai me dar para seis meses de novo?

**Médica** - Aham! Mas quando os exames estiverem prontos, você traz. Fala com a agente de saúde que ela marca no grupo [*HiperDia*].

**Usuária** - Tá certo. Mas doutora... [*interrompida pela médica*]

**Médica** - Fala. E de resto, tá tudo bem?

**Usuária** - Aquelas coisas voltaram. Tô sentido aquela tristeza de novo. Tô com dor de cabeça, minhas mãos estão doendo e não consigo dormir.

**Médica** - De novo?! Mas o que aconteceu? [*não dá tempo para a resposta*]. Vou te encaminhar para a psicóloga. Não vou passar remédio agora não, tá?

*[Enquanto esse diálogo transcorria, a médica preenchia o prontuário eletrônico e imprimia receitas, pedidos de exame e o encaminhamento para a psicóloga que atua na unidade de saúde]*

**Usuária** - Tá, doutora, marco ali na frente *[na recepção da unidade]*?

**Médica** - É lá mesmo. A agenda dela está tranquila, estou olhando aqui. Acho que você consegue rápido. E se ela achar que precisa de medicação, como da outra vez, a gente marca uma consulta.

*[Os profissionais conseguem ver a agenda de todos os trabalhadores do serviço pela rede informatizada. Além disso, a médica faz referência às discussões dos casos que geralmente ocorrem entre a psicóloga e as equipes de saúde durante as reuniões de equipe e encontros esporádicos que acontecem entre esses profissionais durante o trabalho]*

**Usuária** - Tá bom, doutora. Tá tudo aqui *[referindo-se aos papéis]*?

**Médica** - Sim, tá tudo aí, as receitas, o pedido de exame que a senhora vai marcar lá no laboratório e o encaminhamento. E não esquece da dieta, hein. Qualquer coisa a senhora marca uma consulta, tá?

**Usuária** - Aham. Então eu vou lá. Obrigado. Tchau.

**Médica** - Tchau.

*[A usuária sai cabisbaixa, andando lentamente, fecha a porta e a médica conclui as anotações no prontuário e encerra a ficha aberta, olha a agenda, vê quem é o próximo da fila e anuncia]*

Em todos os atendimentos realizados, que duravam em média quinze minutos, houve grande ênfase na importância do uso correto das medicações prescritas e na adoção de hábitos de vida “saudáveis”, particularmente no que se refere à alimentação. Pôde ser observado que havia certo roteiro seguido em cada consulta, mesmo que não formalizado: verificar uso dos medicamentos (com grande ênfase), prática de atividade física (com menor ênfase) e alimentação (sem detalhes excessivos sobre os tipos de alimentos corriqueiramente ingeridos pela pessoa); análise dos exames solicitados em consultas anteriores e verificação da necessidade de nova bateria de exames; e renovação das receitas médicas para um tempo que girava em torno de três a seis meses.

Contudo, os encontros observados nas consultas não se restringiam a essa pauta, apesar de ocorrerem claramente em um espaço delimitado pela temática “Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”. O próprio convite realizado às pessoas que seriam atendidas todas

as quartas-feiras pela manhã no grupo HiperDia, feito pela agente de saúde com aproximadamente quinze dias de antecedência a partir das discussões realizadas nas reuniões de equipe semanais, indicava um objetivo específico: monitorar pressão arterial, peso, glicemia, colesterol; verificar adesão ao tratamento; renovar receitas; atualizar exames. Em tese, as pessoas já estariam habituadas a essa dinâmica estabelecida pela equipe, afinal aquele era um dia destinado a “otimizar” o trabalho com esta população em particular. Apenas em tese...

As pessoas, por mais padronizadas que fossem as consultas, apresentavam demandas variadas e tensionavam constantemente os rumos da conversa. Entre uma pergunta e outra, entre um “mas você tem que fazer isso” e um “desse jeito, você vai perder o rim” surgiam dúvidas, resignações, resistências, falas desconexas, submissões. “Estou muito triste”, “é tão difícil tomar essa insulina”, “não dá tempo de caminhar”, “trabalho demais, como vou fazer isso?”, “minha filha só me dá problema”, frases que disputam espaço com “isso é importante para a senhora”, “não tem outro jeito, precisa tomar o remédio direito”, “tem que perder peso, só o remédio não é suficiente”, “sua glicose e seu triglicérideo estão altos, isso é comida demais”.

Algo que chamou a atenção foi o número alto de encaminhamentos à psicologia, sendo isto observado em três dos dez atendimentos realizados. Isto ocorria, como ilustrado no caso descrito acima, quando a pessoa apresentava alguma questão que de alguma forma extrapolava a agenda e o roteiro proposto para o “dia do HiperDia”: tristeza, problemas na família, vulnerabilidade social, dificuldade de seguir corretamente as prescrições realizadas eram questões que apareciam com frequência nos atendimentos, sendo geralmente abordadas com o encaminhamento ou, mais frequentemente, com o silêncio. A psicologia, pelo visto, servia como linha de fuga do médico para manejar estas questões.

Enfim, dez pessoas passaram pela sala e a hora do almoço chegou.

### **Encontros dos profissionais da equipe em uma reunião: o planejamento programático**

A equipe realiza suas reuniões todas as terças-feiras à tarde. Participam desses encontros todos os profissionais da equipe básica (enfermeira, médica, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde), o dentista da equipe de saúde bucal

de referência, alguns profissionais da equipe ampliada (farmacêutica, psicóloga, assistente social e ocasionalmente um médico ginecologista de apoio que atua no serviço) e estudantes de enfermagem e medicina que estão acompanhando os profissionais em estágios curriculares ou programas de extensão acadêmica. As reuniões são coordenadas pela enfermeira, que organiza a pauta e facilita as discussões durante o encontro.

Geralmente, as reuniões se iniciam com um momento de informes gerais, em que são apresentados eventos que ocorrerão na unidade de saúde ou no município e informações repassadas pela direção do serviço ou diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde. A seguir, discutem alguns casos aproveitando a presença dos profissionais da equipe ampliada. Esses casos são, em sua maioria, aqueles que apresentam um grau de complexidade maior, com alto grau de vulnerabilidade social e com problemas diversos, em que as abordagens individuais de cada profissional não apresentaram resultados satisfatórios. Aproximadamente um a dois casos são discutidos por reunião. Devido às dificuldades de abordagem, frequentemente eles são problematizados em diversas reuniões, às vezes em encontros consecutivos.

Em seguida, são discutidos os problemas de cada microárea, dando-se a palavra a cada agente comunitário. Estes apresentam a situação geral de seu território, as dificuldades que porventura tenha encontrado durante a semana de trabalho, solicitam visitas domiciliares do enfermeiro e/ou médico em casos que julgam haver necessidade e levam demandas dos usuários para a equipe, como marcação de consultas com maior agilidade e solicitação de receitas médicas e exames complementares.

Após essa discussão, a equipe apresenta as agendas de consultas programáticas do médico e enfermeiro: saúde da criança (puericultura), saúde da mulher (coleta de Papanicolaou ou “preventivo” para prevenção de câncer de colo de útero), pré-natal e HiperDia. Cada programa tem sua organização própria de agendamento e estabelece a periodicidade esperada para os usuários nas consultas.

No caso do programa HiperDia, programa-se uma consulta por usuário a cada três meses em média, mas esse tempo pode ser estendido ou reduzido de acordo com a avaliação do médico e do enfermeiro. A equipe tem um controle do número de residentes no território que apresenta diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Essas pessoas são divididas em grupos, sendo que cada um deles terá disponível um turno de atendimento clínico do médico a cada três meses

aproximadamente. Cada grupo (total de doze grupos na equipe) é organizado em uma planilha, onde constam nome, data de nascimento, código da família e microárea e data da última consulta realizada no programa. Assim, a equipe procura ter uma noção geral do acompanhamento realizado e pode planejar ações de monitoramento desses usuários, principalmente no que diz respeito à renovação de receitas, avaliação do controle de alguns parâmetros biológicos, como taxas de glicose, colesterol, pressão arterial e peso e atualização de exames laboratoriais.

Dessa forma, ao final das reuniões de equipe, são informadas aos agentes comunitários as pessoas que estarão agendadas para o dia de atendimento no HiperDia da semana seguinte, possibilitando o convite em tempo oportuno. Além disso, os agentes de saúde solicitam vagas para alguns usuários. Sempre há algumas vagas em aberto nos dias de atendimento do HiperDia para essas solicitações.

Em determinada reunião, foi apresentado um novo agente comunitário de saúde à equipe. Na verdade, ele já trabalhava na unidade de saúde. Mas com a reorganização do território, relatada anteriormente, algumas microáreas foram redimensionadas e a equipe incorporou uma nova área e esse profissional foi alocado para acompanhar a população aí residente. Com a incorporação desse novo território, a equipe precisava organizar um novo grupo de pessoas para o HiperDia. E para isso precisava do levantamento do número de indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Contudo, o agente comunitário responsável não apresentou os dados à equipe. Foi nesse momento que se observou o seguinte diálogo:

- **Enfermeira** - Hoje temos que fechar a agenda do HiperDia. Só falta agendar os pacientes da sua microárea.
- **Agente Comunitário** - Alguns pacientes eu já te passei, lembra? Mas faltam duas ruas e não deu tempo ainda de visitar todo mundo.
- **Enfermeira** - Mas você tem que terminar isso logo. Já estamos fechando a agenda e quase não tem vaga mais.
- **Médica** - Olha, vocês tem que ficar espertos. Não adianta depois ir lá na minha porta e pedir consulta não, hein. Depois desse sistema que exige que a gente faça PSF em vinte minutos, as coisas pioraram muito.

*[Uma reclamação comum apresentada durante todo o trabalho de campo foi a delimitação do tempo e número de consultas disponibilizadas à comunidade por meio do sistema informatizado. Antes dessa mudança, os profissionais tinham maior*

*governabilidade sobre as agendas e pelo que foi observado as consultas possivelmente eram mais demoradas. A partir da implantação do sistema, as consultas são agendadas a cada vinte minutos, totalizando 12 consultas em um período de 4 horas. Contudo, também foi relativamente frequente observamos um número maior de atendimentos devido aos encaixes da demanda espontânea]*

- **Agente Comunitário** - Eu sei. Vou terminar essa semana.

- **Enfermeira** - Então, se você não entregar essa lista dos que precisam de consulta com a médica, eles vão ficar sem, tá! A agenda tá lotada! Aí eles vão ter que se virar para agendar consulta lá na recepção.

*[As consultas para o dia de atendimento destinado ao grupo de HiperDia são agendadas pela própria equipe a partir das planilhas, das demandas geradas pelo enfermeiro e pelo médico e das solicitações dos agentes comunitários]*

- **Agente Comunitário** - Tá certo. Vou agilizar aquelas duas ruas e te passo essa semana ainda.

- **Enfermeira** - Tá bom.

A programação da atenção orienta parte significativa dos processos de trabalho da equipe. Com frequência escutei que essa programação era a alma da Saúde da Família. Atendimentos não agendados de usuários com “queixas agudas” eram realizados, mas fortemente desvalorizados pela equipe. E isso não é algo focalizado. Inúmeras vezes escutei isso de profissionais, diretores de unidade e gestores da secretaria de saúde. E os programas de saúde demandavam muita energia dos profissionais. Uma equipe “redondinha” era aquela que tinha seus “grupos” - os programas tradicionais de atenção à mulher, criança, gestante e usuários com agravos crônicos - bem estruturados e organizados, o que incluía um controle estrito de informações sobre os usuários e uma rotina bem estabelecida de consultas, atividades de grupo, troca de receitas, monitoramento de presença e adesão às orientações. E estes grupos e programas acabam por orientar também o acesso da população aos serviços da unidade, incluindo as consultas médicas e de enfermagem e medicamentos.



## **Construindo estratégias de monitoramento e vigilância dos usuários com diabetes**

O município adquiriu centenas de aparelhos que fazem a medição dos níveis sanguíneos de glicose, chamados de “glicosímetros”, como uma das ações dentro do programa HiperDia. Estes aparelhos são disponibilizados para os usuários com diagnóstico de diabetes mellitus que fazem uso de insulina. O objetivo é propiciar o automonitoramento domiciliar das taxas glicêmicas por essas pessoas e alcançar maior controle do diabetes mellitus, entendido como taxas de glicose sérica dentro da normalidade recomendada por protocolos clínicos. Em linhas gerais, as equipes fornecem os aparelhos e as fitas usadas para realizar a mensuração das taxas glicêmicas aos usuários “insulinodependentes”. O número de medições diárias é determinado pela equipe em sua avaliação clínica. Mensalmente, essas pessoas levam os aparelhos para o serviço para que as aferições sejam “descarregadas” no computador, o que geralmente é realizado pela enfermeira ou pelo farmacêutico.

Alguns meses após a implementação desse projeto na unidade de saúde, a equipe se reuniu para discutir os problemas observados por vários profissionais durante as visitas domiciliares, as consultas e/ou nos dias de “descarregamento” dos glicosímetros. Nesta reunião, estavam presentes todos os profissionais da equipe básica e da ampliada. Realizaram um diagnóstico rápido dos principais problemas observados e traçaram algumas estratégias.

**Farmacêutica** - Algumas vezes, as pessoas não entendem direito. Muita gente tá vindo com aparelho desconfigurado, sujo, fita que não dá mais para ser aproveitada. E o problema é que muitas vezes eles não estão em casa no momento da visita [*que é realizada para repassar algumas orientações sobre o uso do glicosímetro*]. E às vezes é um idoso, então é o filho, o neto que tem que fazer o exame ou o cuidador e nem sempre fazem. E a gente tá vendo pelos resultados das medições que dia de semana, fim de semana, isso altera. Dia de semana que a filha tava trabalhando, tava tudo errado. Final de semana que a filha tava em casa, tava tudo bem a medição. Então assim, ela comia menos, ela tomava a insulina direito. A gente pegou uma senhora que foi de 11 a 458 [*referindo-se as taxas de glicose apontadas pelo aparelho no momento do descarregamento das informações; a taxa de glicose “normal” é de 60 a 100 mg/dL*]. E essa senhora não veio para cá [*para a unidade de saúde*] em momento nenhum. Nem em 11 nem em 458. E a senhora está mantendo sempre esse valor. A senhora fez 11, fez 22, fez 458, fez 433 [*novamente se referindo as taxas de glicose*]. Aí a gente pergunta

para ela, e ela diz “para mim tá tudo bem, tá tudo bem”. Como que tá tudo bem?! [demonstrando indignação com a situação, que é recorrente].

**Enfermeira** - Às vezes eles chegam aqui falando que o aparelho não está funcionando, mas aí a gente vai ver e ele está funcionando direitinho. Eles juram que em casa não funciona. [risos]. A gente acredita, né, mas falta muita informação para eles. Aí eu troco a bateria, oriento de novo, deixo o aparelho certinho, limpo. Mas vem no mês seguinte e tá tudo igual de novo.

**Médica** - É igual a hora de fazer a medida. Eu oriento muito isso e às vezes eles não entendem, fazem errado, chegam aqui com as medidas tudo errado e a gente não tem muito o que fazer.

**Farmacêutica** - Isso acontece direto. Às vezes eles têm que fazer uma vez só no dia. Daí eles fazem na hora do almoço. Tá errado! Se é uma vez no dia só, tem que fazer de manhã. Mas o certo é fazer três vezes no dia.

**Técnica de Enfermagem** - Tem que fazer três vezes no dia, né? Eu oriento isso direto nas visitas. Mas às vezes a gente chega lá e vê que eles não cuidam direito do aparelho. Às vezes nem sabe onde tá.

De uma forma geral, todos os presentes na reunião concordam com os diagnósticos realizados. A percepção geral é que há muitos erros no uso dos aparelhos e que boa parte dos problemas tem como causa o baixo nível de informações que os usuários têm a respeito do modo de usar esta tecnologia, o que pode decorrer do seu baixo nível de escolaridade e de sua avaliação sobre a importância deste automonitoramento para sua saúde - geralmente não valorizando esta estratégia de cuidado. Na discussão, não foram explorados outros possíveis motivos para essa dificuldade apresentada pelas pessoas em usar o glicosímetro e seguir as orientações da equipe.

Tendo isto em vista, algumas estratégias foram traçadas para abordar o problema. Neste ponto, inseriram com muita ênfase os estudantes de enfermagem, medicina, farmácia e odontologia que frequentam a unidade de saúde em estágios curriculares e projetos de extensão. As estratégias foram:

- novas visitas domiciliares realizadas pelos estudantes, acompanhados pelo Agente Comunitário de Saúde; as visitas seriam realizadas com auxílio de um instrumento semi-estruturado de coleta de informações sobre o uso do glicosímetro; a consolidação desses dados qualificaria o diagnóstico realizado pela equipe de saúde;

- qualificação das reuniões realizadas com os usuários para o “descarregamento” das informações do glicosímetro; realizariam palestras e orientações básicas antes do “descarregamento” das medidas no computador;
- convite aos cuidadores de pessoas acamadas que usam insulina para participarem das palestras e terem acesso às orientações feitas pela equipe;
- monitoramento mais rigoroso das taxas de glicose antes e depois do uso do glicosímetro e das ações planejadas, avaliando a efetividade desse processo de automonitoramento do diabetes mellitus pelas pessoas “insulinodependentes” e das intervenções da equipe;
- conversa com a equipe de desenvolvimento tecnológico responsável pelo prontuário eletrônico do município com o intuito de inserir os dados descarregados dos aparelhos diretamente na ficha do usuário *[a compra dos glicosímetros não previu o compartilhamento das informações drenadas dos aparelhos para uma plataforma do município; as aferições de glicose eram medidas dentro de um programa da empresa produtora do glicosímetro e não havia meios de repassar automaticamente esses dados para o prontuário do usuário; caso fosse do interesse do profissional, este teria que anotar as informações de próprio punho; como são muitas informações por usuário, o que ocorre normalmente é que os profissionais avaliam os gráficos gerados pelo programa, identificam as medidas mais problemáticas e anotam uma síntese no prontuário; para a maioria dos profissionais, isso é um problema]*.

A sensação geral da equipe era a de que seria um processo que demandaria muito trabalho e dedicação, mas estavam animados com os possíveis resultados.

**Farmacêutica** - Eu até tava falando para as outras equipes. É um investimento muito grande. É um investimento de visitas dos agentes com os estudantes. É uma população de pacientes de difícil abordagem. É um investimento de consulta de enfermagem, de consulta médica. É um investimento muito grande de insumo *[referindo-se aos aparelhos e fitas]*. É um gasto muito grande que estamos fazendo, do próprio município e da gente mesmo enquanto profissionais. E temos que buscar um retorno disso tudo. Porque do jeito que está hoje eu não tenho certeza do retorno que está dando tudo isso. Hoje dá a sensação que estes insumos, ao invés de ajudar, esta me atrapalhando. Então temos que fazer alguma coisa. Acho que vai ficar legal.

No decorrer do tempo, foram realizadas as visitas domiciliares, que resultaram em um diagnóstico mais formal. Contudo, as informações obtidas pouco acrescentaram ao

diagnóstico inicial da equipe. Já tinham, a partir de suas vivências, uma ideia bastante ampla das questões envolvidas na dificuldade dos usuários em usar o glicosímetro e aderir às orientações, embora a leitura geral que faziam ficasse restrita a uma questão de o usuário ter ou não informações a respeito do aparelho e da doença e estar ou não engajado com a melhoria da própria saúde.

Por outro lado, esta aposta da equipe, mais do que informações e diagnósticos, possibilitou uma maior penetração das equipes na vida dos usuários. Agora, realizavam-se mais visitas domiciliares, mais profissionais entraram em cena, pensaram em grupos educativos inexistentes anteriormente e iniciaram o monitoramento das ações planejadas. Neste processo, observei que as visitas eram estruturadas demais; os grupos transmitiam informações de forma excessiva; o foco, como já dito, eram as ações programáticas e a consulta programada, etc.

Contudo, foi possível observar a realização de uma atividade de grupo que consistia em uma dinâmica que direcionava a preocupação dos profissionais participantes (a assistente social e a psicóloga) para o que sentiam aqueles usuários, quais eram seus medos e angústias e os motivos de tantas dificuldades em cuidar de si. Para além do *interrogatório semi-estruturado* realizado nas entrevistas, disparou-se conversas mais leves e significativas que desnudavam outros aspectos da vida daquelas pessoas e que poderiam potencializar o cuidado. Mas apesar dessas possibilidades de interrogar as práticas instituídas, predominou a pauta “verificação-diagnóstico-orientação-adesão” ao tratamento do diabetes.

### **A gestão entra em cena: a missão de bater metas em detrimento de cuidar**

Um dos temas mais polêmicos durante todo o trabalho de campo envolveu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Serviço de Saúde do Município - PMAQ-Município X, criado em 2012 no município, que é um desdobramento do programa instituído pelo Ministério da Saúde em 2011 com o nome Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (BRASIL, 2012b; VITÓRIA, 2012).

Segundo a lei municipal que institui o PMAQ-VITÓRIA (VITÓRIA, 2012), os objetivos do programa são: estimular um processo contínuo e progressivo de melhoria

de padrões e indicadores de acesso e qualidade dos serviços de saúde do município envolvendo gestão e profissionais de saúde; institucionalizar o processo de avaliação e monitoramento de indicadores nos serviços com vistas a fortalecer o processo de planejamento e programação das ações de melhoria da qualidade da atenção em saúde; criar cultura de negociação e contratualização de metas com os profissionais de saúde do município; incentivar financeiramente o bom desempenho dos profissionais de saúde do município a partir da busca de melhores resultados para a qualidade de vida da população; e garantir transparência para a população dos resultados alcançados pelos serviços de saúde em seus processos de trabalho.

De início, os incentivos financeiros atrelados ao programa foram atrativos para os profissionais, já que os mesmos poderiam chegar a agregar valores, por exemplo, correspondentes a aproximadamente 25% do salário base dos profissionais de ensino superior da atenção primária. Profissionais de nível técnico e administrativo também participam do programa, mas proporcionalmente o incentivo financeiro é menor quando comparado ao recebido pelos profissionais de ensino superior. Esses recursos tinham origem nos repasses do Ministério da Saúde por meio do PMAQ-AB, com complementação do município a partir de fundos orçamentários próprios.

Para fazer parte do programa, que é de adesão voluntária, os serviços e profissionais de saúde precisam aderir ao processo a partir de uma contratualização de metas e resultados esperados estabelecidos pela gestão do município. Anualmente, uma série de indicadores de desempenho é analisada no âmbito dos serviços de saúde. A partir do percentual de metas alcançadas pelos serviços de saúde, chega-se a uma classificação de desempenho coletivo discriminado em Ótimo, Bom, Regular e Insatisfatório. O repasse do incentivo financeiro é feito, então, de forma proporcional a essa classificação, correspondendo a 100%, 80%, 60% e 0%, respectivamente.

A todo esse processo de construção dos indicadores, contratualização das metas e definição do repasse proporcional dos incentivos financeiros, o município deu o nome de Índice de Desempenho Variável do PMAQ-Município X (IDV / PMAQ-VITÓRIA). Diversas portarias foram publicadas no sentido de normatizar os indicadores que seriam avaliados, o processo de avaliação das metas, a definição das fontes de informações a serem utilizadas no cálculo dos indicadores e o montante de recursos financeiros que seriam utilizados neste processo.

Desta forma, nos serviços de saúde a busca por “bater” as metas foi previsivelmente grande. Boa parte das discussões das equipes de saúde na unidade de saúde analisada girava em alguma medida em torno dos indicadores e metas contratualizadas junto à gestão no âmbito do IDV. As conversas, tanto as informais realizadas nos corredores do serviço e nos momentos de descanso, quanto as realizadas nas reuniões de equipe e em momentos com a direção do serviço, apontavam para um alto grau de tensão gerado pelo IDV.

Muitas dúvidas ainda existiam sobre a operacionalização do programa: se de fato a gestão manteria sua palavra e repassaria os recursos do Ministério da Saúde diretamente para os profissionais, algo não previsto no programa nacional; se recursos próprios do município seriam realmente utilizados para complementar os incentivos financeiros; se era justo ou não profissionais comissionados, não efetivos e/ou com funções administrativas receberem o incentivo, já que os indicadores eram basicamente assistenciais; se os agentes comunitários receberiam ou não algum incentivo; se era adequada a enorme diferença de valores a serem repassados segundo categoria profissional, com médicos e dentistas recebendo uma quantia muito superior que a destinada aos enfermeiros, por exemplo; se era correto que a classificação final no IDV fosse traçada a partir dos resultados do coletivo do serviço de saúde, sendo que os indicadores refletiam muito mais a atuação individual dos profissionais e era sabido que nem todos os trabalhadores tinham o mesmo empenho no trabalho.

Enfim, uma série de debates relevantes que traziam para a cena as relações dos profissionais com a gestão do município e dos profissionais entre si, a valorização das diferentes categorias profissionais enquanto produtores do cuidado, a organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde, o compromisso dos diversos profissionais com o trabalho, a estrutura da carreira profissional e a questão salarial, a dinâmica do trabalho em equipe, dentre outros.

De uma forma geral, muito se discutiu, incluindo conversas calorosas que beiraram o conflito aberto, embora não se dispusesse de ferramentas adequadas para trabalhar esses debates em um sentido produtivo e propositivo. Talvez essa tenha sido uma das principais limitações de todo esse processo. Ao final, apesar de amplas problematizações que poderiam ter a potência de resignificar saberes e práticas, as discussões ficaram aprisionadas nas estratégias a ser adotadas para que as metas fossem “batidas”, apesar dos problemas identificados.

Como resultado, ficou reforçada uma organização programática de processos de trabalho. Os indicadores enfatizam as ações de pré-natal (capitação das gestantes no primeiro trimestre, vacinação e número de consultas de pré-natal), de prevenção de câncer de colo de útero (proporção de mulheres da faixa etária indicada com exame de preventivo realizado), de atenção à criança (acompanhamento das crianças nos 2 primeiros anos de vida, acompanhamento das crianças de 2 a 5 anos de idade e vacinação), em saúde bucal (ações coletivas de escovação dental supervisionada e primeira consulta odontológica) e de atenção a pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus (número de atendimentos médios por ano para cada usuário cadastrado com alguma dessas condições e proporção de pessoas cadastradas segundo as estimativas epidemiológicas).

Outros indicadores versavam sobre média anual de consultas médicas por habitante, média anual de consultas feitas pelos idosos, proporção da população com testagem para HIV e sífilis e proporção de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

As estratégias utilizadas pelas equipes de saúde para alcançar as metas estabelecidas em certa medida empobreceram os processos de trabalho na medida em que se concentravam nas áreas programáticas elencadas pelo IDV. Os agentes comunitários de saúde talvez tenham sido os profissionais que mais foram afetados pelo programa: obrigatoriamente tiveram que apresentar uma produção de 100% das famílias cadastradas visitadas no mês; e tiveram que aumentar o controle sobre as populações de crianças de até 5 anos, gestantes, mulheres de 25 a 64 anos e pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

O IDV, em sua primeira versão, trazia como meta uma média de 6 consultas por ano por pessoa cadastrada com o diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Diante das queixas, essa média foi reduzida para 4 consultas por ano, independente de critérios clínicos que justificassem uma taxa tão alta de atendimentos para essa população. Com isso, observou-se um reforço aos grupos de HiperDia e formas de manipulação da produção das equipes. Muitos profissionais passaram a registrar suas consultas de pessoas com hipertensão arterial e / ou diabetes mellitus com códigos específicos para essas condições mesmo quando os motivos de consulta eram outros, sem nenhuma relação com esses problemas, elevando artificialmente o número médio de consultas neste quesito. Mesmo assim, poucas equipes conseguiam alcançar essa meta.

No final das contas, a Unidade de Saúde em questão alcançou 87,3% das metas, colocando-se em um bloco intermediário de serviços de saúde. Para fins ilustrativos, a unidade de saúde com melhor resultado alcançou uma média de 97,7%. As queixas sobre o resultado final alcançado foram significativas. Buscaram identificar os “culpados” pelo desempenho insuficiente e não se observou nenhuma iniciativa para tomar os indicadores como possíveis analisadores dos processos de trabalho e do cuidado oferecido à população. Também não se observou iniciativa de busca entender as diferenças entre as unidades de saúde que respondiam pelas desigualdades de desempenho. E, por outro lado, pouco se avançou numa análise crítica da própria lógica do IDV, restringindo-se a uma reflexão sobre o excesso de exigência por consultas programáticas. Enfim, um programa orientado para a melhoria do acesso e do cuidado teve como efeito principal o reforço de uma lógica assistencial a qual se criticava e buscava mudar.

## O PRIMEIRO CASO: O ENCONTRO COM RITA

Após algumas semanas de participação na dinâmica da equipe, pedi que a equipe indicasse o caso de um usuário para ser acompanhado em profundidade. A equipe de saúde, então, sugeriu que eu acompanhasse Rita, 65 anos. Para a equipe, o caso de Rita sintetiza todos os desafios postos aos profissionais de saúde no cuidado de pessoas que vivem com condições crônicas de adoecimento, particularmente o DM2. O caso de Rita aparecia frequentemente nas reuniões de equipe. A ACS responsável pelo território em que Rita reside relatava seus problemas. Invariavelmente, os comentários dos profissionais de saúde, em especial da médica e da enfermeira da equipe, denotavam algum desânimo com a situação. Esta situação já havia me chamado a atenção para a possibilidade de Rita ser convidada a participar da pesquisa: o caso dela era sempre discutido de uma forma muito negativa pela equipe. Nos relatos dos profissionais, percebia-se uma longa trajetória de encontros desconfortáveis e por vezes conflituosos com Rita.

Nas conversas que eu tinha com os profissionais, tanto nas reuniões quanto em situações informais no cotidiano do serviço, expressões como “rebelde”, “paciente difícil”, “briguenta”, “pessoa complicada”, “vida difícil, cheia de problema”, “família complicada”, “tem todas as complicações do diabetes que você pode imaginar”, dentre



outros, permeavam suas narrativas. Quando solicitei à equipe uma indicação, o caso de Rita foi unanimidade. Todos, sem exceção, indicaram Rita para ser acompanhada na pesquisa.

Desta forma, foram feitas as combinações com a ACS responsável pela família de Rita. A ACS iria indagar Rita sobre a possibilidade de nos receber. Convite aceito, marcamos a primeira visita. Enquanto isso, eu e a ACS conversamos longamente sobre o caso. A ACS acompanhava o caso de Rita há muitos anos, desde que iniciou seu trabalho na ESF, há aproximadamente 8 anos. Sua relação com Rita apresentou, ao longo dos anos, movimentos de aproximação e afastamento, principalmente por causa do seu “gênio difícil”. Ao mesmo tempo, a ACS afirmava que Rita é sua “paciente que mais precisa de ajuda”.

Na narrativa da ACS, nos deparamos com uma pessoa que sofre há muitos anos com as consequências do DM2, já tendo sido internada inúmeras vezes (“já perdi as contas”) por causa de “problemas do rim” (“ela faz diálise três vezes por semana”) e “falta de circulação nas pernas” (“já amputou vários dedos dos pés”). “Não sei como Rita tá viva ainda”, diz a ACS. A complexidade da situação de Rita provoca empatia:

Fico com dó. Você vai ver quando for lá. Ela mal consegue andar. Acho que ela não toma a insulina direito. E é muita perturbação na cabeça dela. Os filhos se aproveitam dela às vezes. Moram tudo junto, no mesmo terreno, uma em cima e outro embaixo. Ela fica o dia inteiro assistindo televisão. Não tem o que fazer.

A ACS também aponta as dificuldades que a equipe encontra em abordar Rita, já tendo ocorrido episódios de Rita não concordar em receber a enfermeira e a médica da equipe:

Ela já fechou a porta na nossa cara várias vezes. Diz que não sabe para que a gente vai lá na casa dela porque a gente não resolve o problema dela. Eu nem ligo mais. Vou lá e chego entrando. Já conheço o jeito dela então não me ofendo. Mas é difícil. Ela não vai na unidade por causa dos pés dela, que estão bem afetados, bem feios. Daí quer que a gente leve tudo para ela, os curativos, os remédios. E ela não aceita o que a gente fala. Ela tem plano [*de saúde*] e vai num monte de médico. Daí fica nessa. Tem que ter paciência. Mas ela precisa muito. Então a gente faz tudo que está ao nosso alcance.

É com este cenário em mente que, após o aval da ACS, entro em contato com Rita e agendo a primeira visita. A ACS me acompanha neste primeiro momento para fazer as

apresentações e mostrar o caminho até a casa. O primeiro contato aconteceu no período da tarde. O bairro em que Rita reside pode ser considerado de classe média, com boa infraestrutura (asfaltamento, calçadas, iluminação pública, limpeza das ruas, saneamento básico, etc).

Este é um bairro que se diferencia dos demais atendidos pela US. É contíguo a uma das principais avenidas da cidade e próximo a uma das poucas áreas de preservação ambiental do município, ficando um pouco mais afastado das áreas de favela que compõem boa parte do território desta região. Ao falar um pouco sobre o local, a ACS diz que atende “até família de juiz”. De fato, no caminho até à casa de Rita, observo um grande número de casas amplas e bem estruturadas. Algo que chama a atenção é a falta de comércio nas ruas do bairro e a pequena quantidade de pessoas circulando pelas ruas do local: um bairro residencial de classe média. Talvez por isso, em uma das visitas realizadas na casa de Rita, esta tenha se referido ao local como “bairro nobre”.

A casa de Rita é semelhante às demais do bairro. Ampla, paredes verdes, varanda com telhas vermelhas, muro alto, portão externo fechado não permitindo a visão interna da casa, dois andares à vista [após entrar na casa, percebe-se que há um andar abaixo do nível da rua], carro na garagem. No horário combinado, tocamos a campainha e a ACS gritou pelo nome de Rita. Ouvimos um grito de “Entra, Maria! O portão está aberto”. A sala fica a poucos metros do portão, logo após a garagem. Vejo Rita sentada no sofá, som alto da televisão, como relatado pela ACS. Sou apresentado e convidado a sentar no sofá.

Já noto algo que vai atravessar todos os encontros: a televisão sintonizada no canal GNT<sup>®</sup>, em programas de culinária. A disposição da sala é a de três sofás e um rack de televisão organizados em retângulo. Rita sentada no sofá defronte para a TV. Entre dois sofás, um degrau levava à sala de jantar, de onde era possível acessar a cozinha, facilmente visível de onde nos localizávamos. Esta conexão da sala com a cozinha permite que Rita dialogue continuamente com a funcionária da casa e seus filhos, quando estes ocupam o local, exercendo alguma espécie de controle sobre o que ocorre na casa.

A conversa inicial com Rita transcorreu sem maiores percalços. Ela se mostrou receptiva e ao mesmo tempo questionadora. Após a breve apresentação dos objetivos e métodos da pesquisa, várias questões foram levantadas, como “para que vai servir

isso?”, “você me quer como cobaia então nesse seu experimento?”, “você é professor da UFES mesmo?”, “seu doutorado é na USP mesmo? Em que lugar na USP?”, “você não vai ficar perguntando da minha vida, não, né? Não gosto de falar da minha vida. Ninguém tem nada a ver com isso. As pessoas que querem saber de você geralmente são falsas”. Durante o primeiro mês de visitas, perguntas como essas eram rotina. Parte significativa de nossas conversas era dedicada à minha própria história de vida e aos objetivos do trabalho, sempre seguidas por comentários semelhantes a “liga para as minhas perguntas não, tudo brincadeira”, “cansei das pessoas falarem em me ajudar, pois não vejo resultado”, “E aí? Essa falação tá te ajudando em alguma coisa?”. Com o tempo, esta postura ativa e desafiadora foi dando lugar a outras expressões. Contudo, ficou evidente que uma parte do desconforto sentido pela equipe no cuidado de Rita residia nesta forma de ela se colocar, pois ela, em certa medida, problematiza posições de autoridade nas quais os profissionais de saúde frequentemente se colocam.

A partir dessa conversa inicial, os encontros ocorreram com regularidade, sempre levando em consideração o fato de que Rita fazia hemodiálise três vezes por semana. Segundo seu próprio desejo, visitas nunca ocorriam nesses dias, pois ela dizia “sentir-se cansada, mal, sem vontade de conversar”. Infelizmente, Rita não permitiu que a acompanhasse em uma de suas sessões de hemodiálise. A clínica onde realizava as sessões ficava em outro município e ela precisava de auxílio de uma ambulância do plano de saúde para se deslocar para o serviço. Rita se queixava com frequência de seus filhos, que segundo ela não se dispunham a acompanhá-la ou mesmo levá-la em seu carro particular. É possível supor que esta situação a incomodasse significativamente e talvez isto se relacione com sua negativa em permitir minha presença em uma sessão de diálise.

Rita, hoje divorciada, manteve relacionamento estável por duas vezes, tendo quatro filhos do segundo casamento, Penha (40 anos), Pamela (37), Paola (28) e Paulo (27). Os dois últimos moram com ela, sendo Paola no andar acima da casa de Rita e Paulo no andar abaixo. Durante as visitas, observou-se um intenso fluxo de pessoas na casa de Rita, principalmente de seus dois filhos mais novos, seus dois netos (filhos de Paola) e seu cunhado (esposo de Paola). Além disso, a cozinha da casa era utilizada por Paulo para a produção de alimentos (bolos, empadões, tortas salgadas, etc) vendidos em uma feira de artesanatos tradicional do município. Essa atividade de Paulo acaba por envolver mais pessoas da família: a própria Rita, que foi a pessoa que criou a barraca,

cedida a seu filho mais novo após “ficar doente”; e uma de suas irmãs (Paula), que ajuda na produção das comidas e na organização da barraca.

A renda dessa barraca é fundamental para a família. Com ela, paga-se parte significativa dos gastos com a alimentação de Rita, o salário da funcionária da casa (que cuida de Rita) e parte dos rendimentos de Paulo (que também atua como professor de ensino médio, mas desempregado no momento da pesquisa) e Paola (que também trabalha com transporte escolar). Além desta renda, Rita conta com uma pensão de seu pai, que seguiu carreira militar, que lhe permite “ajudar os filhos, que dão muito problema; manter a casa; ter alimento de primeira [qualidade] em casa; viver bem; ter os carros e cuidar da saúde”.

Contudo, mesmo com essas duas fontes de renda, a família de Rita e ela mesma passam frequentemente por problemas financeiros, o que torna difícil manter o padrão de vida da família. E isto tem grande importância para Rita, tanto que a questão financeira foi citada em praticamente todos os encontros. De forma emblemática, sintetiza essa questão uma das falas de Rita: “A doença é cara! E o Estado não me dá tudo! Até consigo alguma coisa no posto, como curativo para o meu pé e alguns remédios. Também pego remédio caro na farmácia do Estado. Mas não dá para fazer tudo que tenho que fazer. Ainda bem que tenho esse plano [de saúde] do exército, que cobre tudo. Eles [do exército] vivem querendo mudar a cobertura dele, mas não conseguem”.

Para além de seu vínculo com a equipe de saúde da família, o plano de saúde de Rita possibilita que ela esteja inserida em uma grande rede de atenção à sua saúde. Além dos cuidados que recebe da equipe de ESF, faz hemodiálise e é acompanhada por nefrologista de um serviço de Terapia Renal Substitutiva privado, tem consultas regulares com uma endocrinologista que atende pelo plano de saúde e mantém contato frequente com uma equipe de cirurgia vascular, também pelo plano de saúde, que cuida de seu grave problema vascular em membros inferiores (motivo de diversas intervenções cirúrgicas nos pés e de internações, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva). Além disso, durante as conversas, Rita enumerou uma enorme lista de médicos com os quais já havia mantido contato ao longo de sua vida.

Essa relação da equipe de ESF que cuida de Rita e essa rede de cuidados ofertados por profissionais médicos e equipes de serviços privados é problemática. A demanda que Rita apresenta para a equipe de ESF concentra-se na questão de curativos em seus pés e

na disponibilização de parte significativa dos medicamentos usados por ela. Além de receber da US praticamente todos os materiais utilizados em seus curativos, a enfermeira da equipe contribui muito em sua realização, principalmente em momentos de agravamento do quadro, quando surgem novas feridas ou quando lesões anteriores se agravam. Nestes momentos, a enfermeira aumenta a periodicidade de visitas à casa de Rita, assim como a própria ACS e uma técnica de enfermagem vinculada à equipe. Por outro lado, a médica da equipe de ESF participa desse cuidado com visitas mensais ou bimensais à casa de Rita, mas participa pouco na definição das medicações em uso e nos procedimentos a serem realizados [o que é feito com maior frequência pelos médicos especialistas que a acompanham]. Além disso, não se identificou nenhum canal de comunicação entre os profissionais neste emaranhado de cuidados. Todas as informações que a equipe de ESF dispunha sobre as condutas realizadas nos demais serviços eram fornecidas por Rita e por seus filhos.

Na verdade, após inúmeros movimentos de ambos os lados ao longo do tempo, houve uma nítida divisão das funções entre a equipe de ESF e os demais profissionais com os quais Rita se vincula. De forma evidente, a ESF se responsabilizava por procedimentos “menos nobres” ou secundários do cuidado, conforme os critérios utilizados pela própria Rita e pela equipe. E de certa forma, a equipe de ESF, a partir de determinado momento, sentiu-se confortável nessa posição, sendo que algumas questões trazidas para a cena pela própria Rita contribuíram significativamente para essa configuração.

Rita se relaciona com o universo da medicina valorizando as especialidades. Em diversos momentos, demonstrou valorizar substancialmente “o conhecimento do médico”, entendendo que este conhecimento é mais “confiável” e “ajuda mais” quando situado no contexto das especialidades médicas e na “excelência da formação” do profissional.

Você conhece o Doutor Francisco, cirurgião vascular? Excelente médico. Sabe muito. Muito bem formado. Estudou em São Paulo. Famoso aqui. Conhece não? Todo mundo conhece [*demonstra espanto por não conhecê-lo*]. O Doutor Átila também é muito bom. Estudou no Rio [de Janeiro], acho. O consultório dele vive lotado. Gosto do Doutor Rodrigo, meu nefrologista. Esse você conhece, né? Novinho mas é excelente. O Dr. Rodrigo é doutor mesmo, fez doutorado ou mestrado, não sei direito, lá em São Paulo. Sabe muito. Porque para mim tem que entender, tem que saber o que está falando e fazendo. Não adianta vir com

“mimimi” para o meu lado que não vai dar certo. Tem que falar com segurança. Você estuda na USP, né? Foi o que você me falou aquele dia, lembro direitinho. A USP é boa, é a melhor, Dr. Rodrigo estudou lá. Confio muito nele, está me ajudando muito.

Assim, não é de se estranhar a forma como Rita se refere à equipe de ESF. Ela não espera e demanda a mesma “ajuda” por parte da equipe de ESF e dos demais profissionais. Foram recorrentes expressões, ao se referir à equipe de ESF, como: “gosto deles, mas não podem me ajudar”; “eles vem aqui e ficam de conversa, querendo saber da minha vida, e isso não me ajuda”; “eu tenho que agradecer a eles, pois me ajudam com os curativos, com alguns exames, com umas visitas, mas nem vou muito lá, não tenho o que fazer lá [na US]”. Os comentários positivos e elogiosos eram muito mais frequentemente direcionados aos médicos e serviços privados. O que não quer dizer que Rita desvalorizasse por completo a atuação da equipe de ESF. Mas era evidente que as esperanças de uma redução no sofrimento causado pelas “doenças”, “essa praga da diabetes”, estavam depositadas primordialmente no saber dos especialistas e na tecnologia médica disponível nos serviços e nos hospitais do sistema privado.

E, neste caso, a disputa pelo território das doenças era francamente desfavorável à ESF. E digo isso, pois boa parte das ofertas de cuidado feitas pela equipe de SF observada ao longo do trabalho de campo situava-se neste território, o das tecnologias duras e leves (MERHY, 2014).

E, nesta linha, foi interessante observar como as temáticas inseridas em nossos encontros ganharam novos contornos ao longo do tempo. Inicialmente, Rita falava muito sobre seus problemas de saúde em uma perspectiva médico-centrada: quais eram seus [muitos] problemas de saúde, qual médico cuidava de cada problema, os procedimentos que estavam agendados [troca do cateter utilizado na hemodiálise, por exemplo], a história de suas [traumáticas] internações, comentários sobre os medicamentos que estava utilizando [principalmente a insulina], as dificuldades que enfrentava na rotina da hemodiálise [transporte até a clínica, longa duração das sessões, mal-estar que sentia após o procedimento, etc], seu desconforto com o fato de alguns profissionais buscarem conhecer mais sobre sua “vida particular”, que na visão dela era desnecessário por não se relacionar com seus problemas de saúde, dentre outras questões. Os encontros iniciais eram ocupados também por uma espécie de teste voltado a descobrir minhas “reais intenções” com o trabalho de campo.

Com o tempo, a dureza das conversas foi tornando-se porosa, permeável a outras coisas, como família, história de vida, a potência de vida, relações pessoais, rede social e morte, embora a doença ainda fosse central nas falas. Nos primeiros encontros, esses assuntos apareciam, até mesmo porque fazem parte do roteiro de questões da pesquisa, mas eram tratados de maneira superficial, desconfiada, vacilante e logo davam lugar a outros pontos. Mas outra(s) Rita(s) se apresentara(m) no decorrer dos encontros.

Eu gosto de viver. Eu gosto de ser útil. Mas a minha vida é uma rotina e a rotina é um saco. A vida não é tão simples. A coisa que me deixa mais aborrecida é ver uma pessoa estudada, jovem, jogar a vida fora. Eu tô cansada dessa coisa chata de ir para hemodiálise, esse monte de remédio, esse meu pé desse jeito [bastante alterado por causa nas amputações, cirurgias e feridas]. É uma rotina chata demais. E essa bagunça que é essa casa, os problemas dos filhos, dinheiro. Tô de saco cheio. Mas eu não desisto. Vamos ver onde isso vai dar.

Foi aos poucos que Rita sentiu-se a vontade e começou a falar de sua vida familiar, por exemplo. A partir de certo momento, Rita passou a falar muito sobre as relações conturbadas com seu pai, militar, falecido há mais de 20 anos, de quem ainda recebe uma pensão; sobre a separação traumática de seu segundo marido, pai de seus filhos, devido uma “traição com uma mulher da vida”; dos problemas conjugais de sua filha Paola, que resultou em conflitos violentos, separação e sofrimento psíquico de sua neta; da “descoberta” da homoafetividade de seu filho Paulo, fato traumático e de grande sofrimento para Rita [“não aceito essa safadeza na minha casa”]; dos problemas financeiros dos filhos e dela mesma [“vou ter que vender um carro para pagar as minhas contas e as dos meninos”]; da ausência dos filhos no seu cotidiano e a “sensação de vazio” que isso lhe trazia; e das brigas judiciais com o ex-marido pela posse da casa onde mora. Rita dizia que tudo isso a deixava “de cabeça cheia com tanta preocupação” e que isso fazia com que fosse “difícil controlar a diabetes com tanto estresse”.

Todas essas questões eram de conhecimento da equipe de ESF, tendo principalmente a ACS como fonte. A ACS conhece a família de Rita há muitos anos e sabe de muitos detalhes da vida de seus membros. Com frequência, os problemas familiares de Rita eram discutidos nas reuniões da equipe, quando seu caso era posto em cena. Os filhos buscavam com relativa frequência o contato com a equipe (médica ou enfermeira) para discutir alguma mudança na prescrição de medicamentos feita pelos demais profissionais, bem como para solicitar materiais para os curativos, medicamentos ou

solicitar visitas domiciliares em caso de algum problema com Rita. A equipe, durante o trabalho de campo, também relatou ter ocasionalmente procurado a família, principalmente os dois filhos que residem no mesmo local, para discutir alguns aspectos do cuidado de Rita, com particular ênfase na dificuldade que os profissionais da equipe frequentemente encontravam em acessar o domicílio de Rita e propor intervenções dada sua resistência em aceitar o contato com a equipe em determinados momentos.

Desta forma, percebe-se que há em certa medida uma consideração do ambiente familiar no projeto terapêutico de Rita produzido pela equipe de ESF, o que não foi observado nos relatos de Rita em relação aos contatos que mantém com outros profissionais e serviços de saúde. Contudo, apesar do profundo conhecimento de fatos importantes da vida familiar de Rita, da estrutura da família e da influência que este contexto familiar exerce sobre sua vida, isso não provocou qualquer mudança nas ofertas da ESF para a família de Rita, nem qualquer movimento no sentido de apoiá-los a abordar ou aliviar o sofrimento psicossocial associado a seu adoecimento.

A equipe produziu uma narrativa interessante em que parte das dificuldades de Rita no cotidiano estava fortemente relacionada a estas questões familiares. Por exemplo, relatavam que os problemas financeiros de Rita tornavam-se mais graves devido ao fato desta assumir dívidas dos filhos. Além disso, o isolamento social de Rita poderia ser parcialmente abordado com uma maior participação dos filhos em sua vida promovendo maior interação social (idas à igreja e feira de artesanatos, que foram interrompidas após as várias cirurgias nos pés). Mas essa narrativa, pelo que foi observado, apesar de significar uma compreensão ampliada do processo de adoecimento, não resultou em estratégias e ofertas de cuidado que operassem em outros territórios para além do controle da doença em seus aspectos fisiopatológicos.

Outra questão que apareceu no decorrer dos encontros, ora de forma explícita nas falas de Rita, ora de forma implícita, é a relacionada à morte. Em diversas ocasiões, em alguns momentos sem uma conexão evidente com o que estava sendo discutido, Rita verbalizou “não tenho medo de morrer”, apesar de sua vontade de viver, de ser útil e ter outras experiências de vida. Atrelado a isso, em duas visitas observou-se que Rita havia ficado muito sensibilizada com a morte de duas pessoas famosas, para além do que eu julguei no momento como esperado para uma situação como estas: “Dizem que a morte



é normal e que faz parte da vida, mas não tem nada de normal nisso, gente! É muito triste ver uma pessoa jovem como essa morrer. Sei lá. Não aceito isso, não”.

A questão da morte também aparecia com frequência quando Rita falava das sessões de hemodiálise. Em determinado momento, referiu-se à clínica onde fazia o tratamento como um lugar onde “as pessoas entram e às vezes não voltam”. Um momento particularmente traumático foi a morte de uma pessoa, a quem se referia como “grande amiga”, que realizava sessões de hemodiálise nos mesmos horários que ela.

Olha, hoje eu tô mal. Não quero conversar muito. Tô mal mesmo. Você acredita que uma amiga da hemodiálise morreu essa semana?!?! Eu não tô acreditando. [Tom de voz alto]. Ela tava bem. Conversei com o Dr. Rodrigo. Ele disse que não teve jeito. Essa coisa de hemodiálise é um saco. Não sei para que a gente faz isso. Deixa a gente mal e não serve para nada. Olha aí o resultado [referindo-se à morte da amiga]. Não sei para que eu continuo fazendo isso. Cara, ela não merecia isso. Pessoa de bem, companheira. Fazia o tratamento certinho. Ela não merecia. De vez em quando um vai embora lá. Mas essa foi demais para mim. Não acredito. A minha hora tá chegando. Só Deus mesmo para salvar a gente disso.

A dureza das sessões de hemodiálise sempre esteve muito presente nas falas de Rita. Na sua visão, era “uma rotina pesada, cansativa, dolorosa, que deixa a gente mal”. Para Rita, “se soubesse que era tão ruim assim, tinha me cuidado melhor antes”. Não por acaso, como já dito, ela se recusava a receber qualquer pessoa em dias de sessões: “nesses dias eu fico mal, muito cansada, de saco cheio”. Demonstrava empatia pela equipe da clínica onde realizava o tratamento, principalmente em relação ao médico que a acompanhava. Relatou que havia uma psicóloga que acompanhava os “pacientes da clínica” durante as sessões. E mostrou que existia certa ligação afetiva entre as pessoas que frequentavam o serviço nos mesmos horários. Todos sabiam os detalhes da vida e do adoecimento de cada um e, segundo os relatos de Rita, havia uma rede de suporte frágil, pois se limitava ao momento da sessão, mas importante no processo de enfrentamento dessa situação. Mas apesar da negatividade presente nesse discurso, este era poroso à esperança de se ver “livre das sessões”.

Falei para o Dr. Rodrigo que estava urinando bem. Mas aí ele disse: “disso [hemodiálise] não tem saída”. Pô!!! Ele não pode dizer isso não. Ele tira nossa esperança! A mesma coisa foi na época que eu tinha 140Kg e falaram que meu coração estava ruim e que eu ia enfartar. Fiz os exames e eu não tive nada até

agora. Mas eu falei com o Dr. Rodrigo que eu vou sair dessa. Aí ele falou que se os exames estiverem bem, ele me tira da hemodiálise na hora. E eu acredito que vão estar. Você vai ver. Às vezes dá vontade de abandonar o tratamento, deixar tudo isso pra lá e viver minha vida. Mas eu lido com isso com fé. Eu não sou fanática, não vou abandonar o tratamento, mas acredito que esse livramento pode acontecer. Eu vou ficar livre desse cateter aqui [aponta para o pescoço]. Pode confiar.

Com tantos problemas de saúde (em termos biomédicos, ela tinha diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, doença arterial periférica, pé diabético com amputações de diversos dedos e retinopatia diabética com baixa acuidade visual), Rita via-se com sua rede social fortemente fragilizada. Pouco saía de casa. Parte significativa do dia era ocupada no sofá assistindo televisão. Raramente saía de casa com um de seus filhos para resolver algum problema, como idas ao banco, por exemplo. Não realiza nenhuma atividade de lazer com regularidade. Parou de frequentar a feira de artesanatos e a igreja. Ainda mantinha contato com as pessoas que frequentavam a igreja por causa de visitas esporádicas que alguns fiéis faziam. Durante o trabalho de campo, observei que a rede de contatos de Rita ficava mais restrita a sua própria família. Seus filhos sempre estavam na casa, produzindo os produtos para a feira, almoçando ou apenas circulando. Alguns irmãos a visitavam também, mas eram momentos pouco frequentes e rápidos. Mas mesmo com essa presença familiar o sentimento de solidão era marcante: “meus filhos estão sempre aqui comigo, mas a gente briga muito, é muito problema, então a gente conversa muito pouco”. E realmente os contatos com os filhos eram permeados de conflitos e contatos superficiais.

Uma das estratégias que utilizei nessa interação foi tentar fortalecer a interação social de Rita buscando produzir coisas novas em seu cotidiano de vida. Propus acompanhá-la à feira de artesanatos e à igreja. A ideia era, além de auxiliar Rita a experimentar novos caminhos, ou caminhos antes explorados, mas bloqueados por sua condição de saúde e contexto familiar, perceber sua interação nesses ambientes e o impacto de seu processo de adoecimento em sua vida social. Rita recusou a oferta de ir à feira. Dizia: “Nem pensar! Com meus pés assim, vou ter que ficar na cadeira de rodas. E eu não vou ficar no meio daquela gente assim. Pode esquecer isso”. Novas tentativas foram feitas, sem sucesso.

Quanto à igreja, Rita aceitou a oferta. Mas na data agendada, um domingo à noite, recusou o convite alegando não estar sentindo-se bem. Como no outro caso, todas as

ofertas subsequentes foram recusadas. Indagada sobre outras opções de lazer, não se mostrou motivada. Tudo isso foi feito em acordo com os dois filhos que residiam no local. Além disso, foram estimulados a encontrarem alternativas de lazer e interação social para Rita e toda a família. A estas ofertas, não houve resposta satisfatória por parte da família e de Rita. Os encontros continuaram da mesma forma...

Durante as visitas que realizava, foi interessante observar que Rita sempre me oferecia uma grande quantidade de comida. Principalmente no período da tarde, após algumas horas de conversa e TV (aliás, assistíamos muita TV, principalmente programas de culinária em canais pagos), Rita sempre me levava para a cozinha, onde me oferecia bolos, pudins, gelatinas, biscoitos doces, tortas e refrigerantes, em grandes quantidades. Estes alimentos, como dito, eram produzidos por seus filhos para serem vendidos na barraca. Mas sempre era feita quantidade excedente para o consumo próprio. E a geladeira de Rita era repleta dessas comidas. Era nestes momentos que tínhamos alguns diálogos sobre alimentação (“dieta”) e medicamentos.

Rita na maior parte do tempo afirmava não ingerir esses alimentos, com exceção da gelatina “light”, que consumia diariamente em “moderada quantidade”. Para Rita, “é um saco fazer dieta”, mas buscava seguir algumas, não todas, recomendações da endocrinologista. Sua alimentação era rica em peixes e saladas. O almoço era feito pela funcionária da casa, que seguia rigorosamente as orientações dos filhos e da médica. Contudo, o turno de trabalho dessa pessoa terminava às 15 horas, momento a partir do qual Rita ficava sozinha. Era quando ela cometia “alguns deslizes”. “Me reservo o direito de levar a vida que eu quiser aos 65 anos”, dizia. Assim, evitava o consumo de alimentos “ricos em açúcar e glicose”, mas quando tinha vontade comia alguma “coisa doce”.

Eu como mesmo. Tá vendo essas feridas do meu pé? Elas abriram porque comi bala de coco. E eu falo sem cerimônia com o médico que eu comi doce. Eu não como aquelas coisas que estão lá na geladeira. Mas às vezes eu não aguento. Esses médicos acham que é fácil. Falar é fácil. Quero ver eles aqui vivendo como eu. Às vezes eu me arrependo, fico me sentindo culpada. Mas eu não vou ficar aqui me limitando. Não adianta. Mesmo eu fazendo a dieta, não consigo sair da hemodiálise. Essas feridas não saram. Então entreguei para Deus. E como mesmo. Eu nunca consegui fazer dieta. Eu adoro meu Trident® [chicletes], sempre tenho aqui. Essa menina [a funcionária da casa] fica me controlando, mas eu não tô nem

aí. No almoço e na janta eu como só coisa saudável e de primeira qualidade. Adoro peixe, salada, feijão e arroz. Mas eu confesso que de vez em quando eu abuso no doce.

Por outro lado, Rita tinha uma visão muito negativa da insulina. Em sua geladeira, podiam-se ver os frascos de insulina e as seringas utilizadas para a aplicação da medicação. Mas Rita dizia sentir “pavor daquilo”. Dizia sentir medo da agulha utilizada para aplicação e que a insulina era uma das responsáveis pelas mudanças em seu corpo (Rita apresentava algumas alterações no corpo tanto em abdômen quanto na região do dorso que alteravam a forma dessas regiões - lipodistrofia seria o termo consagrado pela medicina). Apesar das orientações médicas, Rita utilizava a medicação de forma irregular. A funcionária da casa contribuía na aplicação de algumas doses da medicação no horário estipulado pela endocrinologista. Mas Rita não concordava com o uso da insulina: “Eu não concordo com a insulina. Dizem que eu preciso, mas acho que não”.

Além da insulina, Rita usava uma grande quantidade de medicamentos: clonidina, losartan, sinvastatina, ácido acetilsalicílico (AAS), eritropoietina e, recentemente, sevelamer (uma medicação oral utilizada para o tratamento de uma das complicações da insuficiência renal crônica, a hiperfosfatemia). Rita utilizava regularmente essas medicações com o auxílio da funcionária da casa. E aqui uma aparente contradição. A eritropoietina também requer uma aplicação subcutânea, semelhante à insulina. Mas Rita não tinha a mesma visão sobre essa medicação em relação à insulina, o que sugere o fato de que sua aversão à insulina não reside exatamente na dor da aplicação do medicamento.

A partir de nossa interação, outras Ritas foram aparecendo. A imagem cristalizada de início, de uma mulher de difícil trato, intransigente, resistente e até mesmo hostil a qualquer iniciativa da equipe de ESF, que havia “desistido de tudo e se entregado à doença”, como disse em certo momento a enfermeira da equipe, foi cedendo lugar a outros contornos, outras nuances da vida. Sim, de fato Rita tinha uma forma particular de se colocar diante dos profissionais da equipe de ESF, às vezes de forma ríspida e intransigente, que provocava desconforto. Senti isso também durante o trabalho de campo. Sim, de fato frequentemente a demanda que Rita fazia à equipe - curativos e medicamentos - criava um quadro de certo utilitarismo ou de uma desvalorização da potência da equipe em cuidar dela, como já havia sido feito em diversas ocasiões. Sim,

de fato Rita encontrava-se muito fragilizada em seu cotidiano de vida, “desanimada e desgostosa com a vida” e com pobre interação social. Sim, de fato Rita não “aderia bem à rotina de dieta e uso de medicamentos preconizada para uma paciente com diabetes mellitus”, o que levava a taxas constantemente fora das metas previstas pela equipe médica. Sim, de fato essa complexa situação em diversas ocasiões provocava um “sentimento de trabalho desperdiçado que poderia estar sendo empregado com outras pessoas que desejam viver”, como chegou a dizer a médica em uma reunião de equipe.

O único tenso movimento de produção de vida de Rita manifestava-se em resistência a acatar protocolos e condutas: “Me reservo o direito de levar a vida que eu quiser aos 65 anos”. Ainda que isso possa levar a um agravamento de alguns de seus problemas de saúde, valeria a pena arriscar. Vale a pena sentir o gosto de uma bala de coco e ter as feridas dos pés agravadas? Mas independente disso, os pés não continuariam a incomodá-la? É nesse constante balanço entre agravar ainda mais sua condição de saúde e a ousadia de poder decidir o que e quando comer que Rita produzia sua vida. Ato de resistência. Ato de rebeldia. Ato de vida. Atos que desconcertam e angustiam profissionais acostumados a se relacionarem com *pacientes*, no sentido de pessoas mansas e obedientes, que se submetem aos atos profissionais como se ali estivesse sua única opção de viver.

## PRIMEIRAS REFLEXÕES/CONSIDERAÇÕES A PARTIR DESTES ENCONTROS INICIAIS

A ESF foi proposta em 1994, já disse, como um programa de atenção à saúde desenhado para pequenos municípios com baixo índice de desenvolvimento humano. Moldado a partir de uma equipe mínima de trabalhadores, incluindo médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, inegavelmente propiciou amplo acesso das frações mais vulneráveis da população aos serviços de saúde, o que levou a uma maior capilarização do SUS e a resultados importantes em termos de redução de morbimortalidade de seus usuários.

Contudo, diversos autores vêm demonstrando que a configuração mínima da equipe e a centralidade das ações programáticas na agenda de trabalho têm restringido a saúde da família ao que podemos chamar de “cesta básica de serviços”, com grandes entraves

para se alcançar um cuidado integral e articulado com outros níveis de atenção, mesmo com a inserção recente (e confusa) dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Diz-se cesta básica devido a centralidade - quase exclusividade, melhor dizendo - da agenda de ações programáticas na organização do trabalho das equipes. Daí ser comum ouvir de trabalhadores, de gestores e de acadêmicos que conceitualmente a ESF se baseia na programação da atenção, o que implica certa desvalorização dos encontros com usuários que demandam o serviço com problemas “agudos” ou que não são facilmente enquadráveis nas “caixinhas” programáticas. É frequente a afirmação, quando nos deparamos com uma demanda excessiva por consultas e serviços da APS, de que “isso não é PSF, isso é PA [*pronto-atendimento*]”.

As cenas apresentadas e a narrativa do caso de Rita dão visibilidade aos efeitos que essa programação da atenção tem produzido nas equipes de SF: agencia processos de trabalho enrijecidos, até mesmo burocráticos, fortemente subordinados à biomedicina e centrados nas demandas dos próprios profissionais. Não conseguimos captar momentos de singularidade no encontro entre trabalhadores e usuários, afinal as condutas estão previamente definidas a partir do diagnóstico e dos riscos.

A programação em saúde, a partir de seu viés epidemiológico, coloca, para o universo da clínica, problemas estruturados, com condutas previamente definidas, o que torna irrelevante a conversa com os usuários e conseqüentemente não abre espaço para outras necessidades dos usuários e nem mesmo para o diálogo com seu modo singular de vivenciar esses problemas.

Não discuto a importância de cuidar de gestantes, crianças de até 2 anos de idade, mulheres em risco para câncer de colo de útero e mama, pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, pessoas com diagnóstico de tuberculose e hanseníase e pessoas que fumam. Esses problemas tem significativa expressão quantitativa e qualitativa na população e merecem uma abordagem adequada com vistas não somente à melhoria de indicadores de saúde, como dizem as políticas e os manuais, mas também à produção de vidas mais felizes para os que vivenciam essas situações, digo eu.

Chama muito a atenção como, no cotidiano das equipes de SF, esta programação da atenção contribui para um estreitamento do olhar e do fazer dos profissionais, dando centralidade ao que podemos denominar tecnologias leve-duras. O enquadramento das

pessoas nas caixinhas previamente definidas com base em indicadores epidemiológicos contribui para e agencia uma objetivação do sujeito demandante do cuidado, empobrecendo-o e limitando as possibilidades de ofertas aos usuários.

Mais que isso, foi possível observar no trabalho de campo que, apesar das brechas criadas tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, o saber-fazer programático esvazia o projeto terapêutico de sua singularidade, recorrendo-se com maior intensidade a agendas estruturadas pelos profissionais e também pela gestão pouco permeáveis às questões trazidas pelos usuários (FEUERWERKER, 2005; FRANCO e MERHY, 2003), como ficou evidente nas diversas consultas e encontros observados onde dieta-exercício-exames-medicação formavam um roteiro de difícil redefinição.

A resultante disto é a não consideração do usuário como centro do cuidado. Como o problema está definido a priori, sem nenhuma mediação com a singularidade do sujeito, padronizam-se as condutas para pessoas que, sendo portadoras do mesmo problema, requereriam o mesmo cuidado. Para certos problemas, como a vacinação, em que existe uma intervenção direta sobre os corpos, está lógica pode ser suficiente para obter resultados. Mas os limites da programação aparecem com maior nitidez quando os problemas são mais complexos, produtos dos modos de viver. É o caso de condições crônicas como a HAS e o DM, onde os modos de construir a vida de cada um (valores, relações, expectativas) são fundamentais para sua produção e evolução.

No momento em que o mundo da vida da pessoa entra como um dos aspectos mais importantes do adoecimento, mundo este produzido pelas pessoas em sua autonomia e mediação com aspectos sociais e culturais da sociedade, as tecnologias programáticas se mostram muito limitadas. Na verdade, neste contexto estas tecnologias compõem dispositivos de disciplina e controle que resultam em um cuidado normativo e pouco efetivo. É neste sentido que se tornam necessárias tecnologias de cuidado ancoradas na centralidade e singularidade do encontro trabalhador-usuário e na produção compartilhada de projetos terapêuticos (MERHY, 2014; MERHY e FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010; FEUERWERKER, 2005; FRANCO e MERHY, 2003).

A gestão, em certa medida, contribui para o fortalecimento dessa agenda programática da ESF, ativa ou passivamente. No município analisado, a introdução de um dispositivo de gestão baseado no pagamento por desempenho ou por resultado, fortemente baseado em indicadores e metas programáticas a serem “batidas” pelas equipes, mostrou como

tais iniciativas, feitas de forma pouco reflexiva, podem operar de maneira a empobrecer ainda mais a potência de cuidado dos trabalhadores, algo já observado em experiências internacionais com estratégias semelhantes (NORMAN et al., 2014). Aumenta a produção - número de consultas, frequência de exames e procedimentos - sem necessariamente operar de maneira criativa no sentido de fortalecer o que é central na atenção à saúde: o encontro cuidador dos trabalhadores com os usuários.

Neste caso em particular, foi criado um ambiente de tensão permanente entre os trabalhadores e a gestão. De um lado, os trabalhadores, agora sócios do produtivismo, totalmente imersos em discussões sobre as estratégias para cumprir as metas propostas pela gestão (em acordo inicial com os próprios trabalhadores, é importante frisar), culpavam os gestores por não conseguirem mais “dar a atenção necessária para as pessoas”, por estarem “ainda mais estressados” e por promoverem “ainda mais conflitos na unidade por causa de consulta”. Do outro, os gestores apontavam a necessidade de tais iniciativas de controle sobre o trabalho dos profissionais já que as “planilhas” indicavam um alto grau de ociosidade e uma permanência de indicadores ruins no município, apesar dos altos investimentos na APS, tanto na estruturação dos serviços, quando na expansão de cobertura e formação dos profissionais.

Mas o que pude observar foi que o tal incentivo financeiro potencializou outra tensão permanente existente: a entre os profissionais e os usuários. Metas de consultas para todos os usuários com HAS e DM levaram a um fortalecimento dos dispositivos programáticos nos processos de trabalho das equipes, o que por consequência reforçou uma atenção normativa, medicalizante e gerencialista. Consultas se aproximavam de checklists. Fez a dieta? Fez exercício? Toma os remédios direito? Fez os exames? OK... qualquer outro problema, marque uma consulta.

Obviamente ainda há porosidade nesta dinâmica. Tanto profissionais quanto usuários tensionam continuamente esta lógica, permitindo aparecer ocasionalmente outras questões de relevância para o cuidado. Este arcabouço teórico-prático da ESF, programático e preventivista (ou promocionista) (ONOCKO, 2006; FEUERWERKER, 2005; FRANCO e MERHY, 2003; FAVORETO e CAMARGO JR., 2002), se assemelha à imagem que Pelbart (2009) traz da Muralha da China a partir do trabalho kafkaniano. Uma Muralha construída para proteger contra todos os perigos, imponente, mas... porosa. Uma Muralha que, apesar de cumprir com muitos de seus objetivos de



controle, ainda assim permite que o território seja invadido e penetrado de maneira silenciosa. E por mais que os trabalhadores estruturam seus encontros com os usuários, estes teimam em apresentar outras demandas e questões. E por mais barreiras que sejam criadas - e elas são produzidas ativamente e fazem com que muita coisa relevante seja perdida ou silenciada, ocasionalmente tais provocações promovem agenciamentos produtores de cuidado. Os profissionais de saúde não são robôs automatizados. E são afetados por diversas situações que encontram em seu cotidiano. O desafio reside em promover essas possibilidades (MERHY et al., 2010).

E isto traz à cena o fato das equipes construírem frequentemente narrativas sobre os problemas das pessoas de maneira abrangente e sensível. Como visto, estas narrativas eram produzidas pelo coletivo da equipe de saúde, quando cada profissional contribuía com informações e percepções sobre a singularidade de cada pessoa sob seus cuidados. Uma produção de saber coletiva sobre o problema do outro que possibilitava sair de uma visão biológica restrita para uma maior compreensão da complexidade dos problemas e do sofrimento vivenciado pelas pessoas: família, emprego, moradia, história de vida, relações pessoais, complicações dos problemas de saúde. Tudo isso se juntava e formava um quadro que dava visibilidade a alguns dos motivos pelos quais as pessoas tinham tanta dificuldade em promover seu autocuidado, em inserir as orientações dos profissionais em seu cotidiano e em controlar sua doença.

Ou seja, esse conhecimento ampliado sobre a vida não era acionado no encontro com os usuários e pouco contribuía para tensionar a atenção normativa prestada. Sabia-se, por exemplo, da influência da família nas dificuldades que a pessoa tinha em usar os medicamentos, mas havia poucas ferramentas para incorporar esse conhecimento de maneira efetiva no projeto terapêutico. O mais comum era, reconhecendo o sofrimento, encaminhar o caso para outro profissional, a psicóloga, e verificar o andamento do caso na reunião de equipe.

Por um lado, acionavam-se outros profissionais, o que eventualmente possibilitaria uma ampliação do cuidado. Por outro, essa conduta denota a restrição do que os profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, consideram problema que lhes compete. E mais, o reconhecimento da vulnerabilidade social reforçava uma visão depreciativa sobre os usuários em questão – difíceis de manejar, rebeldes, que não querem se cuidar. Mas também dá visibilidade à pobreza de ferramentas e estratégias

diante da complexidade dos casos. O jogo de empurra em relação ao território vulnerável é analisador do desconforto com que os trabalhadores vivenciam esse encontro com a complexidade da produção das existências.

Esta carência de ferramentas deve ser entendida tanto como a pouca absorção de conhecimentos estruturados orientados para o manejo de problemas que escapam à biomedicina estrita, quanto como as dificuldades que se colocam para os profissionais na medida em que o usuário e o encontro com ele não são centrais na modelagem dos processos de trabalho. Por isso, não basta ampliar o escopo das informações de que dispomos sobre as pessoas, assim como não basta enunciarmos a complexidade dos problemas. Construimos as ferramentas e as ações a partir desse conjunto de informações e percepções mediadas na singularidade do encontro com o usuário (MERHY, 2014; MERHY et al., 2010; FRANCO e MERHY, 2003).

Desta forma, o trabalho dos profissionais de saúde ganha forma a partir de alguns tensionamentos permanentes presentes em seu cotidiano:

(a) o existente entre um arcabouço teórico-prático de ESF programática e preventivista cristalizada no imaginário e no fazer dos profissionais e a inevitável invasão da complexidade das demandas e necessidades dos usuários, que coloca em questão permanente essa modelagem; ou seja, uma ESF em tese pensada e construída para atender algumas prioridades previamente estabelecidas entra em choque com a necessidade de mais acesso, de mais integração entre os profissionais e entre os serviços e de mais capacidade de resolver problemas não enquadráveis nas caixinhas;

(b) o existente entre a rigidez das pautas postas pelas ações programáticas e a teimosia dos usuários que, mesmo tendo ciência disto, trazem outras questões que provocam permanentes ruídos no agir dos profissionais;

(c) o existente entre um reconhecimento do sofrimento e de aspectos da vida das pessoas que são atendidas pelas equipes, já que estas estão imersas querendo ou não no universo da vida dos usuários, e as pobres ferramentas de que os profissionais lançam mão na construção de projetos terapêuticos.

(d) e, mais importante, o tensionamento que surge a partir do lugar (de objeto) atribuído ao usuário na produção do cuidado e da falta de centralidade conferida ao encontro trabalhador-usuário como ordenador de processos de trabalho no âmbito da ESF.

Não existe, portanto, uma única forma de agir dos trabalhadores. Não existem equipes estagnadas em um agir interessante e positivo de construção do cuidado ou em um agir negativo, fragilizado e adoecido. Embora inevitavelmente alguns trabalhadores produzam coisas mais interessantes que outros em maior intensidade, o que pode observar é que estes tensionamentos são agenciados de múltiplas formas nos diversos encontros com gestores, trabalhadores e usuários. Contudo, dá para afirmar que os dispositivos operados na SF, como mostra o trabalho de campo, pendem a balança para uma prática programática bastante problemática.

E isto fica evidente no caso de Rita. Rita, como discutido, trouxe uma série de questões para a equipe de SF. A complexidade do seu problema de saúde, os problemas oriundos da pobreza de suas conexões existenciais e sua forte ligação com a rede suplementar de saúde possibilita discutir alguns pontos em relação ao trabalho da equipe de saúde.

Fica evidente que a potência de Rita produzir conexões existenciais estava bastante empobrecida. Sua dificuldade de locomoção a levou a se afastar de seu trabalho informal, da igreja e da realização de tarefas simples fora de casa; sua cansativa rotina de hemodiálise consome praticamente metade da semana, já que ela sente-se muito mal nos dias de sessão; sua relação com a família é problemática, o que dificulta momentos prazerosos de convívio; e não há muitos vínculos afetivos com pessoas externas a esses círculos sociais.

Em função disso, os vários problemas de saúde com que Rita convive ganham centralidade em sua vida. A frase “sou doente” foi ouvida diversas vezes nos encontros estabelecidos com Rita. E é possível dizer que particularmente o DM2 e suas complicações, em mediação com seu contexto de vida, contribuiu para minar muitas de suas alternativas para a produção de um modo de vida mais conectado e potente.

Suas linhas de fuga eram frágeis. Não havia lazer, pouco saía de casa, pouco ajudava nos afazeres domésticos e na barraca de comidas da família, não mais escrevia e lia muito pouco e com dificuldade. Restrita ao sofá da sala em boa parte do dia, restavam a televisão e os conflitos com a funcionária da casa e com os filhos. Um dos poucos prazeres que relatou era conviver com seus netos, embora somente os visse à noite. Também gostava quando recebia visitas de integrantes da igreja da qual participava, o que não era muito comum com exceção do pastor.

Com os pés mutilados, que impossibilitavam um andar minimamente seguro, e com o corpo marcado pela doença, não podia fazer exercício físico ou qualquer outra atividade que exigisse um pouco mais da agilidade e equilíbrio. Os profissionais, então, cobravam dela um cuidado intensivo, o correto uso das medicações e da alimentação. E assim ocorria a interação dos profissionais de saúde com Rita: verificar o controle dos seus problemas de saúde, ajustar as medicações, orientar o cuidado de suas feridas e recomendar a adoção de hábitos de vida os mais saudáveis possíveis no intuito de evitar a progressão de seus problemas.

Por muitos motivos, inclusive a gravidade de seu estado clínico, Rita se vinculou fortemente com diversos profissionais, particularmente médicos, do sistema suplementar de saúde. E deposita esperança de que esses profissionais, a partir de seu conhecimento, possam ajudá-la a enfrentar esse sofrimento. Endocrinologistas, cardiologistas, nefrologistas, cirurgiões vasculares, angiologistas... a lista de especialidades pelas quais passou ou ainda passa é enorme.

É neste contexto que a equipe de SF buscava estabelecer estratégias para cuidar de Rita. E os problemas são evidentes. Havia uma saturação da equipe com o caso de Rita. Talvez por isso, a narrativa inicial com que me deparo era bastante negativa. O fato era que havia muita tensão na relação da equipe com Rita.

Rita, em seu intenso uso da rede suplementar, demandava da equipe, como já dito, apenas a dispensação de medicamentos, a realização de curativos, o monitoramento do estado de saúde por meio de alguns exames e intervenções pontuais em caso de agudização de seus problemas. As principais definições das estratégias de cuidado eram realizadas pelos médicos da rede suplementar. E neste contexto Rita claramente deslegitimava a equipe como fonte de cuidado.

Esta tensão entre a equipe de SF e a rede suplementar responsável pelo cuidado de Rita foi resolvida com uma espécie de anulação da equipe frente à complexidade dos problemas clínicos de Rita. “Já que Rita não aceita nossas intervenções, que os médicos particulares se ocupem disso e que ela os procure quando precisar” - era com essa chave que a equipe se relacionava com o caso de Rita.

Apesar disso, o vínculo e o sentido de responsabilidade sobre a saúde de Rita permaneciam. Não é a toa que o caso dela era frequentemente discutido nas reuniões de

equipe. Mas certo derrotismo havia dominado a cena. Afinal, já haviam tentado alertar a família para a importância de uma maior participação de seus membros no cuidado de Rita; já haviam perdido a conta das vezes que orientaram a maneira como Rita deveria se alimentar e usar as medicações; já não sabiam mais como orientar os cuidados com os pés de Rita; já não estavam mais com vontade de ouvir as expressões depreciativas com que Rita frequentemente se referia a eles; e já não sabiam mais como agir para que Rita alcançasse as metas de controle glicêmico estabelecidas pelos profissionais com base nos protocolos de atenção. Após anos de vínculo e inúmeras tentativas, já não sabiam se valia a pena tanto investimento de tempo e trabalho.

Mas, para além da tensa relação com a rede suplementar, o que se percebe é certa impotência da equipe em operar quando há disputa de projeto terapêutico, no caso com a própria usuária (rebelde!) e com a saúde suplementar. As disputas resultam em angústia e conflito.

Claro que há vários outros elementos explicando a valorização da saúde suplementar, mas é forçoso reconhecer que a equipe não operava nos encontros a partir da centralidade de Rita no cuidado. Mesmo tendo muitas informações sobre os problemas de Rita, a equipe não agenciava os encontros de forma a produzir uma potente circulação de afetos nessa relação, buscando, com Rita, saídas para a produção de sua vida. A equipe nem se colocava a possibilidade de operar enquanto força instituinte de formas mais inventivas de viver, de construir projetos terapêuticos de maneira compartilhada e contribuir para a promoção de maiores e mais intensas conexões de vida.

Ao contrário, a equipe mantinha uma pauta previamente definida para Rita. “É diabética? Tem que se alimentar direito, fazer exercício físico e tomar os remédios. Tem complicações da doença? Então essas mudanças precisam ser mais rigorosas. Não pode praticar atividade física? Então o cuidado com a alimentação e remédios precisa ser ainda mais intenso”. E Rita escapava destas tentativas de controle e disciplina resistindo às recomendações e construindo seu próprio modo de cuidar de si, o que incluía a possibilidade de piorar seu estado de saúde.

Eu também me atralhei nessa empreitada. Eu me abri para o encontro, mas tive dificuldade de manejar o arranjo construído por Rita. Durante o período de conexão mais forte com ela, fiquei muito tempo sem ter oportunidade de problematizar nossos

encontros. E isso produziu confusão e angústia. O que era mesmo que eu estava perseguindo? Solitariamente produzir a virada na vida de Rita a partir de uma intensa conexão? Produzir visibilidade para a produção de seu território de conexões existenciais? Não dá para produzir movimentos cartográficos sem se colocar em análise!!!

Daí, mudei de estratégia para a produção do campo e fui para outra unidade.

## **CAPÍTULO 4 - NOVAS ANDANÇAS: UM NOVO CENÁRIO PARA ME CONECTAR**

Após alguns meses acompanhando a US Verde, optamos (eu e a Laura) por explorar outro cenário com outras estratégias de aproximação.

Vivi naquele momento um forte desconforto sobre o que estava emergindo da convivência deste com os profissionais e Rita (caso traçador). Não saía de minha cabeça o que Merhy havia dito na qualificação deste trabalho: “Não faça de seu trabalho mais um instrumento de opressão sobre as equipes”. Não lembro se a frase era exatamente essa - provavelmente não. O que importa é que foi esta ideia que me mobilizou profundamente durante todo o trabalho de campo e escrita da tese.

Afinal, a Saúde da Família é uma estratégia da qual eu compartilhava e alcançou, como já dito, resultados relevantes. Além disso, o sistema público de saúde brasileiro, incluindo a SF, vive sob constante ataque de forças políticas que buscam fragilizá-lo de forma a atender interesses políticos e econômicos que ferem princípios constitucionais que exigiram muita luta para serem inscritos. Por algum motivo, naquele momento do trabalho, apresentar o que vivi junto das equipes daquele serviço - relatado no capítulo anterior - me fazia sentir como se estivesse jogando ainda mais pedra em um sistema já combalido.

Como já mencionei, a relação com Rita havia saturado e não estava conseguindo produzir outros caminhos interessantes junto a ela e a equipe. Precisava respirar novos ares, produzir outras relações. Mas é importante frisar: isso não significava interromper as visitas a Rita. Isso implicaria em romper com todos os princípios que norteiam este trabalho. Pelo contrário, as visitas continuaram, até que após alguns meses a própria Rita começou a colocar algumas barreiras às minhas idas a sua casa e elas foram ficando naturalmente cada vez mais escassas.

A escolha de outra unidade não foi difícil. Como ocorria com a US Verde, eu já tinha relações com os profissionais da unidade e já conhecia relativamente bem os processos de trabalho e as equipes de saúde. Por outro lado, algo chamava a atenção para esta USF: havia certo consenso entre as unidades de Vitória e a própria gestão de que a US Azul era uma das poucas unidades que fazia “Saúde da Família de verdade” dada a riqueza de ações coletivas, de “prevenção e promoção da saúde”, realizadas pelos

profissionais tanto na própria US quanto em instituições do território. Era então uma boa oportunidade de conviver com equipes que exploravam com maior intensidade outras possibilidades de encontro com os usuários e entender como construíam os processos de trabalho e o cuidado com pessoas com diabetes.

A oferta foi feita e prontamente aceita pela direção da USF e por uma de suas 5 equipes, embora o trabalho de campo nesta USF tenha atravessado em alguma medida boa parte destas equipes. O percurso foi semelhante: frequentei semanalmente as reuniões da equipe; participei de inúmeras consultas médicas e de enfermagem; mantive conversas informais com vários profissionais do serviço; participei ativamente de dois grupos constituídos por profissionais da equipe e de apoio; fui ao território inúmeras vezes (algo que não fiz tão intensamente no primeiro serviço observado); fiz visitas domiciliares; solicitei casos à equipe, que participou ativamente do debate; entrevistei onze usuários indicados pela equipe; participei de reuniões com a direção da unidade e com equipes de matriciamento; participei de orientações de estudantes de medicina junto com a médica da equipe; etc. É possível dizer que foram meses intensos de convívio com os profissionais.

Optei então em apresentar elementos deste produtivo trabalho de campo na US Azul da seguinte maneira. Inicialmente, discutirei com profundidade a principal ferramenta utilizada pela equipe no cuidado de pessoas com diabetes, ou seja, os grupos HiperDia, cuja organização é bem rigorosa. Entra nessa parte também uma discussão sobre os demais grupos realizados no serviço por outros profissionais.

Depois, apresentarei reflexões a partir da entrevista com o profissional médico da equipe. Isto se justifica pela riqueza deste material e pelo fato deste profissional ter ocupado uma posição central na definição dos casos. Esta entrevista reafirma elementos recolhidos a partir da observação em relação aos modos como a equipe estrutura seus processos de trabalho e opera o cuidado junto aos usuários com diabetes.

Numa terceira parte, serão trabalhadas algumas entrevistas com usuários escolhidos como usuários a serem conhecidos em profundidade.

Do conjunto dessas reflexões, busquei traçar um panorama dos dispositivos de saber-poder agenciados no cotidiano dos encontros dos profissionais com os usuários.



## OS GRUPOS COMO DISPOSITIVOS DE DISCIPLINARIZAÇÃO E CONTROLE DOS CORPOS

A principal ferramenta que a equipe utiliza no cuidado das pessoas com diagnóstico de HAS e DM no território é a atividade de grupo, nomeada pelos profissionais como “*Grupo HiperDia*”. Há um turno de trabalho por semana dedicado à realização destes grupos, normalmente ocorrendo nas quartas-feiras pela manhã. De uma forma geral, cada semana é dedicada a uma ou duas microáreas do território. Assim, o local de realização dos grupos varia de acordo com a população a ser atendida, optando-se por estruturas localizadas na microárea, em locais de fácil acesso para as pessoas, sendo que geralmente as atividades são realizadas em duas igrejas católicas, no salão da Associação de Moradores do bairro ou no auditório da própria Unidade de Saúde. Os ACS são os responsáveis por convidar as pessoas.

A equipe dispõe de um cadastro onde estão listadas pessoas com diagnóstico de HAS e DM que residem no território. Este cadastro teoricamente deveria abranger todas as pessoas com este diagnóstico, servindo como instrumento de planejamento das ações da equipe no território e alimentação de sistemas de informação da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde. Contudo, durante o trabalho de campo foram observadas diversas situações onde ficou evidente que esse nível de controle não era alcançado: os ACS não conseguiam cadastrar todas as pessoas com HAS e DM do território; muitas pessoas cadastradas não eram acompanhadas pela equipe de saúde; e na prática a equipe incorporava no processo de organização dos grupos HiperDia aquelas pessoas que mantinham de alguma forma o acompanhamento na US. Todos esses fatores significam que o cadastro contemplava apenas uma fração, não mensurável no momento, das pessoas com HAS e DM no território. E este cadastro é utilizado pela equipe para organizar seus grupos HiperDia, organizando a quantidade aproximada de pessoas que seriam convidadas e a quantidade de grupos necessários para atender a todos.

Além deste cadastro, a equipe utiliza com frequência os dados da farmácia da US. Após a informatização do serviço, tornou-se possível verificar rapidamente a utilização dos medicamentos prescritos a partir da quantidade de medicamento que as pessoas pegam na unidade. Por exemplo, uma pessoa que usa uma medicação como a hidroclorotiazida uma vez por dia pegará trinta comprimidos por mês na farmácia. Sua receita, caso seus

níveis pressóricos estejam controlados ou em níveis não considerados graves pela médica, valerá para três meses. Assim, a equipe conseguirá monitorar, através da data e do número de comprimidos dispensados para essa pessoa, se a mesma está procurando como esperado o serviço para adquirir as medicações e se o momento de renovar a receita está próximo. Estas informações serão utilizadas pelos profissionais para avaliar indiretamente e parcialmente o grau de adesão ao tratamento e para definir o momento certo para que essa pessoa seja convidada para participar do grupo HiperDia de sua microárea. Desta forma, a equipe consegue renovar as receitas no próprio grupo e evita a busca do serviço em outros momentos para esse fim.

Aliás, o objetivo do grupo HiperDia é acompanhar as pessoas com diagnóstico de HAS e DM do território e esse acompanhamento inclui a educação em saúde, o monitoramento clínico do problema do usuário, a solicitação de exames de rotina conforme protocolos e a renovação das receitas. A própria organização das atividades durante cada sessão do grupo é sugestiva disso.

A seguir serão discutidas com maior profundidade as ações realizadas nos grupos, mas é possível adiantar que cada dia de reunião é dividido em duas partes principais: uma palestra ou breve discussão sobre tema afim, principalmente alimentação; e uma consulta com a médica e a enfermeira da equipe, quando as pessoas podem relatar algumas questões sobre o enfrentamento dessas condições e são atualizados os exames laboratoriais e as receitas. Portanto, a equipe opera os grupos numa lógica na qual se torna possível tanto trabalhar as temáticas digamos “tradicionais” do manejo da HAS e DM (alimentação, atividade física, controle de peso, etc) para um número maior de pessoas, quanto otimizar o que em um primeiro momento podemos chamar de “tarefas burocráticas” desse mesmo manejo, quer dizer, o seguimento de rotina feito com os exames laboratoriais e a renovação das receitas médicas.

A renovação de receitas médicas para pessoas com doenças crônicas como HAS e DM gera muita tensão e conflito na equipe - e não apenas nesta, mas de uma forma geral é algo que mobiliza grandes esforços de todos os que atuam na ESF não apenas na atenção a usuários com esses problemas, mas também outros (SILVEIRA, 2012; MAFFACCIOLLI e LOPES, 2011; MANFROI e OLIVEIRA, 2006). Seria possível reduzir a frequência de algumas pessoas com HAS e DM nos serviços em busca de consulta médica e de enfermagem, mas a necessidade de solicitar nova receita médica

para apresentação nas farmácias das unidades de saúde após determinado período, mesmo que não haja nenhuma modificação nas condutas adotadas pelos profissionais, produz uma demanda por atendimento que pode contribuir com a sobrecarga de trabalho e a dificuldade de acesso à APS (MANFROI e OLIVEIRA, 2006).

Geralmente, a equipe precisa renovar a receita de cada pessoa em períodos de três em três meses, exceto nos casos mais graves em que são necessárias alterações de conduta mais frequentes. Neste sentido, é sabido que muitas equipes de saúde optam pela realização de grupos HiperDia com o intuito de, dentre outras coisas, ter um momento coletivo para renovar suas receitas. Na verdade, frequentemente é esse objetivo que molda o grupo e a relação da equipe com essas pessoas (MAFFACCIOLLI e LOPES, 2011; MANFROI e OLIVEIRA, 2006).

Voltando à organização do grupo HiperDia pela equipe, esta utiliza o cadastro das pessoas com HAS e DM e as informações geradas na farmácia da US, bem como informações gerais do prontuário clínico de cada pessoa, para organizar os convites a serem realizados pelos ACS às pessoas que já estão com prazo de renovação de receita médica por vencer ou que precisam realizar nova bateria de exames laboratoriais - normalmente estes dois critérios são utilizados em conjunto. Além disso, os ACS fazem o convite para toda a população, já que o grupo é aberto aos interessados, embora não se tenha observado nenhum participante que não pudesse ser incluído dentro dos critérios citados acima durante o trabalho de campo.

De posse dos dados do cadastro do HiperDia, da dispensação de medicamentos da farmácia e do prontuário clínico, a equipe (principalmente a médica) se reúne rapidamente entre os intervalos das consultas para definir as pessoas que serão prioridades no próximo grupo HiperDia e imprimir receitas e pedidos de exames.

Esse é um momento importante: como já dito, a unidade de saúde é informatizada, o que permite grande agilidade no processo de formulação e impressão das receitas e pedidos de exame. No prontuário de cada pessoa identificada como apresentando necessidade de reavaliação no grupo HiperDia, a médica tem a sua disposição uma cópia de receitas anteriores, sendo facilmente atualizável para o atual momento. A lista de exames também é facilmente construída com o auxílio do prontuário eletrônico: hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada, creatinina, ureia, ácido úrico, colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicérides, potássio e sódio são os principais

exames que compõem essa lista anual a ser solicitada para cada pessoa acompanhada no HiperDia. Desta forma, no dia da realização dos grupos HiperDia, a equipe já chega no local com todos os papéis preenchidos (receita e solicitação de exames), o que não impede de serem realizadas atualizações de medicamentos, dosagens, posologias, exames complementares ou encaminhamentos a outros serviços de saúde de acordo com a necessidade identificada durante as consultas realizadas durante o grupo.

Neste sentido, o momento de planejamento de cada grupo é central para a equipe, pois é quando se recuperam e se articulam informações de cadastros populacionais, de produção da unidade de saúde (no caso, dispensação de medicamentos) e individuais oriundas de prontuários clínicos.

Também é importante destacar que nesse momento de planejamento os profissionais presentes, em geral a médica (sempre), a enfermeira (ocasionalmente) e o ACS (sempre), trocam uma série de informações sobre as pessoas que serão convidadas a participarem do grupo HiperDia, informações estas produzidas nos encontros cotidianos entre os profissionais e as pessoas (consultas, visitas domiciliares, grupos anteriores, etc). Os ACS fazem comentários sobre o acompanhamento mensal nas visitas domiciliares, não sobre todas as pessoas, mas naqueles casos que julga necessário. A médica e ocasionalmente a enfermeira também já reforçam algumas ideias gerais sobre cada pessoa e sugerem algumas condutas a serem tomadas pelo ACS, como dar maior ênfase nos convites feitos a pessoas que estão enfrentando dificuldades de adesão ao tratamento ou que estão com alguns parâmetros “descompensados” ou “descontrolados” - por exemplo, pressão arterial, glicemia, colesterol, etc.

Por exemplo, em uma reunião para planejamento de um grupo HiperDia, observou-se o seguinte comentário:

*[Encontro realizado no próprio consultório, no final de um turno de atendimento, quando a ACS havia retornado para bater ponto e concluir suas anotações].*

**Médico** - *[Enquanto faz as receitas e os pedidos de exame no computador].* Sr. João está com a glicose e com a PA lá em cima. Já mexi no remédio, mas ele não faz a dieta direito. Só o remédio não dá conta disso. Falei com ele no último grupo que assim não vai ter jeito. Fala com ele que eu quero ver ele no grupo, que ele não pode faltar.

**ACS** - Hum, esse é difícil. Pode deixar que falo com ele. Esses dias eu vi ele lá no bar tomando umas.

**Médico** - Vê se pode isso, gente! Fala com ele que se ele não for lá, eu não vou trocar a receita depois e nem vou marcar consulta. Aí ele vai se virar na demanda [*quer dizer, perde a prioridade conferida às pessoas que se encaixam no HiperDia e entra na rotina de marcação de consulta estabelecida para a população em geral, o que significa enfrentar longas filas e falta de vagas*] ou vai esperar o próximo grupo [*importante destacar que, apesar das ameaças, ocasionalmente essa rotina é flexibilizada diante dos pedidos dos próprios usuários ou da ACS*].

**ACS** - Pode deixar.

É perceptível que a equipe produz muita informação sobre as pessoas em seu cotidiano de trabalho, construindo narrativas que de certa maneira serão agenciadas no encontro estabelecido no grupo.

Abaixo, faço uma descrição detalhada de uma reunião típica desse grupo.

Era quarta-feira de manhã, dia de sol, estava muito quente, típico do período. A equipe combina de sair da unidade em direção ao local do grupo um pouco antes das oito horas da manhã [*o turno de trabalho começa às sete horas para a maioria dos profissionais*]. A enfermeira, a técnica de enfermagem e alguns estudantes do curso de enfermagem e de medicina da universidade separam o material que será utilizado: data-show, os materiais que serão utilizados durante a discussão do tema do dia, as receitas médicas e os pedidos de exame preparados nos dias anteriores pela médica da equipe, balança, esfigmomanômetro e outros materiais. Na hora combinada, seguimos a pé para a Associação de Moradores do Bairro Vista Linda, local onde seria realizado o grupo naquele dia. Este local fica no alto do morro do Vista Linda, a uma distância de aproximadamente 15 a 20 minutos de caminhada, e é utilizado normalmente pela equipe para a realização do grupo HiperDia que atende uma microárea do território. Metade do trajeto até a associação é feito de escadarias. Como todos estão de jaleco e o calor é intenso, são feitas várias paradas para descanso. A chegada ao local é tranquila. Algumas pessoas já esperavam do lado de fora. O local já estava aberto. Todos já sabem suas funções, que são executadas com rapidez e desenvoltura. A técnica de enfermagem organiza, junto com uma estudante, a mesa onde será realizado o acolhimento das pessoas, que basicamente consiste na identificação da pessoa (nome, número da família, etc) e na aferição da pressão arterial, glicemia capilar e peso corporal. Outros estudantes

e a enfermeira organizam as cadeiras e bancos onde as pessoas se sentarão e as mesas onde serão realizados os atendimentos que ocorrem após a palestra. Dois estudantes montam o computador e o data-show e preparam a apresentação que será feita. Após poucos minutos o cenário está pronto: mesa de acolhimento próxima à porta de entrada; cadeiras e bancos no meio do salão, direcionados para a parede lateral onde está projetada a apresentação; mesas e algumas cadeiras dispostas lado a lado no fundo da sala. Estudantes de enfermagem auxiliam a técnica de enfermagem. Estudantes de medicina ficam responsáveis pela apresentação, que foi orientada pela médica da equipe. A enfermeira organiza os papéis nas mesas de atendimento. As pessoas começam a serem chamadas segundo a ordem de chegada. A agente comunitária de saúde fica responsável por organizar essa fila inicial de pessoas para o acolhimento. Durante essa interação, acaba levantando uma série de demandas expostas pelas pessoas: receitas, consultas, resultados de exames, solicitação de visitas domiciliares, demandas para a farmácia da unidade, escuta de pequenos relatos das pessoas, geralmente sobre adoecimentos recentes. Rapidamente a fila inicial se esgota e as pessoas se encontram dispostas nas cadeiras e bancos, de frente para a parede de projeção, uma fila atrás da outra, em um total de 3 fileiras. No total, estão presentes doze pessoas. A maioria é idosa. Algumas são mulheres de uma faixa etária de 40 a 60 anos de idade. Com uma dessas mulheres, encontram-se duas crianças. No decorrer do grupo, algumas pessoas chegam, falam rapidamente com a ACS, fazem suas demandas (consultas, exames) e saem. Outras três pessoas chegam após a palestra, no momento do atendimento. A médica ainda não chegou. Normalmente ela chega uma hora após o início do grupo. Nesse período, ela faz consultas na unidade (demanda espontânea). A palestra começa. Todos os profissionais e estudantes se aglomeram próximo ao local da projeção dos slides ou ficam em pé nas laterais. O tema é apresentado: alimentação saudável. A ideia era discutir com os presentes “o açúcar que estava escondido nos alimentos”. Após a breve apresentação sobre o tema, uma pessoa saiu do recinto e não retornou. A apresentação consistiu numa passagem pelos alimentos mais comuns consumidos em cada refeição - café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar - discutindo-se o quanto de açúcar cada alimento continha. A cada slide discutido, contendo uma lista de alimentos e a quantidade de açúcar que cada um carregava, a apresentadora abria uma breve discussão com os presentes, questionando quais dos alimentos expostos eram mais consumidos por eles. Com base nas respostas (e em alguns momentos com base na opinião da própria apresentadora, já que as pessoas relutavam em falar e indicar os alimentos mais consumidos por eles em cada refeição), a apresentadora montava uma

refeição teoricamente típica daquelas pessoas. Por exemplo, após o slide que listava alimentos comuns do café da manhã, chegou-se a uma refeição composta por uma xícara de café com leite e um pão com manteiga. Com essa informação, a apresentadora calculava a quantidade aproximada de açúcar que esses alimentos tinham com base na lista apresentada nos slides, pegava um pote contendo açúcar refinado e adicionava a quantidade calculada em uma jarra que estava exposta sobre a mesa. Para cada “pão de sal” consumido, eram adicionadas duas colheres e meia de açúcar na jarra. Nesses momentos, algumas poucas pessoas faziam comentários ilustrando o que faziam em seu cotidiano, como por exemplo: “Meu marido toma café com adoçante. Ele parou de tomar café com açúcar”. A cada manifestação, pequenos comentários eram feitos pela apresentadora e pelos demais profissionais presentes, principalmente a enfermeira. Tais comentários destinavam-se a reforçar ou desencorajar determinadas ideias e práticas expostas. Por exemplo, uma mulher fez o seguinte comentário: “Minha filha comia três pães quando estava grávida. Agora come dois”. Seguiu-se o comentário de um profissional: “Ah tá, agora reduziu, né?!?! É isso mesmo, tá certo”. Ainda no slide sobre o café da manhã, foi interessante notar que causou certa comoção a apresentação da quantidade de açúcar que uma unidade de Toddynho® tem. O exemplo foi: “uma pessoa que toma um Toddynho® por dia durante um mês terá ingerido 870 gramas de açúcar”. Foram muitas as expressões de incredulidade e novidade, que eram seguidas por um reforço dos profissionais presentes de que esses alimentos eram inadequados para o consumo, principalmente para aqueles que tinham hipertensão arterial e diabetes mellitus. A apresentação seguiu com a mesma estrutura e foram observados diversos momentos interessantes. Quando se discutia o almoço, a apresentadora disse: “Tanto o arroz quanto o macarrão têm açúcar. Olha aqui quanto de açúcar tem nesses alimentos. Por isso não pode comer os dois juntos, principalmente quem tem diabetes. Entenderam? A gente tem que evitar isso. Não pode!”. Alguns se manifestaram: “Não pode mesmo, não! Eu evito”; “Tá certo. É isso mesmo”; “Eu não sabia disso, não. Eu achava que só tinha açúcar na comida doce. Nunca imaginei que tinha açúcar na comida de sal”. Em outro momento, quando se discutia o jantar, citou-se o macarrão instantâneo (Miojo®). Fez-se um breve discurso sobre o quanto era inadequado esse alimento para as pessoas ali presentes por causa da grande quantidade de sódio e açúcar que ele continha. De uma forma incomum até aquele momento, uma pessoa afirmou: “Vixe, Maria. Adoro comer isso!!!”. Seguiram-se alguns risos de outras pessoas e novos comentários: “Nossa! Eu também!”; “Adoro!”; “Eu coloco outras coisas no Miojo®. Coloco feijão, uma carne de vez em quando. Fica ótimo”; “Eu também

faço isso”; “Eu comia muito isso. Mas parei”; “Eu tô tentando parar também”. De uma forma geral, esse foi o único momento em que as pessoas resignificaram o que havia sido exposto, abandonando o tom de espanto em relação à informação transmitida e conferindo ao alimento uma positividade e um sentido ausente na apresentação. Ao final da apresentação, avaliou-se a jarra: um terço aproximadamente de açúcar. Obviamente a quantidade de açúcar foi exagerada frente aos alimentos listados em todas as refeições. Mas o simbolismo ilustrava uma mensagem que verbalmente era evidente: “Viram gente a quantidade de açúcar que a gente ingere? O que vocês acharam? Assustador né? Olha a quantidade de açúcar!!!”. Neste momento a reação foi a esperada: “assustador mesmo!”, disse uma senhora que se manifestou pela primeira vez. De resto, fez-se silêncio. O último slide da apresentação reforçou o discurso. Tratava-se de um cubo de açúcar e uma frase que dizia: “Mata mais gente que o cigarro”. Encerrada a apresentação, sinalizou-se para o início dos atendimentos. Era nítida a ansiedade pelos atendimentos. Com frequência, algumas pessoas perguntavam à enfermeira se a médica não iria naquele dia. A presença dela visivelmente acalmou as pessoas. Neste momento a configuração da sala mudou. Sai de cena o data-show e o computador, entram duas mesas grandes ocupadas pela médica, pela enfermeira e pelos estudantes, que acompanhavam as consultas. Seguia-se a ordem de chegada definida pelas senhas distribuídas pela ACS. Esta também organizava a chamada das pessoas para a consulta. Tudo ocorria no mesmo espaço: as pessoas continuavam sentadas nas cadeiras e bancos enfileirados, cuja distancia para as mesas de atendimento era muito pequena. Era possível todos ouvirem o que todo mundo falava. Duas pessoas por vez eram atendidas, uma pela enfermeira, outra pela médica. A consulta era rápida e centrada na revisão do controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus (pressão arterial, glicemia capilar e peso corporal) e da adesão às orientações sobre prática de atividade física e alimentação, na renovação das receitas e na solicitação dos exames laboratoriais quando pertinentes. Isso tudo levava em média cinco a dez minutos, não mais do que isso. Contudo, é interessante notar que, apesar da normatização das consultas no grupo, as pessoas apresentam demandas de variadas ordens: uma dor no tornozelo há uma semana, uma tontura, uma lesão na pele, uma sensação estranha de mal estar. Estas demandas produziam uma tensão dentro do roteiro previamente estabelecido para a consulta e a todo o instante os profissionais lembravam as pessoas que ali estavam para abordar a HAS e o DM; outras questões deveriam ser tratadas na consulta regular feita na unidade de saúde; também frisavam o fato de que ali não havia estrutura adequada para uma consulta “de verdade”. É óbvio que nem sempre isso



era efetivo: demandas insistiam em aparecer e algumas delas eram resolvidas ali após uma breve negociação; em outras situações, instaurava-se um conflito resolvido geralmente com a enunciação do objetivo do HiperDia. Outro fato interessante desse momento de consultas ocorria quando o médico e a enfermeira discutiam os problemas das pessoas. Como estavam sentados um ao lado do outro, essa troca de informações e produção de projeto terapêutico ocorria naturalmente. Na prática, ambos atendiam todas as pessoas, mesmo que um deles presidisse a consulta. Contudo, chama a atenção para a falta de privacidade nos atendimentos. Em alguns momentos, as pessoas chegavam a comentar o que ouviram da consulta de um conhecido: “Tomou esporro, né! Toma jeito e vai se alimentar direito [risos]”, dizia uma senhora para sua vizinha após a consulta desta. Essa situação não parecia incomodar. Durante os atendimentos, as pessoas que ainda aguardavam conversavam sobre suas tarefas do dia (fazer almoço, lavar roupa, limpar a casa, ir ao comércio local, levar ou buscar alguém na escola, ir ao banco, etc), sobre alguns pontos da palestra (p. ex.: alimentos que deixaram de consumir depois que descobriu a hipertensão arterial ou o diabetes mellitus) ou sobre algum fato da rotina do bairro (a morte de alguém da comunidade, uma notícia recente, etc). A ACS interagia bastante com as pessoas, questionando sobre o uso dos medicamentos, a frequência na unidade de saúde ou o controle da pressão arterial e da glicemia. Destaca-se que o discurso da ACS era muito semelhante ao dos demais profissionais. Encerradas as consultas, rapidamente os materiais eram reorganizados, a sala arrumada e ocorria o retorno à unidade de saúde. Havia se passado três horas desde a chegada à AMBJ.

As demais reuniões do grupo HiperDia observadas seguiram, em linhas gerais, a mesma estruturação. As temáticas discutidas no momento inicial do grupo giram em torno dos elementos centrais do controle da HAS e do DM, ou seja, atividade física, alimentação e controle de peso. Algumas vezes, o grupo aconteceu sem alguma de suas etapas, principalmente as palestras. Os motivos foram variados: não houve preparação de uma fala estruturada; havia a intenção de realizar uma atividade mais rápida em decorrência de outros compromissos; número de participantes pequeno, etc. Nesses dias sem palestras, não foram observadas outras estratégias de discussão dessas temáticas com os presentes.

A presença dos usuários nos grupos é algo que preocupa a equipe. Pelos relatos, a frequência vem se reduzindo significativamente ao longo dos anos em que o grupo é realizado. Não observei nenhuma problematização ou debate por parte da equipe sobre

os motivos que levaram as pessoas a buscarem menos esse espaço de atenção. Pareceu-me que os profissionais haviam atingido certa “zona de conforto” com essa prática. Contudo, um dos profissionais da equipe, em diversos momentos, manifestou desconforto com os rumos que os grupos tinham tomado na Unidade de Saúde. Na sua visão, os grupos se tornaram burocráticos e excessivamente centrados na normatização de condutas e estilos de vida. Mas na opinião desse mesmo profissional, essa percepção não é compartilhada pelo restante da equipe. Segue um relato dele que ilustra essas questões:

Semana passada, a estudante da psicologia que nos acompanha ajudou no grupo dos homens. Ela estava conduzindo o grupo e eu acompanhava. A gente fez um planejamento do mês e a ideia era ver o que tinha sido legal e o que tinha sido difícil para os homens nesse tempo de grupo. A gente queria sair um pouco da rotina. Aí no encontro da semana passada a estagiária lançou uma pergunta pra eles falarem: a ideia era trabalhar um pouco essa concepção de grupo que eles tem, esse entendimento. E estava fluindo. Fluiu, fluiu, fluiu. Daí que [*outra profissional que também participa do grupo*] chegou no grupo, pegou a história pela metade e começou a falar. E uma coisa que era pro grupo foi se tornando individual. "E você, eu quero que você fale". Parou de se falar do grupo e no final das contas acabou caindo na limitação. As pessoas sempre falam assim: "ah tem um grupo em Azul, não sei o quê". Mas a gente precisa dar um salto qualitativo na forma como esses grupos funcionam, porque senão vai virar uma reunião com apenas um “juntar pessoas no mesmo espaço e chamar aquilo de grupo”. Porque não está acontecendo, está deixando a desejar, está virando algo opressor. E ai, foi muito legal. No grupo dos homens, tem um senhor que é o mais velho lá e ele falou. Entrou numa discussão do por que as pessoas não vem, do porque faz o convite e elas não vem. Daí ele falou: "Ah tem muitos que falam que não querem vir pro grupo porque sabe que vai ser cobrado quando chegar lá". E aí comecei explorar essa questão. Aí perguntei aos outros: “Vocês já viram isso acontecer também com outras pessoas?”. Ai um falou: "Vi, teve mais gente que falou isso também". E foi muito interessante. Aí comentamos: "Vocês se sentem cobrados? Como é que é isso? É uma cobrança do grupo ou é uma cobrança que vem do imaginário que o serviço de saúde representa para vocês?". E tem essa coisa: qualquer coisa que as pessoas vêm fazer aqui... tem essa sensação de que estão sendo cobrados, na medicação, na consulta médica, na marcação de especialidades. Eu acho que o serviço em si, não só o grupo, as pessoas que vão acessar já tem essa ideia: "ah, eu

bebi, vão reclamar porque eu bebi"; "eu tô acima do peso, tenho pressão alta, vão me cobrar porque eu não tô fazendo uma atividade física"; "eu perdi o meu cartão e vão me dá esporro porque eu não podia ter perdido, molhou na chuva e não era pra ter molhado na chuva". Então, são diversas situações.

A ideia inicial era que os grupos oferecessem alternativas para os múltiplos problemas que as pessoas apresentavam para os profissionais. A leitura é que as consultas médicas e de enfermagem não davam conta dessa demanda, geralmente envolvendo problemas clínicos atravessados por complexas questões de ordem psicossocial. Atrelado a isso, percebiam a necessidade de romper com processos de trabalho médico-centrados restritos aos aspectos biológicos de diagnóstico, tratamento e monitoramento de doenças. Os grupos passaram a compor a caixa de ferramentas das equipes e ao longo do tempo foram sendo produzidas diversas iniciativas.

**Médico** - A maioria aí a gente vê que a baixa adesão é por alguma visão, algum mito, é cultural, que eles têm informações erradas da doença ou por impotência ou conflito com algum filho ou prisão de filho ou violência no morro. Tem sempre a parte psicológica extremamente afetada e aí eu não tenho como mexer com isso, no máximo uma conversa e tentar algumas soluções junto com o próprio paciente, mas eu não sou psicóloga. Como o exemplo da Creusa. Ela nunca tocou no assunto [*filha está presa e Creusa não relatou o fato para Elis durante consultas. Relato tempo depois no grupo Mais Saúde, descrito abaixo*], a gente sabia que a não adesão tinha alguma coisa a ver com o ambiente familiar. Não entrava na cabeça, dependia dela. Então eu convidei para o grupo pra ver se eu tinha outro acesso pra ver essas coisas. Bater de frente, dizer "não você tem que fazer, isso, isso e isso", não adianta. Hoje, já tem alguns meses que ela tá vindo no grupo. A última vez, há um mês atrás, ela soltou aquela da filha presa e aí com a sua visita ela acabou falando também. Eu vejo um avanço da Creusa. É uma experiência de convívio mesmo. A gente acaba ficando mais íntimo da pessoa, é como se fosse uma pessoa amiga. O que eu posso fazer é te escutar e de alguma forma amenizar. As vezes eu não consigo solução nenhuma daquele problema dela. Então a gente tem esse acesso ao que tá ao redor dela e tenta ver essa parte mais emocional, mas acaba sendo meio capenga porque é mais uma escuta, mais direcionada pra amenizar uma dor dela, algum problema familiar. A gente não tem solução para um monte de coisa, mas por a gente estar próximo, ela sente um apoio maior e isso é a única coisa que a gente consegue fazer. E eu no consultório, se eu me concentrar só em consultório, eu não sei o que realmente acontece com aquele paciente. É cômodo,

mas eu acabo não sabendo. Porque o paciente dentro de consultório é um, o paciente fora de consultório é outro, ele não te conta nada. Nada, nada, nada. Por isso que eu acho importantíssimo o Mais Saúde. Eles me veem de uma forma totalmente diferente. Eu com toca na cabeça, cozinhando, fazendo alguma atividade física com eles, eu sou uma pessoa normal, eles tem um pouquinho mais de liberdade de falar, independente do que a gente tá fazendo ali. É como se eles conhecessem mais, é como se fosse amigos mesmo. Mal sabem eles que a gente tá vigiando, que é algo vigiado e que a gente tá observando em termo de comportamento.

O grupo HiperDia é um dos mais antigos da unidade, junto com o grupo voltado para as gestantes. O HiperDia fica a cargo de cada equipe realizar ou não o seu e definir a metodologia mais adequada. Outros grupos são feitos sem limitações por equipe; geralmente duplas de profissionais de saúde coordenam grupos voltados para os idosos, para a abordagem de saúde mental, voltados para os homens e um grupo voltado para pessoas hipertensas e diabéticas, mas em uma perspectiva diferente à do HiperDia.

Essa organização de grupos variados nessa unidade é tida como modelo para outros serviços: quando se fala em promoção da saúde em reuniões da gestão ou de equipes de saúde de outros serviços, frequentemente a US Azul é citada como modelo a ser seguido. Para muitos, essa é a única unidade de saúde que consegue de fato realizar promoção da saúde em uma perspectiva não centrada na doença.

A crítica feita por um dos profissionais da equipe observada neste trabalho demonstra uma tensão nessa estratégia de cuidado. Por um lado, os grupos possibilitam uma maior abertura para o mundo da vida da pessoa, buscando abordar questões que não se restringem apenas aos aspectos biológicos do adoecimento. É interessante notar que em uma conversa informal, feita em um momento de descanso de duas médicas e algumas outras pessoas, incluindo estudantes, a médica que coordena o grupo voltado para os idosos - “Melhor Idade” - disse que as reuniões semanais eram, para muitos dos participantes, o único instante na vida em que era possível esquecer os inúmeros problemas familiares, sociais e de saúde que sofriam. Ali, as pessoas podiam conversar, dançar, rir, participar de jogos, realizar trabalhos artesanais e planejar e participar de passeios e festas. E isso tudo tinha profunda ligação com a saúde, segundo seus dizeres.

No grupo voltado para os homens, coordenado por dois profissionais, operava-se na perspectiva de discutir temas prevalentes na pauta da saúde pública, como tabagismo,

etilismo, prevenção de câncer de próstata, hipertensão arterial e diabetes mellitus, dentre outros. Mas também incluía em suas atividades jogo de futebol (uma vez por mês), passeios (quando possível) e outras atividades lúdicas.

No grupo Mais Saúde, em que a maior parte dos participantes é de mulheres que possuem algum fator de risco para doença cardiovascular (obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, etc), são realizadas palestras mensais sobre os temas tradicionais de prevenção e manejo desses problemas intercaladas com sessões de ioga e de alongamento, de preparação de alimentos saudáveis (a médica prepara uma receita durante o grupo uma vez por mês) e oficinas de artesanato para as interessadas.

Esses grupos também criam oportunidade para que as pessoas troquem informações e ideias de maneira informal, em conversas paralelas feitas nos intervalos ou nos momentos de espera por alguma atividade. Por exemplo, em um grupo HiperDia, observei a seguinte cena entre usuários que esperavam pela consulta médica ou de enfermagem:

Uma mulher aparentando aproximadamente cinquenta anos comentou com outras pessoas ao seu redor que tinha assistido na TV um programa que comentava um estudo que demonstrou que “a água de quiabo era bom para reduzir a glicose no sangue”. Comentou também que os resultados definitivos desse estudo ainda não estavam liberados para o público. Duas pessoas se interessaram pelo comentário e um diálogo teve início:

- Mas isso é remédio natural, né?

- É. Mas eu confio mais nesses remédios naturais do que nesses que eles [apontou para a médica] dão para a gente aqui na unidade. Esses remédios é que matam a gente.

- É mesmo. Concordo!

Embora esse diálogo não tenha alcançado todos os presentes [a maioria das pessoas não se interessou pelo assunto], é comum esse tipo de troca de informações durante as reuniões dos grupos. Geralmente essas conversas não ganham a atenção dos profissionais responsáveis pelo grupo, ficando restritas aos espaços informais e brechas durante as atividades.

Por outro lado, tomando como exemplo o grupo HiperDia, essa ativa produção de alternativas às práticas de saúde hegemonicamente orientadas pela biomedicina

(ALVES e NUNES, 2006) convive com dispositivos disciplinares, normativos e medicalizantes. As palestras, cujo exemplo foi dado anteriormente, são exemplos disto. Na prática, a angústia dos participantes quando não encontram a médica no grupo HiperDia, a ansiedade pelo momento da consulta quando enfim poderão ser renovadas as receitas e os pedidos de exame e a própria dinâmica das consultas realizadas também sugerem que as práticas alternativas não tenham a potência necessária para de fato reorientar práticas, discursos e saberes.

Uma das cenas mais dramáticas observadas no período de estudo segue descrita abaixo:

Neste dia, o grupo HiperDia ocorreu em uma Igreja Católica do bairro Azul. O acesso a esse local é fácil. A igreja não fica no alto do morro. Ruas amplas, asfalto, terreno relativamente plano e a facilidade de acesso [*todos os profissionais e estudantes chegam na unidade de carro próprio, com exceção do ACS, que mora perto*] ilustram a heterogeneidade do território. Poucas pessoas comparecem nesse dia. Chovia um pouco. A rotina é seguida: acolhimento com aferição de pressão arterial, peso e glicemia capilar; todos os presentes sentados em um semicírculo voltado para as pessoas que executariam a palestra [*sobre alimentação saudável - quais os impactos na saúde de uma alimentação incorreta*]; mesa que normalmente é utilizada como altar nas celebrações da igreja passa a se configurar como o local das consultas da médica e da enfermeira, disposta no centro do salão. As pessoas já demonstram conhecer a rotina: poucas orientações dos ACS são necessárias. Ao final, resta um senhor para ser atendido. Todos já haviam ido embora. Assim, toda a atenção da médica, da enfermeira, dos estudantes e do pesquisador se direciona para a mesma pessoa. O senhor está sentado em uma das extremidades da mesa. Forma-se um círculo ao seu redor. Quase todos os profissionais em pé. Alguns debruçados sobre a mesa. Vestes simples, boné gasto, chinelos: Sr. José [*nome fictício*] aparenta certo desconforto, ilustrado pelos ombros baixos e postura acanhada. A médica conduz a consulta:

**Médica** - Seu José, tudo bem com o senhor?

**José** - Tudo bem, doutora.

**Médica** - Tá tomando o remédio direitinho?

**José** - Tô sim, doutora. Eu preciso de outra receita.

**Médica** - Sei. Eu já trouxe a receita do senhor. Pode deixar. Antes eu quero falar com o senhor sobre essa pressão. Tá alta. E essa glicose também não tá boa, não. O que que tá acontecendo?

**José** - Não sei, doutora. Isso não abaixa nunca. Esses dias eu tô muito ocupado. A cabeça tá cheia.

**Médica** - Ahm? Mas isso não sobe a glicose. Não vem com essa não. Seu café tem açúcar?

**José** - Tem, doutora. Não gosto de adoçante.

**Médica** - Tá vendo como a gente descobre? [*Olha para o restante das pessoas que estão observando a cena*]. E o almoço? Quanto de arroz e de feijão o senhor tá comendo?

**José** - Eu coloco duas conchas de feijão e três colheres de arroz. Coloco o macarrão também e um pedaço de carne.

**Médica** - E a verdura? O senhor tá comendo demais. Tem que diminuir isso. Assim a glicose não vai baixar nunca. E o senhor coloca sal na comida?

**José** - Isso eu não faço, não. Coloco pouco. Mas, doutora, minha comida tá boa. Não como muito não. O problema é as outras coisas. Ontem mesmo fiquei fora de casa o dia inteiro correndo atrás dos problemas.

**Médica** - Tá, Seu José. Eu entendo. Mas o senhor tem que ajudar também na comida. Como eu te disse na consulta. Senão fica difícil.

**José** - Tá doutora.

**Médica** - O senhor prestou atenção na palestra?

**José** - Prestei, sim. Vou fazer isso.

[*Alguns risos são emitidos durante a conversa. Todos continuam em semicírculo ao redor de José*].

Terminada a consulta, receitas renovadas e exames solicitados, José se retira do recinto. Vários fazem comentários sobre a dificuldade de acompanhar pessoas com hipertensão arterial e diabetes, pois eles não aderiam ao tratamento e eram “muito rebeldes”. Todos passam a recolher os materiais e organizar o salão da igreja. A médica alerta a ACS sobre a necessidade de reforçar o convite de todos para o próximo grupo naquela microárea: poucos foram nesse dia. Fim do turno da manhã.

E, finalizando, sobre essa tensão existente entre autonomia e tutela nas práticas de saúde da equipe, particularmente nos grupos, fez-se uma interessante reflexão em entrevista com a enfermeira da equipe.

**Thiago** - Percebo que tem uma tensão, que apareceu nas conversas, nas entrevistas, com você agora... percebo uma tensão, um questionamento, uma tensão entre controlar e cuidar. Isso apareceu no Mais Saúde, agora apareceu no grupo de homens... o assunto tá surgindo... isso é algo que sempre existiu ou tá aparecendo de um tempo pra cá? Como você vê isso?

**Enfermeira** –Tá aparecendo.

**Thiago** – Mas o que se acha que tá acontecendo?

**Enfermeira** – Saturação mesmo. Ficou cansativo. Há um discurso e o desejo de que tornem as pessoas mais autônomas, que elas criem maior iniciativa, que elas retomem suas vidas, mas ao mesmo tempo você reforça o discurso da tutela. Não se faz uma discussão com a pessoa, você normatiza o que ela tem que fazer. Claro, vai ter gente que vai falar “ah, é legal, eu preciso de alguém que me oriente”. Cada pessoa vai reagir de uma maneira. Mas essa frase é muito simbólica: “Eu preciso sempre que alguém esteja me empurrando pra eu ir pra frente”. Mas por que eu não posso também dar meu próprio passo em algum momento? Eu preciso a vida toda ter alguém que me joga pra frente a qualquer custo? Então, lá [*no grupo Mas Saúde*] vai ter isso, no grupo dos homens vai ter muito isso. Vai ter uma figura de alguém que tá se preocupando, mas tem também a figura da professora, da mãe, de alguém que pega pelo braço. E isso é um pouco complicado. Tem que ter esse papel profissional de discutir, ter uma boa reflexão de tentar que a pessoa propriamente caminhe. Eu acho que isso tá mais acirrado.

**Thiago** – Entendo.

**Enfermeira** – Mas eu tô falando de pessoas específicas.

**Thiago** - Eu ia te perguntar sobre isso.

**Enfermeira** – Saúde Mental vai caminhando, terceira idade caminha. É mais o Mais Saúde mesmo. No grupo dos homens tem, mas ainda é menos.

**Thiago** – Você acha que essas questões não aparecem com tanta ênfase nos outros grupos e em outros profissionais? A tutela, como você disse, não é, por exemplo, uma coisa tão marcada nos outros profissionais?

**Enfermeira** – Há uma tutela. A formação, essa coisa de fazer uma provocação, de conduzir o pensamento, a gente é que faz ainda. Nem param pra pensar que outra coisa é possível. Ainda é extremamente normativo. Os próprios temas que são



colocados são temas bem pontuais: saúde mental, medicação, de hábito de vida, faz um trabalho manual ali né. Mas não digo nem o grupo, tá no dia a dia mesmo. Tem essa coisa da orientação, que nada mais é do que você prescrever o que eles têm que fazer. Todos vão por essa linha [*pausa e reflexão*]... todos, não... pelo menos a maioria vai por essa linha, mas alguns agem de uma maneira radical, são extremas. Os outros falam: “eu falei, mas se quer fazer, aí é com ele [*usuário*]”. Então tem essa coisa maternal.

## O CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES EM QUESTÃO: NARRATIVAS DE UMA PROFISSIONAL

A entrevista feita com a médica da equipe de SF que participou do estudo na US Azul é interessante pois permite desvelar alguns pontos sobre o modo como a profissional, bem como a equipe e o serviço, refletem sobre as pessoas que estão sob seu cuidado e a organização dos processos de trabalho. Abaixo, seguem alguns fragmentos dessa entrevista.

De início, falou-se sobre a escolha dos casos. Importante frisar que a médica centralizou o debate sobre esses casos na reunião da equipe. A maior parte dos casos foi escolhida a partir de sugestões da médica.

E é interessante observar que houve grande facilidade em escolher os casos nos quais os profissionais identificavam impasses no cuidado. E nesse processo, o termo **rebeld** ganhou destaque pelo uso que os profissionais de saúde faziam dele para designar as pessoas com alguma dificuldade no processo de cuidado.

**Thiago** - Aquele dia a gente sentou e você fez uma lista de pessoas [*interrupção*].

**Profissional** - Eram os mais rebeldes. Esses casos vinham assim de cara [*nomeou os casos com facilidade no dia da reunião de equipe, sugerindo que são casos já bastante conhecidos pela equipe e discutidos pelos profissionais*].

E no trecho da entrevista exposta abaixo, é possível observar como a **rebeldia** é utilizada pelo profissional para ilustrar a maneira como o usuário se relaciona com a “doença” e com os profissionais de saúde.

**Profissional** - O Claudio é extremamente rebelde [*ênfase no “rebeld”*]. É um lavador de carro que tem contato com vários médicos do CDI [*um centro de diagnóstico por imagem localizado próximo de onde ele trabalha, motivo pelo qual*]

*ele vigia os carros destes profissionais na rua e tem contato frequente com eles] e cada um dá o pitaco que quer. Então é uma pessoa a que eu não consigo ter um acesso razoável porque ele bate muito de frente comigo. Para ter uma ideia, ele tem um triglicérido de mil!*

*[Claudio foi entrevistado durante o trabalho de campo. Quando entrevistei o Claudio, este demonstrou grande confiança na sua capacidade de autocuidado. Disse diversas vezes que frequentava a unidade de saúde, buscava seguir as orientações, mas de sua própria maneira. Também frisou que não se preocupava com as consequências de seus problemas de saúde. Ele tem uma forma particular de se comunicar, com voz e postura corporal firmes, denotando certa agressividade em determinados momentos quando confrontado em suas concepções].*

**Profissional** - Ele quer te convencer do ponto de vista dele. Como se ele tivesse controle de tudo. Para ele, a hora que ele quiser, controla o diabetes, controla tudo. Ou então não controla nada e não tá nem aí. Ele é outro paciente que também tem uma alteração familiar *[denotando serem comuns disfunções familiares em pessoas com o que ela considera dificuldades no autocuidado]*. Tem uma filha adolescente bem obesa, com o IMC bem alto e que eu não consigo melhora nenhuma nela, nenhuma. Já encaminhei pra nutricionista, tentei com o endócrino... É outra que tem um problema sério, super jovem e é mais uma futura diabética aí. Eu acho que ela tem quinze, quatorze *[anos]*, mas muito obesa, muito. E nesses casos eu vejo logo: gente, ela é uma menina que vai dar trabalho, vai dar trabalho porque o pai é diabético com essa rebeldia toda e ela não faz nada que mude. Tem uns dois anos eu tento alguma melhora, mas ela vem engordando cada vez mais. Então a gente acaba pensando assim: conhece o pai e vê como é que vai ser o futuro da filha.

**Thiago** - Você chegou a me mostrar um exame dele.

**Profissional** - Você viu?! Quase três mil *[referindo-se à taxa de triglicéridos, o que pode ser considerado um valor muito alto]*. (Risos). E isso já vem desde o primeiro exame. Eu não conhecia ele; eu acho que ele veio numa ação do homem *[datas destinadas pela unidade de saúde para atender exclusivamente homens, geralmente realizadas nos sábados]*; antes ele não vinha aqui. Numa das ações do homem, ele veio e colheu exame. Quando vi o resultado do exame, sem eu conhecer ele, virei e falei: Joana *[ACS]*, busca e assunta porque senão ele não vai vir. Porque ele era daqueles que já não vinham. E ela *[Joana]* não sabia bem como é que ela tinha conseguido pra ele vir na ação do homem em um dia de sábado. E aí

eu falei: oh! Ele é uma bomba relógio. Chama ele! E aí a gente já começou com a Insulina e começou dar errado exatamente por isso. Quando eu passei a Insulina, os médicos do CDI falaram que não, que eu tava louca e aí acabou... acabou o vínculo. E aí ele faz o que ele bem entende.

Para a profissional, Claudio é um “rebelde clássico”. “Bate de frente” com a médica, tenta incisivamente “te convencer do ponto de vista dele”, acha que tem “o controle de tudo”, inclusive do DM2, “faz o que bem entende” e “não faz nada que mude” sua situação. A consequência é que Claudio não consegue *controlar* suas taxas de glicose e triglicérides e sua pressão arterial, o que o torna “uma bomba relógio”, uma pessoa que pode sofrer alguma consequência grave da doença a qualquer momento. Não pode ser outro o desfecho para um “diabético com essa rebeldia toda”. E, mais grave, isso acaba influenciando toda a família, particularmente sua filha, adolescente “bem obesa” “que vai dar trabalho”, pois é “mais uma futura diabética”.

Além disso, Claudio não segue as orientações dadas pelos profissionais de saúde, principalmente o uso da insulina, e não possui o vínculo com a equipe que se espera de um *paciente*. Consulta outros profissionais, acolhe algumas recomendações, questiona outras condutas. Enfim, Claudio “abusa” de sua autonomia ao produzir sua própria *conduta*, selecionando e integrando saberes de diversos profissionais a partir de sua própria experiência, interesses e cotidiano de vida.

Como será visto em outro ponto do trabalho, quando é discutida com maior profundidade a entrevista com este usuário, Claudio *aprendeu* alguns caminhos para controlar a DM2, como, por exemplo, caminhar longas distâncias para “queimar” a glicose. Por outro lado, Claudio tem grande aversão à insulina e possivelmente isso explica a acolhida das recomendações de outros médicos de que não haveria necessidade de usar essa medicação naquele momento, em contraposição às recomendações da médica da equipe de SF.

Aliás, é interessante discutir um pouco sobre o conceito de vínculo operado nesse contexto. “Quando eu passei a Insulina, os médicos do CDI falaram que não, que eu tava louca e aí acabou... acabou o vínculo”. Aqui se trabalha com uma ideia de vínculo na qual se requer forte e total ligação com o profissional, já que o vínculo “acaba” no momento em que o usuário discute condutas com outros profissionais e, na presença de discordâncias, opta por outros caminhos que não o sugerido pelo profissional. Em uma situação em que o “paciente” é rebelde e, por isso, de difícil manejo, praticamente fica

liquidada qualquer possibilidade de cuidado, pois aqui se instaura uma relação em que é muito difícil ter “acesso razoável” ao paciente.

Com o acesso bloqueado, tem-se uma situação onde “*eu* não consigo melhora nenhuma *nela*, nenhuma” (grifos meus). Ou seja, a rebeldia dificulta ou impede minha ação sobre o outro de forma que este realize em seu cotidiano aquilo que determino como o correto a se fazer com base em meus conhecimentos. Sou *eu*, profissional, quem não consegue melhora *nela*, paciente. A rebeldia indicada corresponde à entrada da pessoa como ator ativo e autônomo no manejo de sua vida e de seus problemas. E essa autonomia produz ruídos e desconfortos na relação profissional-usuário. A rebeldia - entendida como a potência da pessoa em determinar sua própria existência, o que inclui questionar, confrontar, selecionar, escolher, relativizar, reconstruir e problematizar saberes e práticas instituídas - desestabiliza uma atenção à saúde pensada e praticada a partir de uma relação vertical, normativa e autoritária. Pessoas autônomas e potentes em seu território existencial tornam-se rebeldes. Rebeldes que, apesar de tudo o que se sabe sobre os perigos e riscos do DM2, escolheram o caminho rumo à morte.

Na discussão sobre outra usuária, Clementina, a médica volta a trabalhar com a ideia de *rebeldia*. Este caso é dos mais interessantes. A entrevista com Clementina ocorreu na própria unidade de saúde, minutos depois da consulta com a médica. Não foi possível observar a consulta. Clementina estava muito irritada durante a entrevista. Não havia gostado da forma como a médica a interpelara sobre a “baixa adesão ao tratamento”. Afirmou diversas vezes durante a entrevista que se sentira ofendida com a maneira da médica se dirigir a ela.

Algum tempo depois, em um momento de conversa informal, a profissional relatou que, naquele mesmo dia da consulta e da entrevista, ao ir para sua casa almoçar, viu Clementina no ponto de ônibus chupando um picolé. A reação da médica foi intensa. Ela parou o carro, abriu a janela e chamou Clementina pelo nome em tom de repreensão. Clementina não só não acordou com o gesto da médica, como passou a chupar o picolé com mais ênfase. No trecho abaixo, converso com a profissional sobre esse episódio.

**Thiago** - Vamos falar da Clementina?

**Profissional** - Essa é rebeldessíssima! [*empregando um tom de voz forte*].

**Profissional** - Eu me encontrei com ela na rua. Ela estava chupando um picolé e a glicemia dela é altíssima. E naquele dia aqui na unidade a glicemia estava elevada também e no mesmo dia encontrei ela chupando picolé. Aí eu cheguei a parar o carro, abri a janela e falei assim: Bonito hein, Clementina!!!

[*Pausa na conversa*]

**Profissional** - Ela é muito rebelde, ela só faz o que ela bem entende. E chupou e continuou chupando e não tava nem aí.

**Thiago** - E como estava o exame dela?

**Profissional** - Alterado.

**Thiago** - Tudo muito alterado?

**Profissional** - 784. (Risos). [*Referindo-se a glicemia de jejum*].

**Profissional** - É que tem uns [pessoas] que a gente não tem como. Tem que ir mais devagar, porque aí acaba o vínculo. Eu usando a emoção assim, de sentir um pouco de frustração de não conseguir alcançar ela, aí eu tenho que me distanciar um pouco pra eu não sentir raiva. Como que ela não aceita ser ajudada né?! Aí pego ela chupando picolé?! Foi a gota d'água, não adiantou nada, falar não adianta nada. Então, tem que dar uma respirada, deixar ela um pouco de lado pra depois eu pegar com mais calma do zero.

**Thiago** - Hum?

**Profissional** - E aí tem que ser do zero.

**Thiago** - E como você se sentiu ao ver ela chupando o picolé?.

**Profissional** - E ela chupou o picolé com uma vontade bem grande (risos), mesmo me vendo. Aí que ela chupou com mais vontade ainda como se ela tivesse guerreando comigo. Daí eu disse: bom, perdi. Então não adianta eu bater de frente com ela, não adianta. Eu tenho que dá uma distanciada.

**Thiago** - Então, você sentiu isso né?

**Profissional** - É. Não adianta, ela tá me enfrentando. O Claudio é outro também que eu acho que ele quer enfrentar, bater de frente. Então não adianta eu ir por esse lado: "ah você tem que fazer isso, isso e isso". Não vai fazer, não adianta.

**Profissional** - Não tem jeito. E ela perdeu o respeito ainda.

Clementina é “rebeldíssima” (sic). Como Claudio, enfrenta, bate de frente, só faz o que quer. É como se estivessem em uma guerra, onde há vencedores e vencidos. E

nestes dois casos, a médica perdeu. Suas armas não foram suficientes para domar a rebeldia dos dois. “Não tem jeito”. Não havia mais sequer “respeito”. Ao se deparar com Clementina no ponto de ônibus, chupando picolé, apesar de sua glicemia estar em valores elevados, a médica percebeu que a submissão de Clementina não seria alcançável e que aquela luta era fadada ao fracasso.

Na frustração, questiona: “*como que ela não aceita ser ajudada né?!?*”. Espanto! Como uma pessoa com DM2, ciente dos perigos que a rondam, não aceita as recomendações dos profissionais? O picolé no ponto de ônibus foi a “gota d’água”. O episódio foi o estopim para que a médica chegasse à conclusão de que não adiantava “bater de frente”, de que “falar não adiantava nada” e que era chegada a hora de “ir mais devagar”, se “distanciar”, dar “uma respirada, deixar ela um pouco de lado”. Tal distancia serviria para que a médica não sentisse raiva. Sentimento compreensível em uma situação onde um profissional se dedica e disponibiliza suas melhores ferramentas para ajudar uma pessoa que simplesmente não aceita e não quer receber ajuda. Eu parto da ideia exatamente oposta.

Este relato remete a uma situação muito comum entre os profissionais de saúde. Eles sentem-se angustiados e frustrados com o fato de precisarem repetir a cada encontro toda a rotina de orientações e recomendações preconizadas para uma pessoa com DM2 e HAS. Durante todo o trabalho de campo, em observações de consultas, reuniões e grupos, o que vi foi uma repetição incessante das orientações relacionadas à alimentação adequada, à prática de atividade física, ao uso dos medicamentos, à assiduidade às consultas da equipe e à realização dos exames complementares.

Em momento anterior deste trabalho, mostrei como essa prática pode chegar ao ponto de produzir encontros que mais parecem interrogatórios. A intensidade dessas recomendações varia de acordo com o observado nos resultados dos exames: glicemia alta, por exemplo, exigia uma sessão mais intensa de orientações. E por mais que os profissionais repitam à exaustão essa rotina, de certa forma eles tem noção de que o sucesso dessas iniciativas em mudar modos de vida é no mínimo frustrante.

Ao excluirmos o usuário do centro do cuidado, levando para o encontro pautas pré-definidas e padronizadas, deixam de dialogar com a singularidade do usuário, com seu universo simbólico, suas relações, suas questões, com o mundo da vida. E ao não encontrarem ressonância em termos de mudança efetiva nos “estilos de vida” das pessoas, sentenciam-nos como rebeldes, tomando este termo com uma conotação

negativa, como sinal da adoção de referenciais incorretos, desqualificados para manejar esse tipo de problema. Tratam a rebeldia não no plano de sua recusa em seguir a mesmice dos caminhos propostos a priori, a partir do diagnóstico e dos exames e em sua potência de produzir conexões existenciais enriquecidas, mas em sua negatividade como uma característica de pessoas que não aderem aos padrões estabelecidos (no caso, cientificamente estabelecidos).

Aliás, é interessante notar que um grande número de trabalhos publicados traz exatamente o termo *barreira*, ou *barriers* no inglês, como tema central no sentido de identificar os fatores individuais, sociais, culturais ou de organização dos serviços de saúde que dificultam ou impedem (“barram”) a adesão ao tratamento e o controle da doença. Há rica literatura nesse sentido. Apenas pesquisando na base de dados *PubMed* foi possível identificar pelo menos vinte artigos internacionais que trazem de forma literal em seu título a expressão “*barriers to diabetes management*”. Há, inclusive, estudos analisando essas barreiras.

Um deles é interessante, pois identifica como “barreiras” questões como as que vimos mencionado na relação trabalhador usuários. Intitula-se “*Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico*” (FORT et al., 2013). Neste estudo, foram realizados 12 grupos focais com 70 pessoas que vivem com DM2 e/ou HAS, atendidas em centros públicos de saúde das cidades citadas no título do artigo. O resumo do artigo delinea os resultados do trabalho da seguinte forma:

Os pacientes [do estudo] estavam em diferentes estágios em sua motivação para a mudança e as barreiras e os fatores facilitadores para o autocuidado são apresentados para cada fase [o estudo usou o modelo transteorético de mudança de comportamento elaborado por Prochaska and Diclemente nos anos 80]. Barreiras para o autocuidado incluem: não aceitação da doença, falta de informação sobre os sintomas da doença, comunicação vertical entre profissionais de saúde [*providers*] e pacientes, dificuldade de compatibilizar a dinâmica do trabalho e as consultas no serviço de saúde, percepção de que alimentos saudáveis são caros e não saciam, dificuldade em aderir ao tratamento e seguir planos de perda de peso, presença de outros problemas de saúde e percepção de que os cuidados de saúde se tornaram monótonos. Os fatores que facilitam o autocuidado são: experiência positiva de um membro da família com a doença, sensação de urgência em buscar atenção à saúde, serviços de saúde acessíveis, postura dos profissionais de saúde que permite que os

pacientes expressem seus sentimentos, comunicação inclusiva e suporte familiar e comunitário.

Trata-se então de trabalharmos no sentido de:

Os profissionais da atenção primária devem abordar as pessoas no sentido de oferecer suporte para o autocuidado [*support self-management*], levando em consideração estes fatores [*as barreiras e os fatores que facilitam o autocuidado*] e a singularidade da situação de cada paciente [*tanto em termos da motivação para a mudança quanto em relação ao contexto amplo de vida*] (FORT et al., 2013).

Os resultados deste estudo são semelhantes aos de outros. E, se não todos, pelo menos a maioria destes fatores citados tanto como facilitadores quanto como barreiras para o autocuidado se aplicam às pessoas acompanhadas pela equipe de SF da USF Azul. Interessante notar que a necessidade de reconhecer o usuário como interlocutor válido está expressa de forma clara nesse artigo.

Mas também é interessante notar como toda a complexidade que o artigo sugere no que diz respeito ao manejo destas condições de saúde, tanto pelas próprias pessoas que sofrem com elas quanto para profissionais de saúde e gestores, seja condensada em uma expressão tão rica de sentidos como *rebeldia*. A *rebeldia*, na acepção dada pelo profissional, poderia então ser entendida tanto quanto uma barreira a mais no manejo da doença quanto um termo que agrega todos os demais fatores, esvaziando o cuidado de sua complexidade ao individualizar os processos envolvidos no manejo da condição e culpabilizar a pessoa que, no fundo, não quer se ajudar e ser ajudada.

Segundo essa concepção, barreiras existem para ser quebradas e ultrapassadas. Portanto a rebeldia enquanto barreira precisa ser demolida. Produz-se então uma tensão, uma guerra no encontro com o usuário, uma espécie de cabo de guerra. O destino do cuidado será definido pelo vencedor: se o trabalhador, sucesso; se o usuário, fracasso.

O cuidado enquanto cabo de guerra, enquanto conflito, enquanto tentativa de submissão do outro aos ditames do profissional fica ainda mais evidente no trecho da entrevista abaixo, em que o caso de Clementina ainda é discutido:

**Profissional** - Com algumas pessoas, a gente tem que ir com muita cautela, dependendo da história de vida. Cada pessoa aqui a gente tem que agir de uma forma diferente. Com o Claudio eu tenho que agir de forma diferente porque ele tem os contatos dele, a Clementina de certa forma eu tenho que deixar do jeito que ela tá, ir com mais calma. Porque uma hora ou outra eles tem que chegar a mim, não tem jeito. Então alguns que são mais difíceis eu



vou deixando um pouco de lado. De lado assim [*gesto com as mãos sugerindo cautela*]. Porque a partir do momento que eu abri a janela e fui lá reclamar com ela, não dá mais, meu limite é ali com ela e vamos ver até aonde vai.

**Thiago** - Como foi se deparar com seu limite ali? Você se arrependeu de ter falado com ela na janela?

**Profissional** - É porque aí... Me arrependi. Me arrependi pela reação dela. E eu fiquei com raiva, então aí eu deixei [*pausa*]... o emocional me abalar demais, porque aí eu tive raiva dela. Como é que eu vou atender uma pessoa com raiva? Coincidiu de eu passar de carro pela Reta da Penha e ela estar lá chupando picolé na hora do almoço. Aí me deu raiva porque eu passei um tempão conversando com ela, aí eu vi que não tinha surtido efeito nenhum. Aí se eu tô com raiva não dá certo, que aí eu tô batendo de frente e ela também. Então não dá. Eu tenho que deixar ela meio de lado, até ela se cuidar, é livre arbítrio, ela sabe o que é certo e o que é errado, tem coisas que a gente tem que aceitar também, tanto que ela fez e deu pra ver que ela queria me agredir, então eu disse: bom então eu não tô fazendo bem pra ela, não é por aí. E vamos ver no que vai dar. Já não tava dando muito certo mesmo. [*Risos contidos*].

**Thiago** - Você já tinha sentido isso outras vezes?

**Profissional** - Não [*Relutante*].

**Thiago** - Mas o que aconteceu nesse dia que fez você repensar sua intervenção, inclusive com outros pacientes?

**Profissional** - Eu acabo fazendo isso, tem alguns pacientes que eu vejo que por mais que eu tente, eu vejo que não dá. Ai eu deixo ele com a medicação, aí eu vejo até onde ele consegue chegar, não deixo ele sem medicação, mas não fico sendo a chata. Tem uns que eu vejo que eu tenho que baixar a guarda. Não quer... é da pessoa... não dá pra gente também tentar acertar a vida de todo mundo... aí eu me conformo, aceito que ele quer aquilo, ele quer a medicação... se ele vai acertar o resto, eu não sei... [*Pausa*]... É igual você. [*Risos*].

**Thiago** - [*Risos*]. Eu já ia te perguntar: você tá com raiva de mim? [*Risos*].

**Profissional** - Não.

**Thiago** - Eu tava aqui pensando se te perguntaria se você tá com raiva de mim. [*Risos*].

[*Esse último comentário decorre do fato de eu estar sendo acompanhado pela equipe, ter inúmeros “fatores de risco” para doença cardiovascular e diabetes e não seguir corretamente as orientações, apesar de ser médico de família*].

É interessante observar como a rebeldia extrema impõe o reconhecimento da singularidade da história de vida e da “personalidade” de cada pessoa, mas não como elemento relevante para a orientação do cuidado e sim como critério para avaliar a

intensidade das intervenções a serem aplicadas *sobre* a pessoa. A pauta permanece: diabetes = dieta + atividade física + perda de peso + medicamentos = controle das taxas de glicose. E quando isso não é possível, a ideia é deixar o usuário “um pouco de lado” até que esteja pronta para aceitar as recomendações e se cuidar. Enquanto isso, medidas paliativas. E por mais resistente que a pessoa seja, por mais rebelde, uma hora ela vai precisar dos cuidados profissionais, pois o desfecho para essas pessoas é evidente, inevitável. Trata-se então de um recuo estratégico, um “baixar a guarda” momentâneo até que o outro perceba que o caminho que está percorrendo não é o certo e se renda.

Mas o caso de Clementina foi emblemático. Entrevistar a profissional após o incidente com esta usuária trouxe para a conversa algumas reflexões da médica em torno de sua prática e de sua forma de perceber o problema do outro – coisa que não havia sido observada até aquele momento do trabalho de campo. Abaixo, um fragmento da entrevista que ilustra essas reflexões:

**Profissional** - Eu procuro tentar usar coisas que não sejam só a medicação e tem uns pacientes que eu vejo que essa abordagem não atinge, que não tão afim, entendeu? Então eu fico com essas coisas na cabeça, entendeu? Como que eu posso agir com uma pessoa, o que eu posso oferecer. Ai eu tento usar coisas que não sejam só do dia a dia, mas com algumas pessoas não adianta, então eu guardo como se eu guardasse um pouco de recurso. Não adianta eu me doar tanto pra aquela [*pessoa*] que não quer. Daí é isso que eu falo de me conformar... aí eu dou o mínimo que ela quer... o mínimo... aí por enquanto eu dou o mínimo.

**Thiago** - Você se refere a receita, exames...

**Profissional** - Tem pessoas que querem isso. Então eu tento pelo menos montar uma regularidade dos exames, para estarem no tempo correto, e da medicação, que dá pra vigiar mesmo que [*a pessoa*] não esteja vindo [*pois há um controle na dispensação de medicamentos na farmácia da unidade*]. Tá pegando na farmácia? Então eu fico meio por trás, de ver o que tá acontecendo com aquela pessoa. Mas não me dão tanto, porque eu acho que tem que partir da pessoa, primeiro ela tem que tentar se cuidar e isso eu vejo muito que até a gente e comigo é assim também. Eu venho lutando contra a obesidade pelo menos há uns quinze anos. Quinze anos de sobrepeso. Eu acho que vai ser uma luta pra mim a vida inteira. De abandonar a atividade física, voltar com a atividade física. E eu acho que isso vai ser uma luta pra vida inteira, mas eu acho que a parte de autoestima da gente é complicada, independente de classe social e ai eu reconheço que tem pessoas que eu tenho que

dar esse recuo por causa disso. A pessoa às vezes não consegue, não quer se cuidar, tem algum problema ali, algum conflito que a atrapalha e ela precisa de um tempo. A partir do momento que eu informo o que é certo e o que é errado, vai depender da pessoa. Eu acho que precisa desse tempo.

**Thiago** - Então na verdade você se coloca no papel do outro porque você também [interrupção].

**Profissional** - Eu vejo que eu tenho esse problema independente de eu saber da informação. Então assim, a pessoa tem que tentar se resolver de alguma forma, ela vai se resolver algum dia, nem que ela esteja pior, não tem jeito e é o que acontece comigo também. Porque é um hábito que você tem que mudar e você tem que dizer para você mesmo: “pô, vou ter que mudar isso pra vida toda”; e tem que aceitar isso. Então, eu falo: a nossa cobrança não pode ser tão grande, eu acho que tem que ser assim muito lenta, tanto que as pessoas acompanham a gente há 7 anos, entendeu? E a mudança é muito lenta, a gente consegue. Então a gente também tem que aceitar isso, que tudo é muito lento, que a gente quer mudar cultura de uma vida inteira, até a nossa. Eu vou dizer que uma coca cola é ruim? Eu acho maravilhoso.

**Thiago** - Eu também (risos).

**Profissional** - Eu acho maravilhoso. Então como é que eu vou cobrar de uma pessoa que ela mude, se acaba que a gente mesmo tendo mais informação do que ela e faz isso. Mas são coisas gostosas, que ela vai ter que abrir mão e a vida dela já é uma merda, entendeu? Então, tudo é muito devagar. Isso eu venho passando a aceitar mais, mas a gente quer detonar, ser uma metralhadora do que é certo do que é errado. Então eu tento primeiro usar o farelo de aveia e ver se ele acrescenta uma quantidade maior de água. Se conseguir pelo menos essa mudança e isso for pra sempre, já tá bom. Eu não tenho que te bombardear, que você tem que usar adoçante, que você tem que usar isso, usar fibra, que tem que fazer atividade física. Não vai fazer. Aí a pessoa se frustra mais ainda. Então a gente tem mudado essa abordagem.

**Thiago** - Vocês tem mudado [interrupção].

**Profissional** - Eu e a João [educador físico da unidade]. A gente tenta se controlar, mas o impulso é a gente querer fazer o mais certo possível, mas nem a gente consegue, entendeu?

**Thiago** - Hum?

**Profissional** - Até usar da sua pressão de 140/100, dá vontade de tacar um diurético logo em você. [*Em um grupo Mais Saúde, minha pressão estava em 140/100mmHg. Isso se repetiu duas vezes*]

**Thiago** - (Risos).

**Profissional** - Mas eu me segurei, eu pensei, eu sei que Thiago não vai acertar essa parte da alimentação, nem atividade física durante muito tempo. Vai chegar uma hora que não tem jeito, ele vai ter que fazer essas coisas e usar medicação. Mas eu me segurei. Porque cada um tem o seu tempo. Lógico que a gente vai acompanhar para ver até onde você vai chegar (risos).

**Profissional** - Então, eu vejo que as pessoas. Acontece a mesma coisa, só que muito mais intenso com eles, porque a gente lida com problemas razoáveis e de certa forma consegue melhorar alguma coisa. Não é violência, não é morte no morro, são coisas que a gente não tem acesso. Então a questão de respeitar o tempo de cada um, dá para ser feito. Mas o problema do morro, não tem como eu resolver, não tem como você resolver e nem a pessoa que ta morando lá. Só se ela mudar de lá. Então eu acho que o tempo deles [*usuários*] é mais lento ainda do que o nosso. Como eles não tem pra onde ir, é uma questão de tempo. Em algum momento, eles vão ter alguma melhora. A gente não pode deixar de seguir eles e agora com tudo informatizado, fica mais fácil. Nem que seja uma vez por ano, vão ter que vir aqui. Água mole em pedra dura tanto bate até que fura. Uma hora a gente consegue melhorar. Eu vejo assim, mas tem gente que não dá tempo. Já tá tão detonado que não tem mais jeito.

**Profissional** - Como que eu digo que eles não podem fazer isso ou aquilo? Eu me coloco no lugar deles. Se eu escuto tiro todo dia? No carnaval, aqui no São Benedito [*bairro local*], teve helicóptero da polícia de manhã, de tarde e de noite, todos os dias. Tem paciente minha aqui que o filho de 16 anos foi assassinado na frente dela. Atiraram de dia. Um outro adolescente atirou de dentro de casa e assassinou ele no quintal da casa na frente dela e do outro filho. Ela era cozinheira do Cajun [*ONG local de atendimento a crianças e adolescentes*] e o assassino do filho dela era um dos adolescentes que participava do Cajun. Ele continuou indo no Cajun, tipo assim, pra intimidar ela. Tipo, eu matei e você continua me servindo comida... Então, como a gente faz? E é uma paciente bem rebelde, mas como lidar com isso dela? É uma pessoa que está totalmente destruída e consegue disfarçar bem, dá um sorriso e leva a vida dela da maneira que dá pra levar. Agora ela conseguiu sair do Cajun, não trabalha mais aqui, trabalha em Jardim Camburi, mas

é uma pessoa que eu tenho que ir mais devagar porque o que que vou consertar na vida dela? Se eu falar “ah, você tem que tomar medicação de forma correta pra você ter uma qualidade de vida melhor, pra você durar mais tempo”. Mas será que essa mulher realmente quer durar mais tempo, entendeu? Agora, como que a gente tira as coisas? “Como doutora, vai me tirar o remédio de dormir se é bandido nas portas?”. Então até com isso a gente tem que lidar.

Em determinado momento, a médica reconhece que “a nossa **cobrança** não pode ser tão grande”, pois a “a mudança é muito lenta” e “a gente também tem que aceitar isso”. E a mudança é lenta porque “a gente quer mudar cultura de uma vida inteira”, o que torna essa mudança “uma luta por toda a vida”, já que a pessoa terá que “abrir mão” das “coisas gostosas”. E isso é ainda mais difícil para pessoas cuja vida “já é uma merda”. Como então “**cobrar** de uma pessoa que ela mude”, principalmente quando estas pessoas vivem em um contexto de violência, baixo nível socioeconômico, problemas familiares e baixa autoestima?

Tudo isso leva à reflexão de “como que eu posso agir com uma pessoa, o que eu posso oferecer”? Tenta-se usar “coisas que não sejam só a medicação” e que não “sejam do dia a dia”, e respeitar o tempo de cada um para a mudança “porque cada um tem seu tempo”. No entanto, mesmo ajustando a intensidade das intervenções e mudando um pouco as estratégias de cuidado, algumas pessoas “não aceitam” e “não querem mudar”. Nesses casos, mantem-se “o mínimo”, ou seja, controle das medicações na esperança de que “em algum momento eles vão ter alguma melhora”. É preciso ter paciência com essas pessoas. Uma hora elas voltam, pois “eles não tem para onde ir”. E por que “a partir do momento que eu informo o que é certo e o que é errado, vai depender da pessoa” cuidar-se ou não, seguir ou não as orientações. Mas o lado positivo da coisa é que “água mole em pedra dura tanto bate até que fura”. Infelizmente, para alguns não tem mais jeito. Estão tão “detonados” que não há mais como voltar.

Toda essa reflexão provocou um desejo de mudança, um desejo de controlar a “metralhadora do que é certo e do que é errado”, pois esta só produzia mais frustração nas pessoas. Contudo, durante todo o trabalho de campo, não se observou nenhuma iniciativa explícita no sentido dessa mudança. Clementina provocou um deslocamento no modo da profissional operar o cuidado e que, em certa medida, agencia todo o processo de trabalho da equipe. Mas a ausência de espaços de reflexão e problematização do fazer da(s) equipe(s) no serviço, incluindo a reunião de equipe

semanal, impede que estes deslocamentos sejam apropriados pelos profissionais enquanto analisadores de seu agir em saúde, o que nos remete ao trecho abaixo.

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos / analisadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (MERHY, 2002, p. 71).

Ocorre então um questionamento importante sobre o cuidado por parte da profissional, mas ela se vê impotente para resignificar e reordenar as práticas na medida em que o usuário continua a ocupar um lugar marginal no encontro. Contudo:

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de vida, implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde (MERHY et al., 2010, p. 73).

A médica chega a compreender que a pessoa que sofre com o DM2 traz para o encontro com o profissional toda uma complexidade presente em sua vida que dificulta a simples “adoção de estilos de vida saudáveis”, mesmo que estes signifiquem uma melhor qualidade de vida para a pessoa. Mas ela continua trabalhando com ideias de “certo” ou “errado” e com a perspectiva de que conhecer as dificuldades e angústias do outro que está a nossa frente serve para que saibamos em que ponto do processo de mudança ele se encontra.

Ela também não tem ferramentas para lidar com o tema do sofrimento do outro (a não ser com remédio para dormir), com o tema da violência policial e urbana (que junto com outras características difíceis do território, acabam “virando paisagem”, por falta de ferramentas e estratégias de abordagem).

Assim, não são propostos novos caminhos. O que ela pretende é, armada de saberes biomédicos e narrativas sobre o outro, identificar oportunidades para induzir a mudança que “*eu, profissional de saúde*, entendo como primordial para a sua saúde”. Não se

coloca a possibilidade de produção conjunta de novos territórios existenciais de maneira a construir outras formas de lidar com o adoecimento e com o sofrimento sem que isso signifique um esvaziamento de sua potência de vida. O lugar de chegada é o mesmo, independente de qualquer coisa. Muda-se apenas a forma como o caminho será trilhado.

É importante reconhecer que no encontro que produz cuidado é necessário desestabilizar toda a certeza sobre o outro e sobre os acontecimentos decorrentes desse encontro. Certeza essa que muitas vezes faz com que o profissional vá para o encontro já sabedor do que irá encontrar, não abrindo espaço para que o outro diga, ele mesmo, do jeito que lhe é possível, de suas ações. Somente o outro é que abrirá espaço para percorrer esse caminho, para indicar os seus movimentos, dar pistas sobre os acontecimentos que contam na sua vida (MERHY et al., 2010, p. 71).

E cuidar de pessoas com condições crônicas de adoecimento como o DM2, que implica grande impacto biopsicossocial nos modos de produção de vida, exige um “estar ao lado” do outro - e não sobre o outro - na maneira como os projetos terapêuticos são produzidos. Ou como abordar a questão do uso da insulina, por exemplo, sendo que esta traz em si intensos dilemas para os usuários? O trecho abaixo da entrevista trabalha essa questão:

**Thiago** - A maioria [*das pessoas entrevistadas*] concorda em tomar comprimido, mas dá para perceber a dificuldade que eles têm em aceitar o uso da insulina.

**Profissional** - Para eles, é uma coisa sem volta. É um castigo. A partir dali [*do início do uso de insulina*], percebe-se que a morte está chegando. Teve uma paciente, que não era nem dessa equipe que estou agora, era da que eu trabalhei anteriormente, ela não aceitava nem falar o nome de diabetes, porque é como se fosse um preconceito: se eu tenho diabetes eu vou morrer mal. A ideia da maioria deles é de que quando chegou a Insulina, então acabou. E eu tento deixar bem claro que o uso da Insulina não é para piorar, mas que é a melhor estratégia, que pra ele não tem jeito. E tento explicar que a medicação por via oral não vai fazer mais efeito. Mas eles pensam que ou tá perto de perder uma perna ou que vai morrer mesmo. Eles associam a Insulina com essa piora sem volta. Eles associam a Insulina à morte ou uma piora muito grave que não tem solução. Todos, todos que usam.

“Todos, todos que usam” a insulina a associam à morte! Uma doença que te “come aos poucos, como cupim”, que tem uma evolução inexorável se não nos dedicamos a realizar tudo aquilo que está preconizado e que prenuncia a morte em seus estágios

avançados, quando se exige o uso de mais uma medicação, medicamento feito de um composto originário de nosso próprio corpo. Produção em série de *walking deads* reforçada por uma lógica de cuidado prescritiva, normativa, disciplinar e previsível.

[...] ao percebermos que achar pontos na repetição que nos permite um agir protocolado, que anula a diferença, sem ser tocado por ela, pode ter como consequência simplesmente a morte do outro. Produzir a morte do outro como um ser portador de vários sentidos em si e em produção prospectiva no seu viver - ao condená-lo a viver só o sentido dessa doença que represento nele e imponho a ele (MERHY et al., 2010, p. 68).

Mas “o encontro que produz cuidado deve ser sustentado por uma aposta de que é possível produzir diferença, mesmo ali onde, em princípio, nada se movimenta” (MERHY et al., 2010, p. 70). É nesse sentido que se torna fundamental abrir espaço para novas experimentações que questionam e problematizam representações enrijecidas do outro, como *rebelde, resistente, desinteressado*, dentre outras. Desta forma, não existe um estado no qual o *paciente* esteja pronto para a mudança que é exigida dele. Não existe um caminhar rumo à luz da adesão ao tratamento, sendo que aqueles que não estão preparados ainda deveriam ser deixados um pouco de lado, em banho-maria, até que um dia alcançassem esse estado. Estas representações frequentemente estão na raiz de processos de descuidado e/ou desresponsabilização pelo outro (MERHY et al., 2010).

E, em face destes desafios, não é suficiente incorporar ao terreno das tecnologias leveduras outros conhecimentos científicos aos já tradicionais saberes biomédicos ou mesmo um saber empírico sobre o outro, sua família, sua comunidade, seu trabalho, sua história de vida, etc. Não se trata de apenas enriquecer o *bio* com o *psicossocial* na produção do cuidado, como sugere Campos (2015).

A clínica ampliada e compartilhada procura [...] uma estratégia metodológica que amplie o objeto e, portanto, o encargo daqueles que exercem a clínica. Sugere considerar como objeto de trabalho tanto a doença, o agravo ou risco, quanto o sujeito em sua existência plena; ou seja, a história de vida de uma pessoa em seu contexto sociocultural. *O desafio para esta revisão epistemológica está em criticar e compor a tradição biomédica, que valoriza a objetividade dos fenômenos clínicos, com a tradição dos campos da saúde mental e da saúde coletiva (grifo nosso).*



Para Merhy et al. (2010, p. 60-1):

Mesmo na perspectiva mais ampla que a saúde coletiva tem sobre esse processo [*o do sofrimento humano*], quando remete o olhar sobre a doença para o processo (histórico e social) saúde / doença, há uma aposta de que esse olhar é armado cientificamente e que a apreensão desse processo só será possível se tivermos a posse de novas ciências, para além daquelas como a clínica: outras ciências mais amplas sobre a sociedade, a história e os coletivos humanos. Mas não saímos do terreno de que a competência em compreender e agir nesse campo de práticas, o da saúde, só será dada pela produção da ciência e qualquer fenômeno que ocorra, aí nesse campo, será sempre um caso particular de um fenômeno geral.

A equipe de saúde, em virtude de sua intensa inserção em diversos planos de vida dos usuários por longos períodos de tempo, produz narrativas ricas sobre sua vida e dificuldades. Mas mesmo assim a atenção à saúde das pessoas com DM2 observadas neste trabalho de campo é empobrecida “*pois não basta construir saberes científicos [ou empíricos, acrescentaria] para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas*” (MERHY et al., 2010, p. 62).

Essa multiplicidade de saberes, científicos ou não, e a imersão no contexto de vida dos usuários é fundamental, evidentemente. Cria-se nesse movimento possibilidades de cuidado potencialmente mais interessantes. Torna-se possível agenciar outros olhares e afetos nos encontros. Mas chama-se a atenção para o fato de que “*há um investimento a ser feito no reconhecimento dos modos de viver, dos contextos, arranjos, saberes, crenças e valores com que os diferentes grupos populacionais e indivíduos produzem suas conexões e sua vida e, por extensão, sua saúde*” (FEUERWERKER, 2011, p. 105).

## OS USUÁRIOS FALAM SOBRE A VIDA, SOBRE SI E SOBRE NÓS, PROFISSIONAIS

Nesta parte do trabalho, serão analisadas as entrevistas realizadas com usuários da Unidade de Saúde de Azul indicados pela equipe como *casos difíceis*. Foram realizadas onze entrevistas com pessoas que residem no território e são acompanhadas regularmente pela equipe, sendo que todos os entrevistados receberam o diagnóstico clínico de Diabetes Mellitus.

A dinâmica da reunião realizada entre o pesquisador e a equipe para a definição dos casos foi interessante. Toda a equipe atendeu ao convite e estava presente, incluindo as Agentes Comunitárias de Saúde e as Técnicas de Enfermagem. Já cientes dos objetivos do trabalho e acostumados à presença cotidiana do pesquisador no serviço, nas reuniões de equipe, nos atendimentos em consultório e nas reuniões dos grupos de HiperDia e Mais Saúde, todos os profissionais receberam bem a proposta deste encontro. As questões disparadoras foram então apresentadas ao grupo, após breves comentários de contextualização daquele momento: *vocês poderiam identificar usuários vinculados à equipe que tenham o diagnóstico de diabetes mellitus cujo cuidado prestado por vocês seja considerado satisfatório e emblemático da atuação da equipe? Por outro lado, vocês poderiam identificar usuários com o mesmo problema de saúde cujo cuidado seja considerado insatisfatório e emblemático das dificuldades encontradas na atuação da equipe?*

A partir dessa provocação, observou-se uma série de movimentos que ajudam a compreender a dinâmica de funcionamento da equipe e a maneira dos profissionais de entender e enfrentar a questão do adoecimento crônico, em particular o associado ao DM.

Em primeiro lugar, foi interessante observar que a médica dominou a discussão, o que resultou na predominância de casos indicados por ela na lista final. Rapidamente essa profissional conseguiu indicar um grande número de usuários cujo acompanhamento poderia ser considerado insatisfatório pela equipe. Na verdade, a discussão se iniciou pelos usuários “problemáticos” e se concentrou nestes, dando a entender que (a) estas pessoas ocupam uma posição simbólica central na vida da equipe e que (b) a maior parte das pessoas acompanhadas pelos profissionais de fato encontram grandes dificuldades em se ajustar ao que se espera delas enquanto “pacientes diabéticos”.

É importante destacar que um único usuário foi citado como sendo “o exemplo” de pessoa comprometida com o acompanhamento, sendo este o caso escolhido como emblemático de um cuidado satisfatório. Este usuário nem era mais acompanhado pela equipe, pois se mudou para outro bairro.

Fernando descobriu ter DM ainda jovem, com pouco mais de 30 anos. “Obeso, sedentário, fumante e com dieta ruim”, seu prognóstico era evidente e as complicações da doença eram inevitáveis. Mas durante o acompanhamento, Fernando passou a

praticar esportes junto com sua esposa. Tornou-se jogador profissional de vôlei de praia e exemplo de pessoa que, reconhecendo a gravidade de seu problema de saúde, passou a se alimentar, praticar atividade física e usar as medicações *corretamente*. Perdeu peso, ganhou ótimo condicionamento físico, passou a consumir alimentos saudáveis. Em síntese, “mudou completamente sua vida!”, como frisou a médica. Chega a dar palestras sobre como viver mais e melhor. Infelizmente não foi possível entrevistar Fernando. Todas as tentativas de encontra-lo foram frustradas. E a médica não perdoava esse problema na condução da pesquisa: “Você tem que entrevistar o Fernando. Ali você vai ver o que é um paciente que faz tudo certinho”.

Era a partir de Fernando que outros casos indicados como tendo um acompanhamento satisfatório eram avaliados pelo profissional médico. Apesar da dificuldade de nomear outras pessoas nesta situação, surgiram indicações de outros casos. Mas todas as indicações eram acompanhadas por um alerta: “veja bem, não é como o Fernando, ele (a) tem alguns probleminhas, mas se compararmos com os outros [*com acompanhamento insatisfatório*] serve”.

O critério utilizado pela médica era *radical*. Exigia adesão completa e irrestrita ao tripé alimentação adequada, prática de atividade física e uso correto das medicações, com o adendo de realizar os exames complementares de acordo com o recomendado. Fernando se *enquadrava* neste critério. Mas apenas ele! Os demais conseguiam incorporar algumas dessas recomendações, mas não todas e não de maneira tão radical. “Precisavam corrigir uma coisinha aqui outra ali”, segundo a enfermeira da equipe.

Ao final das entrevistas com os usuários e com os profissionais (feitas após a conclusão das entrevistas com os usuários), a conclusão era a de que todos os usuários que formavam o grupo de casos traçadores tinham acompanhamento insatisfatório, segundo a métrica utilizada pelos profissionais, em particular pela médica. De todo este movimento, percebeu-se então uma enorme dificuldade dos profissionais da equipe em reconhecer e valorizar mudanças empreendidas pelas pessoas em seu processo de autocuidado, incorporando essa postura em suas caixas de ferramentas para o cuidado. E nas entrevistas apresentadas a seguir, fica evidente que todas as pessoas mudam alguma coisa em suas vidas a partir do momento que recebem o diagnóstico de DM. Para a equipe de saúde, o caso de Fernando era paradigmático.

Por outro lado, os usuários indicados como tendo seu acompanhamento insatisfatório eram basicamente os *rebeldes*, ou seja, pessoas que de alguma maneira não seguem à risca as recomendações técnico-científicas para o manejo do DM ofertadas pelos profissionais de saúde e todo o aparato que também envolve mídia e o complexo médico-industrial: “indicar os casos problemáticos é fácil. Esses são os rebeldes, os que a gente fala todo dia o que é para fazer, mas não adianta”, dizia a médica.

Também caracteriza esse grupo o fato de terem descoberto o DM há anos e usarem *insulina* como um dos pilares da terapia medicamentosa. A maioria dos usuários usa (ou recebeu a prescrição de) insulina, o que sugere ser este um ponto relevante para o manejo desta condição de saúde.

Aqui se faz necessário retornar à participação dos profissionais de saúde da equipe na indicação dos casos. Como dito acima, de início a médica centralizou as indicações de usuários para o momento das entrevistas e reflexão sobre o cuidado produzido nos encontros profissionais-usuários. No primeiro momento, ACS's, técnicas de enfermagem e a própria enfermeira da equipe pouco contribuíram. Sua participação se concentrou na concordância com os nomes sugeridos pela médica: “sim, realmente a gente tem muita dificuldade nesse caso por causa da rebeldia dele” é um exemplo de comentário comum observado nessa etapa.

Contudo, após os casos serem indicados, as ACS's passaram a participar mais da dinâmica da pesquisa. Elas colaboraram no sentido de entrar em contato com as pessoas, verificar disponibilidade e desejo de receber a visita do pesquisador em dia e horário de sua escolha e acompanhar o pesquisador no trajeto até o domicílio e na volta.

É importante lembrar que o território adscrito é um dos mais violentos do município (BOURGUIGNON, 2014), sendo que a presença do ACS durante a entrada no território foi recomendada por todas as pessoas com quem manteve contato. Durante o trabalho de campo, observou-se que todos os profissionais “sobem o morro” na companhia da ACS. A única exceção é a médica da equipe que acompanhamos. Sua longa relação com a comunidade, iniciada antes mesmo da implantação da Saúde da Família naquela região, a tornava bastante conhecida (e de algum modo respeitada) no local, o que possibilitava sua ida desacompanhada ao território.

Esta maior participação das ACS na pesquisa possibilitou observarmos um fato bastante pertinente para o trabalho. Sem surpresas, não foi possível entrevistar metade (cinco) dos casos traçadores inicialmente listados em reunião com a equipe. Os motivos foram a recusa em participar; incompatibilidade de agenda; e férias ou afastamento temporário da ACS responsável pelo local de moradia do usuário. Com o tempo, pensei ser necessária outra reunião para novas indicações. Mas em diversas situações as ACS's tomavam a frente nas discussões com o pesquisador e sugeriam novos casos e nesse processo foi possível vislumbrar algumas questões muito importantes:

**ACS** - Olha, o Sr. Marcos não vai dar. Eu já falei com ele três vezes, você já ligou pra ele também, a gente foi aquele dia sem avisar e ele não tava em casa e não tá dando certo. Mas eu vou te apresentar outro paciente da minha área. Você não quer os rebeldes?

**Thiago** - Não é bem assim. Não se trata dos rebeldes. São pessoas que, na opinião da equipe [*interrompido*]...

**ACS** - Sim, entendi. Pois então, vamos lá. Você vai gostar dele. Esse é muito rebelde. Não toma a insulina, não come direito e não adianta falar. Mas é gente boa. Vai receber bem a gente. Ah, e bebe muito também.

Na sequência da pesquisa, quando as ACSs passaram a sugerir outros usuários, percebi que os critérios utilizados por elas para definir o sucesso ou não do acompanhamento feito pela equipe eram os mesmos que os usados pelo médico e pela enfermeira. A ideia de *rebeldia*, discutida em outro ponto deste trabalho, havia sido incorporada pelas ACS em sua forma de analisar o problema dos usuários. Além disso, todos os usuários indicados pelas ACS utilizavam insulina e tinham recebido o diagnóstico de DM há vários anos.

A maioria das entrevistas ocorreu no domicílio do usuário. Duas entrevistas foram realizadas na própria US, por razões de comodidade do próprio usuário, sendo esta sua decisão. Aqui, optei por apresentar o produto destas entrevistas considerando caso a caso. Algumas entrevistas foram escolhidas por trazerem questões relevantes e serem significativas para a produção de novas visibilidades e dizibilidades.

Apresento os diálogos integralmente numa tentativa de tornar possível a aproximação com a singularidade da produção da multiplicidade de cada vida e de cada encontro. Como nos interessa estudar, dentre outras coisas, a forma como os encontros são

produzidos na ESF e o impacto que os dispositivos de controle e disciplinarização tem na vida das pessoas, nos pareceu-me fértil essa estratégia.

A produção de vida das pessoas que vivem com diabetes é fortemente influenciada pelas percepções que constroem a respeito da causa e curso do DM, pelos sentidos atribuídos ao DM e pelas estratégias de autocuidado agenciadas no cotidiano (BARSAGLINI, 2011). Ou seja, é grande o impacto que o DM tem na produção de suas vidas. Tais questões foram levantadas nas entrevistas na perspectiva de se compreender a produção dos encontros usuários-equipe e a circulação de afetos que ocorre nos momentos de contato dos usuários com os profissionais de saúde.

Não se trata de duas dimensões isoladas: estudar as percepções gerais de profissionais e usuários sobre o DM e verificar em que medida são dissonantes. As entrevistas feitas com os usuários ganharam maior importância a partir da constatação de que eles pouco verbalizavam seu sofrimento nos diversos encontros com os profissionais, seja em consultas, grupos ou outros tipos de contato. Neste sentido, conversar com esses usuários foi importante para conhecer outra perspectiva das vidas dos usuários mencionados pelos profissionais.

A partir de agora, apresentarei os resultados desse movimento junto aos usuários.

### **“Mas se eu parar de comer, vou morrer”: o encontro com Aloir.**

Aloir foi entrevistado em sua residência. Sua casa estava em reforma no momento da entrevista. Morador antigo do bairro, viu o lugar crescer. Sua história tem muito em comum com a de outros homens que residem no território: negro, com múltiplas ascendências (afrodescendente, indígena, nordestina), escassos recursos financeiros, pouco estudo, migrante, trabalhador braçal, iniciou sua vida trabalhando ainda muito jovem na zona rural, procurou emprego em um grande centro e se inseriu no ramo de construção civil ou siderurgia/metalurgia, indo residir em uma das muitas áreas de favela da cidade. Parte da conversa com Aloir segue abaixo:

**Thiago** Aloir, quantos anos o senhor tem?

**Aloir** 61

**Thiago** E alguém mora aqui com o senhor?

**Aloir** Não, moro eu sozinho e Deus. Mas meus filhos moram perto.

**Thiago** O senhor mora aqui há quanto tempo?

**Aloir** Vai fazer 40 anos que eu estou aqui.

**Thiago** Então o senhor viu o lugar crescer, né?

**Aloir** Isso aqui, quando eu cheguei, não tinha água, não tinha escada, não tinha luz, não tinha nada, rapaz. Pra subir aqui, subia agarrando pelos barrancos.

**Thiago** E o senhor veio pra cá por quê?

**Aloir** Trabalho.

**Thiago** O senhor estudou?

**Aloir** Na escola? Eu nunca estudei na minha vida não, moço! Eu estudava era cabo de machado, cabo de foice, lombo de burro bravo, carne de boi bravo, que era meu estudo. Fui criado sem pai e sem mãe.

**Thiago** Fala um pouco sobre sua família.

**Aloir** Quando eu vim conhecer meu pai eu já tinha 18 anos. Eu não sou criado nem com pai nem com mãe. Quando meus pais se separaram, eu com 4 anos, fui ser criado por um fazendeiro e lá virei boiadeiro. Fui pra lá porque o meu pai tinha largado a minha mãe. Aí minha mãe não tinha condições mesmo de criar. Nós éramos 6 filhos. E ela não tinha condições. Eu fui criado com um fazendeiro, meu irmão foi criado com outro. As meninas ficaram com ela. Minha bisavó é de aldeia de índio. Meu avô é da África, africano legítimo mesmo. O pai do meu pai é cearense. Minha bisavó morreu com 115 anos. Minha bisavó morreu com 115 anos e não tinha um fio de cabelo branco, não tinha dente podre, não sentia dor de cabeça. Tenho 4 irmãos vivos e 3 mortos. Eu sou abaixo do mais velho, o mais velho que eu é morto. Minha mãe era uma negona fortona.

**Aloir** Desde pequeno, desde 9 anos que eu trabalhava como vaqueiro. Depois que larguei a boiada, fui pra São Mateus [*município do norte do Espírito Santo*] e fui trabalhar na lavoura. Da lavoura, fui pra Petrobrás. Eu era da perfuração de petróleo. Saí da Petrobrás, que na época não era bom. Fui pra Aracruz [*outro município do norte do ES, próximo a São Mateus*] trabalhar com máquina pesada. Aí valeu a pena. Quando terminou, mandaram a equipe embora. Dali eu fui pra uma fazenda de cacau em Boa Esperança [*também norte do ES*] e depois vim pra cá [*Vitória*] trabalhar como marteleiro em obra e nas docas. Eu já rodei Rio; Goiás; Rodovia do Aço; Estado de Minas; Itamaçari, na Bahia. Já rodei tudo isso aí. De

2011 pra cá, eu estou parado. Foi quando comecei a sentir a coluna e a ter problema de saúde. Faço uns bicos de vez em quando. Tem um camarada aí que sempre pega serviço. Aí eu ligo pra ele e peço serviço. Daí ele fala: "você quer vir pra cá? você não aguenta o serviço, não". "Não, rapaz, faço das tripas coração". E trabalho pra ele um mês, dois meses. Quando não aguento mais, eu arrio.

**Thiago** E o senhor está aposentado?

**Aloir** Estou nada! Está difícil. Estou correndo atrás pra ver se eles pelo menos me encostam. Eu vou no INSS, mas eles só querem me aposentar por idade. Mas aí fica ruim, ainda faltam 4 anos. Eles pedem para eu levar o laudo do médico. Eu tenho duas hérnias de disco. Minha coluna é toda cheia de bicos de papagaio. O que me prejudicou foi o martelo. Eu era marteleiro e doqueiro. Só o martelo tem 45 quilos. Fora o ar, as ponteiros e a madeira.

**Thiago** O senhor descobriu que tem diabetes tem quanto tempo?

**Aloir** Desde 2011 que descobri.

**Thiago** Como o senhor descobriu?

**Aloir** Através da Dra. Elis. Eu fui fazer exame com a médica da unidade, aí ela descobriu. Eu tava com problema de artrose e coluna.

**Thiago** Como foi pro senhor quando te falaram que o senhor estava com a glicose alta?

**Aloir** Eu fiquei um pouco desesperado. Na minha família ninguém teve.

**Aloir** O certo é controlar assim mesmo, né. Eu tomo os remédios que ela me passou. Ela pediu pra emagrecer, pra varrer a pele da barriga. Tem que diminuir o arroz e o feijão. Mas se eu diminuir o arroz e diminuir o feijão, eu vou passar fome. Eu não como verdura nenhuma. Não desce de jeito nenhum. Sou nascido e criado na roça, mas não acostumei comer verdura. Eu fui criado no meio da lavoura mesmo, mas não acostumei comer. Só feijão, arroz e farinha.

**Thiago** Todo dia o senhor come arroz, feijão e farinha?

**Aloir** Não, eu só almoço feijão com farinha e arroz. À noite eu não janto, não. Aí só vou almoçar lá pra meio dia, 13h.

**Thiago** Por que o senhor acha que teve esse problema de saúde?

**Aloir** Diz o pessoal que é refrigerante, é carne gorda. Porque eu gostava muito de carne gorda. Minha comida era toucinho, peito. Refrigerante eu tomava dois litros numa pratada só. E era todo dia. Mas na minha família ninguém tinha. Que eu



saiba, não. Nem meu pai, nem minha mãe e nem meus irmãos. Mas como eu te disse, eu trabalhava como vaqueiro. E vaqueiro só come carne gorda, carne de jabá [*carne seca*]. A gente viajava seis meses com a boiada. Só carne de jabá, só carne gorda. Aquilo dali ficava nadando no feijão. Era gostoso demais. Toucinho eram aqueles pedaços grandes. Naquela época, eu comia 4 pratos de feijão. Eu não comia em prato não, era uma bacia deste tamanho até a boca.

**Thiago** E aí, em 2011, vem uma pessoa e fala pro senhor mudar isso tudo. Como foi isso pro senhor?

**Aloir** Foi um desfalque muito grande, muito grande... Hoje eu não como churrasco; eu bebia, parei de beber. Tomava 5 litros de cachaça em dois dias e meio. Encarava martelo o dia todo nesse solão. E à noite ia pras docas. Aí tinha que ter uma cachaça aí. Eu tomava cachaça, conhaque... Comecei a beber eu tinha uns 10 anos. A única coisa que eu nunca consegui largar foi de fumar. Fumo cigarro de rolo até hoje. Fumo desde os 10 anos também.

**Thiago** Pelo que entendi, o senhor se sente mal por ter sido um homem muito ativo, que pegava no batente, e agora tem esses problemas. Como é isso pro senhor?

**Aloir** Muito ruim. Olha, vou te falar, isso me prejudicou em muita coisa. Não sei se é poder dos remédios, mas prejudicou até o sexo também.

**Thiago** Depois de 2011 pra cá, o senhor teve dificuldades...

**Aloir** Tive uma recaída.

**Thiago** E o senhor acha que foram os remédios?

**Aloir** Não sei.

**Thiago** E desde que o senhor descobriu, sua glicose fica geralmente em quanto?

**Aloir** Há poucos dias, ela estava zerada, estava boa. E agora, quando eu fui mostrar os exames a ela, ela falou que estava alta. Mandou reduzir de novo. Parar de comer arroz, parar de comer feijão. Mas se eu parar de comer, vou morrer. Não tem como parar. Minha comida quase não tem sal. O café ela mandou tomar com adoçante. Eu disse: "eu não tomo isso não, moça, prefiro largar de beber café a tomar isso". Aí, eu faço café e coloco um pouquinho de açúcar. O café fica mais margoso que doce. Boto uma ou duas colheres de açúcar. Eu diminuí bastante, não como carne gorda.

**Thiago** O que foi mais difícil pro senhor mudar?

**Aloir** Pra mim, foi difícil o café, o sal, a gordura, que eu gostava... Estou comendo mais carne de galinha e peixe.

**Thiago** Então o mais difícil pro senhor foi mudar a alimentação. O senhor quase não fala do remédio. Não foi difícil pro senhor tomar esses remédios?

**Aloir** Os remédios, não é muito bom, não, mas tem que tomar, né?

**Thiago** O senhor esquece de tomar alguma vez?

**Aloir** Não. Eu coloco aqui na cabeceira da cama. Logo de manhã cedo eu vou tomar café. Depois de uns vinte minutos, já pego um comprimido, tomo. Quando eu saio pro serviço, que eu tomo café e tenho que sair rápido, eu não tomo. Pego ele, boto na bolsa e levo. Chegando lá no serviço eu tomo.

**Thiago** Então o mais difícil mesmo foi a comida...

**Aloir** É, rapaz... quando a gente sabe que está no buraco, a gente tem que caçar um jeito de sair dele. Se eu não posso fazer aquilo, eu não vou fazer. Só que o feijão, o arroz e a farinha não tem como mudar. Mas eu estou conseguindo, tô indo bem. Em vista do que eu estava... eu pesava 110 kg. Fui pesar agora, fui pra 94kg e pouco.

**Thiago** E o que o senhor fez?

**Aloir** Eu tomo beringela na água, que me ensinaram que é muito bom; a folha de urucum, um índio me ensinou que é muito bom pra baixar glicose. Emagreci bastante. Estou me sentindo mais leve. Estou cansando menos. Já subo o morro aí. Antes eu não aguentava, me dava uma canseira. Eu não subia essa rua aí a pé não, esperava o ônibus. Eu era um camarada que pegava 100, 150 quilos. Eu botava nas costas e carregava. Quer dizer, antigamente... Aí que minha ex-mulher fala assim: "você se matou quando era novo, e agora fica aí sofrendo".

Aloir, como dito acima, tem uma história de vida semelhante a tantos outros que residem na região em análise. Sua família muito pobre foi obrigada a deixá-lo sob os cuidados de outras pessoas (ex. fazendeiro), o que geralmente significa iniciar uma trajetória de trabalho pesado ainda muito jovem. Tudo isso, combinado à falta de acesso a educação e outros direitos sociais básicos, condiciona uma vida sofrida - ou *vida sacrificada* (GUEDES, 1997) - de baixos rendimentos obtidos da informalidade ou de empregos precarizados, além de múltiplas exclusões sociais.

A descoberta do DM colocou Aloir frente às recomendações dos profissionais de saúde para mudança de seu estilo de vida. Seu relato indica, dentre outras coisas, que sua

alimentação sempre foi rica em alimentos que se relacionam à força física, ou seja, alimentos que sustentam por promoverem a sensação de saciedade e que possibilitam a pessoa suportar as horas de trabalho pesado (BARSAGLINI, 2011; STOLTE et al., 2006; FERREIRA e MAGALHÃES, 2005).

Aloir sempre se alimentou com “carne gorda”, “carne de jabá”, “toucinho” e “feijão, arroz e farinha”. Mesmo morando na zona rural, não aprendeu a comer “verdura”. Suas bebidas preferidas, como o café, continham quantidades significativas de açúcar. Este cardápio foi aprendido e apreendido em um contexto onde “viajava seis meses com a boiada”. Residindo na “metrópole”, esta alimentação era perfeitamente compatível com o trabalho braçal desempenhado por Aloir em obras e nas docas, agora se acrescentando grandes quantidades de refrigerantes. E, na sua percepção, provavelmente foi o tipo de alimentação que sempre teve que ocasionou o DM.

“Desesperado” com o diagnóstico de DM, Aloir fez diversas modificações na dieta. Reduziu a quantidade de açúcar no café - apesar da orientação ser interromper o uso de açúcar e iniciar o uso de adoçantes; parou de comer “carne gorda”; passou a comer outros tipos de carne, como frango e peixes e diminuiu a quantidade de sal utilizada no preparo da comida. Mas isso não foi o suficiente. Por orientação da médica assistente, com base no fato de que suas taxas de glicose e seu peso corporal ainda estavam fora das metas estabelecidas, seriam necessárias mudanças mais profundas na sua alimentação. Mas para ele isso não era possível, pois afetaria a base de sua alimentação, aquilo que tornava possível a manutenção de sua vida: o arroz, o feijão e a farinha. Sobre essas recomendações, é taxativo ao dizer que “se eu parar de comer, vou morrer”.

Fragilizado em sua força para a realização de trabalhos manuais pesados e para a atividade sexual, agora se via diante da possibilidade de não poder repor suas energias com alimentos “fortes”, que sustentam. O adoecimento reduziu sua força. E o tratamento, se seguido à risca conforme as orientações, representaria o completo esvaziamento de sua potência de vida.

Tal situação nos remete ao trabalho de Barsaglini (2011, p. 160):

A manutenção da tão valorizada força física que, na classe trabalhadora, também significa a sobrevivência própria e da família, é possível por meio do repouso e da alimentação; portanto, para o adoecido parece ilógico ou injusto ser privado deles, o que pode gerar a recusa das recomendações alimentares. *A experiência de uma*

*vida de privações materiais no passado e o projeto e o esforço para supri-las com o trabalho se esfacelam diante dos impedimentos colocados pela enfermidade [...] (grifo nosso).*

No entanto, como fica evidente na história de Aloir, não apenas a enfermidade em si pode levar a um esfacelamento - nas palavras de Barsaglini (2011) - de projetos de vida, mas a própria maneira como os projetos terapêuticos são construídos pode resultar em uma “despotencialização” da vida do usuário a tal ponto que suas consequências podem ser ainda mais graves para a pessoa enquanto sujeito autônomo capaz de produzir seus próprios territórios existenciais e modos de produção da vida.

### **“A gente pode comer de tudo, mas de acordo com as regras”: o encontro com Ademar.**

O caso de Ademar guarda muitas semelhanças ao de Aloir. A entrevista com Ademar também foi realizada em sua casa, em uma área no alto do morro, cujo acesso é feito por escadaria. Sua casa também estava em reforma. A casa tem um extenso quintal e foram observadas diversas árvores e plantas ao redor da residência, o que é muito raro na região. Ademar nasceu no ES. Negro, hoje aposentado, de família muito pobre, estudou pouco, trabalhou na zona rural até os 25 anos e foi um dos primeiros moradores do bairro Vista Linda, indo morar nesse local quando migrou para a região metropolitana de Vitória e foi trabalhar no ramo de construção civil. Abaixo, seguem os principais trechos da entrevista:

**Thiago:** Quantos anos o senhor tem?

**Ademar -** Tenho 63. Agora em maio passo pra 64.

**Thiago** O senhor mora aqui tem quantos anos?

**Ademar -** Ih, rapaz, tem mais de 30 anos. Eu entrei aqui no dia 14 de junho de 1987.

**Thiago -** O senhor viu então a comunidade crescer?

**Ademar -** Vi crescer. De 1987 pra cá tem quanto tempo? Faz as contas.

**Thiago -** Tem 27 anos.

**Thiago** - Antes, o senhor morava onde?

**Ademar** - Eu sou de Nova Venécia.

**Thiago** E o senhor trabalhava na roça?

**Ademar** - É. Eu trabalhei na roça até meus 25 anos de idade. Aí eu vim para Vitória e meus pais continuaram na roça.

**Thiago** - Vocês plantavam o que?

**Ademar** - A gente mexia mais com café. E tinha também plantação branca. Esse negócio de arroz, feijão, milho. Era dividido com o patrão, né... a meia... meeiro. Meu pai, coitado, trabalhou tanto, tanto, tanto e nunca conseguiu comprar nada. Pra não dizer que não conseguiu comprar nada, comprou duas casinhas lá no patrimôniozinho que tinha lá perto. Aí ficou pra lá mesmo.

**Thiago** - O senhor tem quantos irmãos?

**Ademar** - Nós éramos em quinze.

**Thiago** - O senhor estudou em Nova Venécia?

**Ademar** - Estudei oito meses do primeiro ano, naqueles colegiozinhos que tinha no meio da roça. Oito meses só. Trabalhava o dia todinho e quando davam 5 horas da tarde parava o serviço e tinha que cortar na perna uma distância como daqui lá pra Carapina [*algo em torno de 15 quilômetros*]. Tinha que passar mata, fazenda, até chegar ao que chamavam grupo na época. Colégio eu fui conhecer aqui [*em Vitória*].

**Thiago** - Nessa época, o senhor aprendeu a ler... [*interrupção*].

**Ademar** - Não, aprendi depois de adulto. Logo que eu era criança, eu ia à escola, mas não fiquei sabendo nada, nem meu nome eu assinava. Quando eu vim pra Vitória, eu sabia ler umas coisinhas, umas plaquinhas, porque antes eu não saía da roça, era só na roça mesmo. E também não tinha tempo de estudar bem. E na roça não tinha escola direito, era fraco. Na roça tinha um terreirão de secar café e tinha o paiol pra guardar os mantimentos. Então, tiraram um cômodo daquele pra fazer a sala de aula. O professor era brabo! Se a gente facilitasse ele cortava na vara, mesmo.

**Thiago** - Hum? Cortava na vara?

**Ademar** - Na vara. Meu pai um dia cortou cipó caboclo no mato e entregou na mão dele. Ele disse: "Aqui, esses moleques meus aqui, se desobedecerem o senhor, pode cortar na vara". Mas não aprendi nada não, rapaz. Praticamente, o estudozinho que eu tenho é só mesmo para o gasto. Não dá pra resolver muita coisa.

**Thiago** - Como foi pro senhor quando descobriu, como que é hoje, o que o senhor faz, o que o senhor não faz...

**Ademar** - Quando eu descobri esse problema eu fiquei surpreso. Disse: "que coisa, gente". Eu achava que eu nunca ia passar por isso. O problema do diabetes, né. Eu fiquei surpreso porque nunca ouvi falar nesse troço. A pressão alta eu não fiquei tão surpreso porque eu perdi três pessoas da minha família com problema de derrame. Eu perdi minha mãe primeiro com cinquenta e poucos anos. Segundo, meu irmão mais velho, também com esse problema. E terceiro, meu pai, que deu derrame.

**Thiago** - Então, no começo, o senhor não sabia muito bem o que era esse problema?

**Ademar** - Não sabia e nem procurava correr atrás e me tratar.

**Thiago** E o senhor descobriu tem quanto tempo?

**Ademar** - Ah, tem bastante tempo. E aí eu falei: "meu Deus, e agora? Mais um problema pra cima de mim".

**Thiago** Isso tem quantos anos?

**Ademar** - Rapaz, pra falar a verdade eu não marquei não...

**Thiago** - O que o senhor sentiu no momento que descobriu?

**Ademar** - Fiquei meio preocupado. Depois teve uma menina aqui [*aponta para uma casa na vizinhança*]... acho que é Marinete o nome dela... pois é, depois que ela morreu, falaram comigo que era problema de diabetes. Aí eu fiquei preocupado [*cabeça baixa, fala lenta*]. Aí depois veio o caso do marido da minha prima. Começaram a cortar dedo, pé e tal. Fiquei mais preocupado ainda. Falei: "caramba, pensei que esse troço não era tão sério". Aí ele não aguentou também e morreu. Aí pronto, aí que eu fiquei mais preocupado.

**Thiago** - Hum?

**Ademar** - E tinha aquela boazinha, branquinha, que eu não esquecia [*risos, referindo-se a cachaça*]. Aí num outro dia eu tava pensando: "O que eu fui fazer". Aí tentei, tentei, até que agora, graças a Deus, estou... eu não estou liberto não, porque sempre ainda lembro, né... mas eu evito ela, evito chegar onde está ela, porque ela não vem até mim, eu que vou até ela. Que eu não posso com ela por causa do diabetes. O diabetes altera... porque ela está lá... se eu chegar, ela vai querer me chamar, então eu não vou até ela.

**Ademar** - Mas aí depois também veio problema de... eu gostava tanto, rapaz, de fruta. Eu fui criado na roça e lá tinha fartura... manga, banana, mamão... eu chupava dessas manguitas [*tipo de manga*]... eu botava uma bacia assim e chupava. Ia meia dúzia. Mas agora é no máximo uma. Graças a Deus, aquela cegueira de encher a barriga se foi. Foi difícil no começo aceitar esses problemas todos. Mas aí a gente vai se acostumando, vai evitando muitas coisas.

**Thiago** - Então o senhor teve que mudar bastante coisa. E foi difícil?

**Ademar** - No início, sim. Você precisa ver o tamanho da marmita que eu levava para o serviço. O pessoal ficava olhando aquela marmitona... [*risos*].

**Thiago** - O senhor trabalhava com o quê?

**Ademar** - Trabalhava com construção civil, na parte elétrica. Mas tudo de obra é pesado. E aí tinha que comer bem pra aguentar até cinco horas da tarde. Às vezes ia até dez horas da noite, quando a gente fazia hora extra uma ou duas vezes por semana. Eu comia bem pra caramba, rapaz! Porque se comesse pouquinho, daqui a pouco eu estava com fome de novo. Agora não, eu não como muito mais não. É pouquinho. Me ensinaram que eram duas colherzinhas de arroz. Mas eu não pego aquelas colheres pequenas, não... [*risos*]. Pego daquela maior, aí pego duas colheres. Quando tem macarrão, eu não como, que é o meu prato preferido. Quando tem arroz e macarrão, eu vou escolher um, porque não posso comer os dois, né!

**Thiago** - Então o senhor deixou de comer o prato que o senhor mais gostava.

**Ademar** - Era o prato preferido meu.

**Thiago** - E teve que deixar de comer as frutas na quantidade que o senhor sempre comeu.

**Ademar** - Isso. Não abandonei de vez, porque a nutricionista falou assim: "Sr. Ademar, a gente pode comer de tudo, mas de acordo com as regras". Aí lá vai eu perguntar: "E manga, doutora? Eu gosto muito de manga". Aí ela falou: "É uma manga". "E Banana?". "Uma só". Aí eu falei: "Ah, meu Deus, então eu prefiro não comer nada..." [*risos*]. Quem comia meia dúzia de banana assim, num estalo, pra hoje comer uma, é difícil.

**Thiago** - O que o senhor pensa disso tudo, digo, dessas mudanças todas?

**Ademar** - Vou te falar a verdade. Eu já fui acostumado com muita fartura. Chega num ponto em que você ter que se afastar dessa fartura é muito difícil. Mas a gente tem que respeitar a lei, porque a norma é tipo uma lei, né?! A gente tem que respeitar a lei, então a gente tem que respeitar a norma. Já que os médicos pedem, então tem que fazer porque eles entendem de tudo. Os médicos que estudam, entendem. E a gente que não estuda não entende nada.

**Thiago** - E como sua família viu essas mudanças que o senhor teve que fazer?

**Ademar** - Pra eles eu acho que não mudou nada. Sempre aqui em casa foi fritura. Mudei muita coisa, mas por mim mesmo. Tinha que mudar, então não tem jeito.

**Thiago** E alguma coisa ajudou o senhor a se cuidar melhor?

**Ademar** - O que ajudou foi o alerta das pessoas pra mim, né. Porque eu achava que aquilo ali era um problema que a gente cuidava com o tempo. Mas diz que o troço não tem cura permanente. Então a gente tem que se afastar daquilo que a gente vê que não combina. Então é assim... eu estou indo... o dia que Deus quiser me levar eu já estou preparado. Eu procuro esquecer tudo isso. Quando é de noite, que eu acordo de madrugada, a única companheira minha é a bíblia, né. Sento, estudo um pouquinho. Então vou assim.

**Thiago** - Desde que o senhor descobriu o diabetes, o que foi mais difícil para o senhor?

**Ademar** - Pra falar a verdade, foi tudo. Porque eu não esperava isso. Quando a gente é novo e tem saúde, você nunca espera derrota. Mas ela veio.

**Thiago** - O senhor acha que isso é uma derrota?

**Ademar** - Ah, com certeza, Thiago. Eu tinha minha vida toda aberta. Trabalhava todo dia, saía às 3, 4 horas da manhã, ia pro serviço, voltava, chegava em casa 21,



22 horas. Tinha dia que chegava 2 horas da manhã. Mas aí veio o problema na coluna e esse negócio de diabetes. Aí é derrota, né. Hoje, só posso pegar 5 kg. Eu pego a vassoura, começo a varrer e vou naquele canto lá, quando eu chego aqui já tenho que sentar. Quando vou resolver algum problema na rua eu resolvo, mas obrigado. Chego em casa, já tenho que tomar um banho e ir direto pra cama pra aliviar um pouco. Quando eu subia isso aí era com saco de cimento nas costas [referindo-se à escadaria que dá acesso a sua casa. *Todo o material de construção era levado por ele mesmo, já que não há ruas que passam pela casa. O acesso é pela escadaria ou por ruelas estreitas que conectam diferentes regiões do morro*]. Cimento, areia, brita. Essa casa aqui foi toda reformada por mim. E agora tô assim. Sem saúde você não é nada. Hoje me sinto um derrotado, porque tenho vontade de trabalhar e não tenho forças.

**Thiago** - Entendo. O senhor usa alguma medicação?

**Ademar** - Uso um grandão... acho que é o Daonil...

**Thiago** - Esse grandão é a metformina?

**Ademar** - Desculpa. É isso mesmo. Uso a met... metformina, o pequeno, que é o Daonil e a insulina.

**Thiago** - E como é usar a medicação?

**Ademar** - É difícil, todo dia. De manhã são dois e à noite são cinco [comprimidos]. Eu não esqueço nunca. Hoje mesmo eu ia saindo sem o remédio. Mas lembrei na hora. E quando eu não tomo, quando estou na rua, já começo a me preocupar. Já pensou se minha pressão for lá em cima comigo sozinho na rua? Eu estava usando de carregar Atenolol e Losartana na carteira, mas estava me incomodando muito. Aí comecei a colocar na mesa da cozinha. Aí quando levanto de manhã já lembro.

**Thiago** E quando o senhor começou a usar insulina, como é que foi?

**Ademar** - E quem disse que eu acostumei ainda? É ruim, hein! [risos].

**Thiago** O senhor toma quantas vezes?

**Ademar** - Uma vez, à noite.

**Thiago** E como é?

**Ademar** - Ah, aquela furadinha todo dia aqui [*aponta para um local onde aplica a insulina*]. Que isso, rapaz! E quem é que acostuma com dor?

Ademar tem uma história de vida que, semelhante à de Aloir e tantos outros homens que residem na região, pode ser caracterizada como uma *vida sacrificada* (GUEDES, 1997). Estes homens, em conjunto, formam o que Souza (2009) chama provocativamente de “*ralé*” *estrutural brasileira*, que seria um segmento que abarca aproximadamente 1/3 da população brasileira “que está abaixo dos princípios de dignidade e expressivismo, condenada a ser, portanto, apenas “corpo” mal pago e explorado, e [que] por conta disso é objetivamente desprezada e não reconhecida por todas as outras classes que compõem nossa sociedade” (SOUZA, 2009, p. 122). E em sua vida sacrificada, Ademar sente-se “derrotado” e destituído de suas “forças” ao se ver com problema da “coluna e do diabetes”, que o impossibilitam de trabalhar, apesar de sua vontade.

E esta percepção de derrota traz em si a fratura na ideia de **força** que estrutura o ideal de *homem e trabalhador* (GUEDES, 1997). Sem suas forças, sem poder trabalhar, sem sua energia vital que o possibilita lutar contra as adversidades que a vida lhe impõe, a derrota e a percepção de que se encontra no buraco o dominam. Sentir-se derrotado, desta forma, significa um esvaziamento de sua potência de vida em graus significativos.

Viver o adoecimento teve grande impacto em sua vida. Os problemas afetaram sua capacidade para o trabalho pesado, além de HAS e DM2, que inicialmente não foi alvo de grandes preocupações e mudanças por parte de Ademar, mas que em momentos posteriores o levou a mudar algumas coisas em sua rotina. Como no caso de Aloir, Ademar fez várias mudanças em sua alimentação, o que significou deixar de comer coisas que sempre fizeram parte de seu cardápio alimentar desde sua infância, como o macarrão. Contudo, tais mudanças não foram radicais, sendo que Ademar fez diversos movimentos de adaptação das orientações oferecidas por profissionais de saúde a sua própria realidade. Mesmo assim, as alterações em seu padrão de alimentação foram difíceis, já que sempre foi acostumado com “fartura”.

No momento em que Ademar recebeu o diagnóstico de DM2, sua reação foi de surpresa. Diferente da HAS, Ademar não tinha história de DM2 na família e nunca havia entrado em contato direto com o problema de forma a estruturar uma noção do

que seria a doença. Talvez por isso, inicialmente Ademar não realizou grandes iniciativas de sua parte para manejar o problema.

Mas sua percepção da gravidade do problema mudou quando, dentre outras possíveis coisas que não apareceram no relato, soube de vários casos de pessoas com DM2 que morreram em decorrência da doença ou tiveram complicações sérias, como amputações de partes do corpo. O contato com o sistema de saúde e todas as iniciativas de esclarecimento sobre a doença (ações educativas, consultas médicas e de outros profissionais de saúde), com a mídia e os inúmeros programas e propagandas que veiculam determinadas ideias e valores sobre a doença e o autocuidado e, como no caso de Ademar, a observação da trajetória de vida de pessoas que receberam o diagnóstico de DM2 compõe um dispositivo que produz e faz circular saberes que, mediada pela experiência singular de cada pessoa com o problema, moldam certas percepções da gravidade da doença e a necessidade ou não de tratamento. E, segundo Ademar, foi a partir da percepção de que o DM2 poderia acarretar em sérios danos a sua saúde (morte e complicações) que ele passou a se preocupar mais com sua condição de saúde e manejar aspectos de sua vida cotidiana de forma a atender, mesmo que parcialmente, as orientações básicas de cuidado com suas taxas de glicose.

E tais orientações foram apreendidas por Ademar, apesar de sua iniciativa própria de ajustar certas condutas, a partir de uma relação vertical e normativa com os profissionais de saúde. Para ele, “afastar-se da fartura” com a qual sempre viveu significa “respeitar a lei”, assim denominada já que a “a norma é um tipo de lei”. E tal norma é veiculada pelos profissionais de saúde, especialmente pelo médico, pois estes “estudam” e por isso “entendem de tudo”. Assim, para Ademar o estudo de determinada área - no caso, a medicina - confere ao sujeito uma posição de autoridade sobre determinados conteúdos e práticas - no caso, o que deve ser feito diante do DM2. E como Ademar não estudou o suficiente, não se considera interlocutor válido - assim como não o consideram - capaz de produzir em ato e em conjunto com os profissionais seu projeto terapêutico com base em sua experiência e trajetória de vida.

Isto remete ao que poderíamos chamar de *sociedade de normalização* com base nos trabalhos de Foucault. Afastando-se de uma compreensão do poder a partir de conceitos tradicionais como lei, soberania e repressão, Foucault mostra como este se exerce não apenas de forma negativa em seus mecanismos, mas também no domínio da norma e de

uma positividade que molda e constitui. E nesta positividade do poder, a “normalização refere-se a um processo de regulação da vida dos indivíduos e das populações”, ou seja, “funcionamento e finalidade do poder” - *disciplina e biopolítica* (CASTRO, 2009, p. 309). Para Foucault, a norma:

[...] refere os atos e as condutas dos indivíduos a um domínio que é, ao mesmo tempo, um campo de comparação, de diferenciação e de regra a seguir (a *média* das condutas e dos comportamentos) [...].

[...] diferencia os indivíduos em relação a esse domínio, considerado como um umbral, como uma média, como um *optimum* que deve ser alcançado [...].

[...] mede em termos quantitativos e hierarquiza em termos de valor a capacidade dos indivíduos [...].

[...] a partir da valorização das condutas, impõe uma conformidade que se deve alcançar; busca homogeneizar [...].

[...] traça a fronteira do que lhe é exterior (a diferença com respeito a todas as diferenças), a anormalidade. (CASTRO, 2009, p. 310).

Alertado pelas pessoas, Ademar alcançou uma razoável adaptação às orientações - “normas”, “leis”, “regras” - para o manejo de sua condição de saúde. Usa com regularidade suas medicações (comprimidos e insulina), fez ajustes em sua alimentação (apesar de não serem ajustes radicais) e comparece às consultas e atividades do grupo HiperDia propostas pela equipe de saúde. Afastou-se, desta forma, “daquilo que não combina” e assim “está indo”, “levando a vida”. Sem cura, a alternativa que apresentam para Ademar é a de se ajustar às doenças que o acometem.

Para Foucault (2001, p. 62):

A norma não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Por conseguinte, a norma é portadora de uma pretensão de poder. A norma não é simplesmente um princípio de inteligibilidade; é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado. Conceito polêmico - diz Canguilhem. Talvez pudéssemos dizer político. Em todo caso [...] a norma traz consigo ao mesmo tempo um princípio de qualificação e um princípio de correção. A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo.

Enfim, Ademar é exemplo de como as exigências e normas que se estabelecem para o autocuidado do DM2 - mudança de comportamentos e adesão à terapêutica medicamentosa - compõem dispositivos de poder produtores de saberes e verdades que não se esgotam em um viés técnico-científico, mas trazem em si uma orientação política de comparação, hierarquização e diferenciação de sujeitos, a partir da homogeneização de condutas, cuja base de expressão é a correção, transformação e assujeitamento dos corpos e de sua potência.

O problema é que essa “docilização” dos corpos, quer dizer, corpos que podem ser submetidos, utilizados, transformados e aperfeiçoados (FOUCAULT, 2012a, p. 132), ocorre em um contexto de *adoecimento crônico*, sem perspectivas de “cura” e com grande impacto na trajetória de vida das pessoas, e de *vida sacrificada*. Corrige-se para que não se agrave o problema e não se inutilizem os corpos. A uma vida com escassas alternativas socioculturais, acrescenta-se uma limitação biológica e comportamental definida a partir de saberes científicos que apontam para normalizar, regular, disciplinar e controlar a própria vida. Neste processo:

[...] somos vítimas de uma subjetividade dominante reproduzida em modelos padronizados de viver, o que expressa a perda da capacidade de efetuação das nossas próprias potências, evidenciando a ausência de modos singulares de existir como um fator que nos fraciona e enfraquece (CERQUEIRA, 2010, p. 31).

O movimento de normalização da vida é um movimento moral de produção de modos de existência, em uma perspectiva deleuziana, ou de estilos de vida, a partir de Foucault. Para Deleuze (1992), Foucault traz a noção de uma produção de estilos de vida ou modos de existência não somente estética, mas também ética - em oposição à moral. Esta ética, segundo Deleuze, “é um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica” (1992, p. 125). Por outro lado, a leitura que Deleuze faz da moral em uma de suas entrevistas, quando dialoga sobre o trabalho de Foucault, diz que esta “[...] se apresenta como um conjunto de regras coercitivas de um tipo especial, que consiste em julgar ações e intenções referindo-as a valores transcendentais (é certo, é errado...) [...]” (1992, p. 125).

Contudo, Castro (2009) mostra que Foucault trabalha com dois sentidos de moral. Por um lado, um código moral cujo significado se assemelha ao proposto por Deleuze, acentuando-se o aspecto prescritivo proposto pelas instituições (família, igreja, escola,

etc) aos indivíduos e grupos. Por outro, uma moralidade dos comportamentos entendida como “os comportamentos morais dos indivíduos à medida que se adaptam ou não às regras e aos valores que lhes são propostos” (p. 155), ou seja, uma ênfase nos modos de subjetivação. A “moral” traz em si, desta forma, uma ambiguidade. Nas palavras do próprio Foucault (1998, p. 26):

Por “moral” entende-se um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as igrejas, etc. Acontece dessas regras e valores serem bem explicitamente formulados numa doutrina coerente e num ensinamento explícito. Mas acontece também delas serem transmitidas de maneira difusa e, longe de formarem um conjunto sistemático, constituírem um jogo complexo de elementos que se compensam, se corrigem, se anulam em certos pontos, permitindo, assim, compromissos ou escapatórias. Com essas reservas podemos chamar código moral esse conjunto prescritivo. Porém, por “moral” entende-se igualmente o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e valores que lhes são propostos: designa-se, assim, a maneira pela qual eles se submetem mais ou menos completamente a um princípio de conduta; pela qual eles obedecem ou resistem a uma interdição ou a uma prescrição; pela qual eles respeitam ou negligenciam um conjunto de valores [...]. Chamemos a esse nível de fenômenos a “moralidade dos comportamentos”.

E é a partir destes códigos, comportamentos e também uma relação a si mesmo que devemos analisar a constituição do sujeito enquanto sujeito moral. Para Foucault (1998, p. 28):

Em suma, para ser dita “moral” uma ação não deve se reduzir a um ato ou a uma série de atos conformes a uma regra, lei ou valor. É verdade que toda ação moral comporta uma relação ao real em que se efetua, e uma relação ao código a que se refere; mas ela implica também uma certa relação a si; essa relação não é simplesmente “consciência de si”, mas constituição de si enquanto “sujeito moral”, na qual o indivíduo circunscreve a parte dele mesmo que constitui o objeto dessa prática moral, define sua posição em relação ao preceito que respeita, estabelece para si um certo modo de ser que valerá como realização moral dele mesmo; e, para tal, age sobre si mesmo, procura conhecer-se, controla-se, põe-se à prova, aperfeiçoa-se, transforma-se.

Foucault, então, vai discernir entre uma moral voltada para o código - prescritivo em sua orientação - e uma moral que enfatiza a ética - com acento nos modos de subjetivação. Para Castro (2009), Foucault confere equivalência à “sujeito moral” e “sujeito ético” em sua obra, sendo que a ética seria o domínio de constituição de si mesmo enquanto sujeito moral. Numa moral orientada à ética, tem-se a elaboração de uma estética da existência, em contraposição a uma moral dos comportamentos.

É nesse sentido que:

O modo de relação dos indivíduos com eles mesmos é o que faz irromper a ética remetida à questão de como o indivíduo é capaz de constituir-se como sujeito das suas próprias ações por meio de diferentes práticas. Tanto as práticas de dominação quanto as práticas de liberdade produzem sujeitos. Trata-se de fazer circular novas formas de ser, fabricar modos de si, desconhecidos, ousados, sutis. Ou seja, escapar à matriz de individualização promovida pelo Estado [*e acrescentaria pelo mercado*] (CERQUEIRA, 2010, p. 33).

A *derrota* sentida por Ademar provocada por seu adoecimento, mas não apenas por isso, pode ser entendida à luz dessas questões. Ademar não está destituído de toda capacidade para trabalhar e realizar suas tarefas cotidianas, mas foi afetado de forma a não conseguir mais realizar aquilo que sempre fez como trabalhador braçal. Então estamos diante de uma pessoa sem qualquer perspectiva de inserção no mercado de trabalho e na vida social. Ademar foi derrotado em um jogo que o posiciona como trabalhador precarizado.

Ademar tem sua vida padronizada enquanto trabalhador braçal - *trabalho pesado*. Mas sem forças, não pode atender ao que se espera dele. E agora se via também padronizado em sua forma de se alimentar e de se comportar diante de seu quadro de saúde. Ademar adere a um “estilo de vida” estética e eticamente vinculada a uma moral orientada para um código prescritivo e normalizador de sua existência. Afinal, a norma, estabelecida pelo saber científico e transmitida pelos profissionais de saúde, “existia para ser seguida”, em seus dizeres, embora seu “comportamento real” comportasse alterações dessas condutas prescritas.

Como ação moral, a adesão de Ademar às prescrições se vincula a uma materialidade da redução da capacidade do corpo em controlar os níveis de glicose. Esta materialidade, abstratamente denominada DM2, compõe um dispositivo de saber-poder que implica

em um código moral que explicita um conjunto mais ou menos sistemática de prescrições para o controle da doença. Esta materialidade de seu corpo disfuncional e o código moral prescritivo e normalizador que formata estilos de vida saudáveis atrelam-se as exigências de certo agir sobre si mesmo, certo nível de consciência de si que constitui um sujeito moral docilizado, assujeitado e atento às prescrições. Ademar define sua posição em relação ao preceito que respeita nomeando as orientações alimentares como lei, norma a serem seguidas, já que os enunciadores dessas orientações são “estudados”. A partir disto, adere às medicações e às orientações alimentares, embora opte por seguir parcialmente estas recomendações. O resultado é sua **derrota**.

Contudo, esta questão de “estilos de vida” moralmente vinculados ao código prescritivo e normalizador nos remete a moral orientada para a ética que significa interrogar tal modo de existência produtor de “derrotas” e de um completo esvaziamento da potencia de vida do sujeito e sua capacidade de fabricar novos modos de si. Questiona-se: “moralizar”, no sentido foucaultiano, a vida de uma pessoa com DM2, enunciando um código parcialmente científico de prescrições de modos saudáveis de viver e controlar a doença, exigindo sua adesão a estas normas, implica eticamente em que modo de existência, em que individualização? Os relatos vistos até o momento denotam um modo de existência “despontencializado” - “morte”, “derrota”, “buraco”.

A problematização deste modo de existência produzido por práticas de dominação de estilização e moralização da vida cotidiana frente aos riscos à saúde associados a condições como o DM2 e a HAS traz outra questão: como se pode praticar a liberdade neste contexto de adoecimento crônico e vida sacrificada? E tal questão é relevante, pois a ética é a prática refletida da liberdade e a “liberdade é a condição ontológica da ética” (FOUCAULT, 2012b, p. 261). E não se trata aqui de afirmar um processo de liberação da moral opressiva materializada no tripé terapêutico do DM2 (mudança de estilo de vida, adesão aos medicamentos e monitoramento das taxas de glicose), como se isso significasse o reencontro do sujeito libertado com sua essência perdida.

No caminho construído por Foucault (2012b), o problema seria definir as práticas de liberdade - e não uma liberdade essencial e natural ao ser humano, abalada por processos sociais, políticos e econômicos - nas quais se tornaria possível um modo de existência digno e potente em um contexto de carência material, violência e



adocimento crônico. Ou seja, trata-se de definir “uma ética da liberdade que valorize a pluralidade da existência nas suas mais diferentes formas [permitindo] pensar lugares plurais no mundo, onde seja possível a circulação das mais variadas manifestações da singularidade como potencia pura de vida” (CERQUEIRA, 2010, p. 34).

Para Castro (2009, p. 246-7):

[...] o conceito foucaultiano de liberdade surge com base na análise das relações entre sujeitos e na relação do sujeito consigo mesmo, as quais se denominam, em termos gerais, poder. E isso de uma dupla maneira: nas relações de poder que se estabelece entre diferentes sujeitos e nas relações de poder que o sujeito pode estabelecer consigo mesmo. No primeiro caso, podemos falar de “liberdade política” (em um sentido amplo, não reduzido ao estatal, ao institucional); no segundo, de “liberdade ética” ou também utilizando uma linguagem mais foucaultiana, de “práticas de liberdade” e de “práticas reflexivas de liberdade”. No primeiro caso, as práticas de liberdade em sentido político, partindo da ideia que o exercício do poder é uma maneira de “conduzir condutas”, podem ser qualificadas como livres aquelas formas de relação entre sujeitos que, negativamente, não estão bloqueadas e, positivamente, aquelas em que se dispõe de um campo aberto de possibilidades; isto é, relações que são suscetíveis de modificação. No segundo caso, na liberdade ética, essa disponibilidade de diferentes condutas, e ações ou comportamentos situasse em um campo que se define por sua reflexividade; com efeito, trata-se de condutas, comportamentos e reações pelas quais o sujeito se constitui a si mesmo, dá-se uma forma.

Neste movimento de constituir-se a si mesmo, dar-se uma forma, o “sujeito ético” se situaria em um campo aberto de possibilidades passíveis de modificação definido por sua reflexividade (CASTRO, 2009). E isto implica em reconhecer que o sujeito não é uma substância, mas uma forma, forma esta nem sempre idêntica a si mesmo. E neste sentido, Foucault mostra como o sujeito se constitui de determinada forma, saudável ou não, diabético ou não, rebelde ou não, em intrincadas relações entre o sujeito e os jogos de verdade, o que remete ao problema saber-poder e a problematização de tudo o que se relaciona com a vida. Constitui-se o saudável, o diabético, o doente na relação com quem enuncia (FOUCAULT, 2012b; CERQUEIRA, 2010).

Trata-se então de enxergar a emergência do possível na relação com o outro, ou seja, trata-se em uma perspectiva deleuziana de criar *possibilidades de vida*, sendo que esta é

sempre uma diferença. E uma possibilidade de vida refere-se não especificamente a um conjunto de atos ou uma preferência ou a opção por determinadas coisas e não outras. De outro modo, uma possibilidade de vida remete a um modo de existência, um *agenciamento concreto de vida*, entendendo-se esse modo de existência como uma maneira singular de avaliar, separar e distribuir afetos. Nas palavras de Zourabichvili (2000, p. 338), “a invenção de novas possibilidades de vida supõe, portanto, uma nova maneira de ser afetado”, sendo que “o possível remete à potência” (p. 339).

Somos remetidos, portanto, à emergência de um sujeito ético-político em outras bases, na qual a ética atravessa os dispositivos institucionais que constituem os sujeitos de forma a potencializar a criação de múltiplos territórios existenciais. Para Cerqueira (2010, p. 36):

Trata-se de trilharmos um campo de incertezas, porém balizado pela afirmação do possível, o que pode nos levar a caminhos anteriormente impensáveis, não mais impedidos pelo rigor do pensamento, pelo claustro da moral que tantos limites nos impõem, inculcando medo a cada passo de nossa existência.

### **“Afeta tudo. Afeta na vida. A pessoa não pode ter a vida que levava antes”: o encontro com Maurício.**

A entrevista com Maurício também ocorreu na sua residência. Quem sugeriu que eu conhecesse Maurício foi uma ACS, que o caracterizou como “um paciente rebelde”. Nas conversas travadas com os demais trabalhadores, confirmei que esta percepção era compartilhada por todos. Como poderá ser visto na entrevista, Maurício fez diversas mudanças em sua alimentação após receber o diagnóstico de DM2. Mas o maior problema é que suas taxas de glicose estavam permanentemente altas, o que levou a equipe de saúde a considerá-lo como “resistente ao tratamento”.

Usuário de insulina e já apresentando algumas das complicações da doença, como retinopatia diabética, Maurício é um usuário que recebe atenção mais intensiva por parte da equipe, sendo convidado a participar enfaticamente de todos os grupos de HiperDia que ocorrem na microárea e a frequentar regularmente as consultas de enfermagem (para descarregar as informações do glicosímetro) e médica.

O mais interessante deste caso foi a possibilidade de termos nos encontrado em um dia de atendimento na Unidade de Saúde. Em um dia de funcionamento rotineiro da USF, Maurício compareceu sem agendamento prévio queixando-se de mal-estar e tonturas. Sua glicemia capilar indicou uma taxa de glicose superior a 400 mg/dL, o que resultou no seu encaixe na agenda da médica da equipe. Sem muita demora, a médica abordou Maurício ainda no corredor, que no momento estava vazio. O diálogo abaixo foi observado:

**Médica** - O que houve, Sr. Maurício? Sua glicose está muito alta.

**Maurício** - Eu sei. Mas eu sei por que está assim. É o nervoso. Minha cabeça está cheia. Passei raiva ontem e agora a diabetes está alta.

**Médica** - Sr. Maurício, não vem com essa, não. Raiva não aumenta a glicose assim não. O senhor não está se cuidando direito. Tenho certeza. Vou prescrever insulina aqui e o senhor vai lá na sala de medicação para eles aplicarem.

**Maurício** - Não precisa, doutora. Eu sei como controlar a diabetes. Foi só por causa da raiva que passei.

**Médica** - De jeito nenhum. Vai ficar ali esperando até ela abaixar um pouco. Eu vou te avaliar depois.

Este encontro foi bastante tenso. Maurício afirmou diversas vezes saber o motivo da elevação das taxas de glicose - a raiva - e que sabia exatamente o que fazer: usar a insulina corretamente, descansar, alimentar-se com “comidas leves”, hidratar-se e aguardar algumas horas até que a glicemia retornasse ao seu nível de costume. Mas sua visão sobre as causas do seu problema e a forma de lidar com isso não foram validadas pela médica, nem integradas ao tratamento proposto. Maurício permaneceu aproximadamente 3 horas na unidade de saúde. Foram necessárias duas aplicações de insulina regular para que a glicemia começasse a baixar.

Em determinado momento, quando fui até ele e iniciei uma breve conversa sobre o que estava acontecendo, ficou evidente seu desconforto com a situação: tanto em ter que esperar no serviço por tanto tempo, quanto por ter a certeza de que aquilo tudo não era a solução para o problema. O descompasso entre as percepções de Maurício e da médica sobre o problema e a forma de resolvê-lo foi marcante. E no encontro usuário-profissional, quando supostamente haveria um diálogo, foram gerados intenso ruído e conflito, resolvidos pela imposição da conduta médica ao paciente, que acatou e

aguardou. É óbvio que os níveis de glicemia de Maurício exigiam atenção por parte da profissional. Não era o caso de apenas escutar as explicações e propostas de conduta de Maurício, acatá-las passivamente e liberá-lo para casa. A questão é como o encontro foi construído de maneira violenta e sem margem para a participação ativa de Maurício no cuidado.

É importante neste momento uma pausa para discutirmos o encontro que se estabeleceu entre Maurício e a médica. Entendo o encontro usuário-trabalhador enquanto espaço intercessor, ou seja,

[...] o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou (MERHY, 1997, p. 132).

Pensar o encontro usuário-trabalhador a partir deste conceito deleuziano de intercessores, ou intersecção como intervenção (MERHY, 2002), significa pensar esta produção do cuidado em ato não somente como uma produção conjunta - muito menos uma relação autoritária, hierárquica, unilateral e violenta - a dois, a três ou em vários, mas enxergar que a “criação são os intercessores” (DELEUZE, 1992, p. 156), ou seja, captar o outro - individual ou coletivo - em seu “flagrante” movimento de constituição, fabricando para si intercessores, sendo intercessores um do outro. Trata-se de opor, às verdades - para Deleuze, fictícias - dadas a priori do discurso solitário e arrogante do senhor colonizador, o discurso de minoria produzido com intercessores, onde “cada um é o falsário do outro, o que quer dizer que cada um compreende à sua maneira a noção proposta pelo outro” (DELEUZE, 1992, p. 157). É fundamental o espaço de criação como crítica do pensamento de representação e afirmação da diferença e do encontro (VASCONCELLOS, 2005).

E esta perspectiva do encontro como espaço intercessor, na qual se sustenta a dimensão das tecnologias das relações do trabalho em saúde (FRANCO et al., 1999), potencializa a compreensão do encontro observado entre Maurício e a médica como analisador da dinâmica de relações entre usuários e trabalhadores deste serviço. Maurício traz para a cena toda uma riqueza existencial. Mas no encontro, Maurício não é reconhecido como interlocutor válido, como intercessor dos profissionais de saúde. E muito menos estes

dele. Não houve um encontro de cuidado criativo no qual “eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim” (DELEUZE, 1992, p. 135). A conduta está pré-estabelecida. Glicemia alta é igual a insulina regular e monitoramento. Não há possibilidade de negociação. O risco é iminente. Não importa toda a trajetória de vida da pessoa que, descobrindo ter DM2 há anos, produziu saberes e práticas, um “conhecimento de si” e certo “cuidado de si mesmo”. Não se produz um encontro onde um seja falsário do outro, desconstruindo verdades pré-estabelecidas um do outro. Há uma representação: glicemia alta, baixa adesão ao tratamento, alto risco de complicações, conduta agressiva. Tem-se uma identidade e uma representação do “diabético”. Interessa recuperar a perspectiva deleuziana na qual

Engendra à sua maneira um combate permanente contra a representação de um eu imbuído de um singular sem singularidade que impõe a tirania do eu-déspota. Um eu, portanto, sem o outro; um eu contra o outro, um eu alicerçado num tempo psicótico cujo axioma fundamental é a anulação, por meio da degeneração da alteridade. O eu-déspota, filho da moral e da verdade verdadeira [...] (LINS, 2001<sup>5</sup> apud BRITO, 2012, p. 24).

Como dito acima, as altas taxas de glicemia de Maurício neste encontro em particular coloca em questão a necessidade de uma intervenção biomédica já que há um risco não desprezível de consequências indesejáveis à condição de saúde do usuário. Contudo, este encontro serve bem, como fica evidente em diversos outros pontos deste trabalho, como analisador de certo modo de operar as relações no serviço e produzir os processos de trabalho da equipe.

Vamos agora conhecer um pouco mais Maurício:

**Thiago** Fala um pouco sobre o senhor.

**Maurício** Vou fazer 55. Sou de 1958. Trabalhei como vigilante de condomínio por 10 anos e saí. Depois disso, fui trabalhar no supermercado. Tenho cinco filhos. Moro aqui com minha irmã. Minha sobrinha mora na casa do lado [*as casas são no mesmo terreno, muito próximas*]. Tem 9 anos que moro aqui. Antes morei na Serra [*município vizinho a Vitória, componente da Região Metropolitana da Grande Vitória*]. Nós somos em sete irmãos. Morreu um, ficaram seis. Nasci na Bahia, em Mucuri. Vim com 15 pra 16 anos. Aí cheguei aqui e fui cair nessas obras bravas aí,

---

<sup>5</sup> LINS, D. Sujeitos e devires: o corpo-drogado. In: LINS, D. (Org.). **Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2001.

trabalhando. Eu e minha irmã mais velha trouxemos minha mãe e meu pai. Meu pai faleceu aqui. Eu vim estudar aqui. Fiz até o ensino médio. Eu deixei de trabalhar porque tenho um problema na minha coluna. O médico falou assim pra mim: "a sua coluna, eu vou ter que tirar uma medula dela. A medula estragou e está bem gasta. Tem duas tentativas. Eu dou firmeza que o senhor vai andar ou não vai. É melhor o senhor ficar tomando remédio e não operar, porque eu já operei gente que está na cadeira de rodas. O senhor fica no INPS, vai tratando, vou dando laudo ao senhor. O senhor já viu os problemas que o senhor tem: diabetes, psoríase... é melhor o senhor ir tratando. Aí foi indo até que uma médica falou: "vem cá, o senhor já tem três meses de encostado e estou vendo seu problema aqui no computador... o senhor não tem condições de continuar naquele serviço... é diabetes, psoríase, coluna, pressão alta... não dá pro senhor voltar". Onde eu trabalhava, se o médico escreve na carta que você só pode pegar 5 kg, lá são 1200 kg na paleteira. É você ter que pegar uma carreta de arroz e fazer paletes de 15 de alta e ter que puxar, um na frente e outro atrás, pra botar naquele negócio pra empilhadeira empilhar. Então hoje eu tô enconstado. Mas não foi porque eu quis parar o serviço. Foi porque minha função era essa e não podia mais pegar peso. Eu sempre trabalhei pegando peso.

**Thiago** E como o senhor descobriu ter diabetes?

**Maurício** Quando isso estourou na minha vida, foi de uma hora pra outra. Eu lembro que caí por causa de uma tontura. Depois disso eu fui caçar um médico. Fui na Santa Casa de Misericórdia [*hospital de grande porte da cidade*] e o médico descobriu que era diabetes. Lembro dele falando: "o que o senhor tem é diabetes. Só que seu diabetes está em 370 já, por isso que o senhor caiu. De agora em diante, o senhor vai ficar na dieta, na dieta, na dieta... Se você bebe cerveja, pode tirar tudo, porque é veneno. Se você bebe cerveja, pode saber que a tendência é ir pro hospital mesmo. Mas eu não vou ficar com você. Você caça um médico de posto. O postinho é preparado pra isso". Aí, ele escreveu tudo o que eu não podia comer: "Vou te entregar esta lista com tudo escrito, porque daqui pra frente, se o senhor não abrir os olhos, o senhor vai morrer... já está em 370... se o senhor continuar comendo como agora, o senhor pode esperar que você vai morrer mesmo... do dia pra noite, vai perder um braço, uma perna... se você não fizer a dieta, é isso que vai acontecer. E não é porque eu estou falando com você assim que não vai ter tratamento. Você vai ter tratamento. Só que ela não vai ter cura, por isso que a comida e o remédio é pra controlar". Aí que fui caçar minha saúde.

**Thiago** Parece que isso que esse médico falou te marcou muito, né?

**Maurício** Isso que eu levo pra vida. Porque foi ele que, graças a Deus, descobriu a diabetes.

**Thiago** Depois que o médico falou assim e te deu essa lista, o que o senhor sentiu nessa hora?

**Maurício** Eu não pensei nada porque eu acompanho muito o jornal e eu vejo essas coisas. Eu já sabia. Eu lembro que meu filho: "papai, o senhor está com diabetes". Eu levantava muito pra ir ao banheiro. E você sabe que problema de açúcar no sangue... quem vai ao banheiro, procura saber se depois o vaso fica cheio daquelas formiguinhas. Um dos meninos perguntou: "papai, o senhor foi no banheiro?". Falei: "fui". "Por que o vaso está cheio de formiga?". Aí eu falava: "ah, isso aí todo mundo fala, mas é o médico que tem que dizer e pedir todos os exames... isso aí da urina, vai ver que o vaso está sujo, não foi lavado ainda...". Aí eles falavam: "não, eu sei que ouço o pessoal falando e é isso mesmo, o senhor está com isso aí, diabetes". Por causa disso que eu corri atrás da minha saúde. Aí de lá pra cá não caí mais... estou tomando os remédios... já pensou se eu não tivesse corrido? Ia só continuar comendo comida gordurosa... porque naquela época eu comia umas costelas boas, e daí pra cá eu cortei.

**Thiago** Há quanto tempo isso aconteceu?

**Maurício** Não dá pra lembrar não.

**Thiago** E como foi para o senhor descobrir que era diabético?

**Maurício** Eu não pensei nada não, porque isso é muito comum. Eu acompanho muito os jornais e vejo as pessoas perdendo perna, perdendo braço e tudo por causa dessa doença. De lá pra cá, fiquei com mais medo ainda. Falei: "se essa doença faz isso mesmo, vou procurar tratamento". E fiquei em tratamento. Até hoje eu não me empolgo muito comendo certas coisas, evito comer certas coisas senão vai ser pior pra mim, né? Aí sempre estou na minha dieta... não como bolo, não como macarrão, não como nada doce... chocolate, pão... como só quatro bolachinhas desta aí. Se for comer o que a gente comia geralmente... você passa mal. Tem uns que teimam mais. Eu não teimo não. Diabetes é assim: você nem pode comer coisa demais, nem pode ficar com fome, porque a doença reage e a pessoa vem a cair. Lembro de uma vez que tava com meu filho na rua e comecei a passar mal, sentir uns calafrios, suar frio, as pernas bambas... comecei a desmaiar... Daí entramos num restaurante e a menina de lá falou: "a glicose baixou demais, ele está assim porque ela baixou demais. Compra um chocolatezinho que ele vai reagir até o

almoço". Aí ele [*o filho*] me deu o chocolate e fui reagindo até ela colocar o almoço. Assim que eu almocei, passou.

**Thiago** E por que o senhor acha que teve diabetes?

**Maurício** Isso é de uma hora pra outra. Porque isso é uma doença que está dando em todo mundo. Falam que é porque você come açúcar demais, como doce demais, bebe demais. Mas eu não bebo, nunca fui extravagante no doce nem quando eu era solteiro, nada extravagante. Então, quer dizer... foi de repente... eu acho que veio de uma hora pra outra.

**Thiago** E na família, o senhor tem alguém com diabetes?

**Maurício** Na família tem a minha mãe e tem uma irmã.

**Thiago** E a vida do senhor... o senhor acha que afetou muita coisa?

**Maurício** Afeta em tudo. Você não pode comer muita coisa. Afeta na vida... você entendeu? A pessoa não pode ter a vida que levava antes. Tem que ser uma vida equilibrada, senão morre antes do tempo. Porque ela mata... vejo aí nos jornais... braço, perna, dedo... lá nos hospitais... jogados nas camas... passa tudo no jornal. Quando eu saio, vou pra algum lugar, é o mais difícil... igual agora no Natal. Natal foi tenso, churrasco rolando direto lá na casa do meu filho e a gente não pode comer nada. Agora mesmo vai ter um aniversário pra eu ir, mas não vou. Tem que evitar, né... Então, tudo isso é um transtorno na vida da pessoa, não é não? Você não sentir que vai voltar a ter o corpo... principalmente agora... depois da separação da família... você sabe que mulher não quer saber da pessoa que... né?... [*ele fica tímido, não fala diretamente sobre o problema, mas percebe-se que ele se refere a algum problema envolvendo questões sexuais*]. Se você não tiver um controle na vida, acaba com a cabeça.

**Thiago** E o que ajuda o senhor a enfrentar essa situação?

**Maurício** Não posso desesperar. A enfermidade entra em mim... não foi eu que pedi pra entrar... essa enfermidade é geral. É uma coisa que a gente não pode desesperar. Tem que dar graças a Deus por tudo e levar a vida até quando Deus quiser.

**Thiago** E o que é mais difícil?

**Maurício** O mais difícil é a doença, a enfermidade... Mas assim mesmo eu não fico triste, não. Não fico triste porque tem o medicamento. Já pensou se não tivesse o medicamento? Eu estava conversando com o médico e ele me explicou que essa enfermidade não só sobe se você não comer nada, mas com o emocional, com a



tensão, você passa uma raivinha, sobe na hora... ele estava me explicando, eu não sabia não. Então você tem que fazer de tudo pra equilibrar seus níveis, não passar raiva, não sofrer dano nenhum, que aí você vai ficar no seu tratamento. Mas se você passar raiva... Não precisa você comer um bolo, comer um macarrão, não precisa você comer uma carne gorda pra ela subir, não. Se passou raiva, pode saber que ela sobe logo. E o que mais dificulta é ter que cuidar da minha saúde, olhar o que posso comer ou não. Tem amigo meu que já morreu com essa doença, novo, novo, porque não se cuidava. Enfiava a cara na bebida, na cerveja, comida boa, churrasco... faleceu. Faleceu por conta dessa doença mesmo. Tenho outros amigos que não faleceram, mas já perdeu dedo, perdeu mão, perdeu pé... Porque quando você morre logo, tudo bem, morreu, enterra logo. Agora já pensou você ficar em cima de uma cama, dependendo dos outros. Então... graças a Deus eu estou aí, tranquilo. Não fico com raiva não. Só às vezes que eu fico meio assim... essa doença... podiam arrumar um jeito de acabar com ela de vez, né. Mas, não tem jeito... o tratamento é direto mesmo. Outro dia eu estava assuntando o jornal aí que nos Estados Unidos eles estavam tentando tirar a saliva do "teíu" pra eliminar ela, né?

**Thiago** A saliva do quê?

**Maurício** Do "teíu". É um lagarto. Pra eliminar ela. Mas isso vai custar chegar aqui.

**Thiago** Então o senhor tem esperança de que encontrem a cura?

**Maurício** Eu tenho. Você não vê o câncer? Quem diria o câncer... tem tratamento. Por que que o diabetes não tem? Eles vão descobrir uma época. Vai chegar. E eu espero, eu tenho confiança.

Segundo Maurício, o DM2 afeta sua vida “em tudo”, particularmente se considerarmos que recebeu este diagnóstico há muito tempo. Para ele, “a pessoa não pode ter a vida que levava antes”, simplesmente “porque ela mata”. O medo está presente na relação que estabelece com seu adoecimento, algo que se tornou ainda mais forte ao ver pessoas próximas sofrendo amputações de membros do corpo e morrendo em decorrência desta condição - fato comum às pessoas entrevistadas neste trabalho. Certo conforto advém do fato do DM2 ser uma “doença que está dando em todo mundo”, sendo esta uma ideia que foi construída a partir de seu contato com o sistema de saúde e principalmente com a mídia. A relevância epidemiológica do DM2 foi destacada por Maurício diversas vezes durante a entrevista, como se fosse um mantra.

Sua compreensão do problema e suas práticas de autocuidado, mediadas a partir de sua própria experiência e “conhecimento de si”, foram balizadas a partir do que “aprendeu” no encontro que teve com o médico que diagnosticou DM2 e fez as primeiras orientações, antes mesmo de ser encaminhado para acompanhamento na unidade de saúde: Maurício sentia-se mal devido às altas taxas de glicose; isso decorre do DM2, doença grave que exige tratamento intensivo, caso contrário o desfecho é a morte; essa doença não tem cura, o que significa cuidar-se para o resto de sua vida; o tratamento consiste em “dieta, dieta, dieta”; caso a pessoa se descuide de sua dieta, surgirão complicações da doença, dentre elas as amputações; mas não é só isso, já que o “emocional” também interfere na evolução da doença; portanto, o tratamento consiste em dieta e “não passar raiva”. Enfim, Maurício sofre de um problema comum a muitos, cuja origem e mecanismos corporais são universais, portanto passíveis de terapêutica padronizada. E ele busca seguir as recomendações na medida do possível.

Toda esta questão nos remete a alguns questionamentos feitos por Foucault no curso *O Poder Psiquiátrico* de 1973 e 74, quando se pergunta a respeito das condições de possibilidade de uma série de enunciados, discursos e formas de representação produzidas em determinado dispositivo de poder, ou seja, como é possível que tais dispositivos, com suas táticas e estratégias de poder, produzam todo um jogo de verdade (FOUCAULT, 2006a). E Foucault (2006b, p. 233) entende por verdade "o **conjunto de procedimentos** que permitem a cada instante e a cada um pronunciar enunciados que serão considerados como verdadeiros" (grifo nosso), sendo que a verdade não subsiste por fora ou de maneira independente das relações de poder (FOUCAULT, 2007).

A verdade, para Foucault, é produzida neste mundo a partir de uma multiplicidade de coerções que resultam em determinados efeitos de poder. E cada sociedade em particular possui seu regime de verdade, no qual determinados discursos são postos em funcionamento como verdadeiros e tal verdade é produzida através de mecanismos e instâncias que a distingue dos enunciados falsos com a utilização de certas técnicas e procedimentos validados, em detrimento de outras engrenagens, para a obtenção da verdade, que será anunciada enquanto verdade por determinados sujeitos e não outros. E em nossa sociedade especificamente, este regime de verdade está centrado no discurso científico e em todo o aparato institucional que o produz, valida, legitima e reproduz (FOUCAULT, 2007, p. 12-3). Foucault (2012b, p. 258), em uma entrevista dada em 1984, quando faz um resgate histórico de seu trabalho genealógico, diz:

Procurei saber como o sujeito humano entrava nos jogos de verdade, tivessem estes a forma de uma ciência ou se referissem a um modelo científico, ou fossem como os encontrados nas instituições ou nas práticas de controle. Este é o tema do meu trabalho *As palavras e as coisas*, no qual procurei verificar de que modo, nos discursos científicos, o sujeito humano vai se definir como indivíduo falante, vivo, trabalhador. Nos cursos do Collège de France enfatizei essa problemática de maneira geral. [...]. O problema das relações entre o sujeito e os jogos de verdade havia sido até então examinado por mim a partir seja de práticas coercitivas - como no caso da psiquiatria e do sistema penitenciário -, seja nas formas de jogos teóricos ou científicos - como a análise das riquezas, da linguagem e do ser vivo. Ora. Em meus cursos no Collège de France, procurei considerá-lo através do que se pode chamar de uma prática de si [...].

E a centralidade da prática no estudo das relações entre o sujeito e os jogos de verdade ou, de outra forma, entre subjetividade e verdade, feitos por Foucault pode ser melhor compreendida em outro fragmento extraído de uma entrevista de 1978, quando Foucault vai mostrar que:

Se eu estudei “práticas” como as do sequestro de loucos, ou da medicina clínica, ou da organização das ciências empíricas, ou da punição legal, foi para estudar este jogo entre um “código” que regula maneiras de fazer (que prescreve como selecionar as pessoas, como educar os indivíduos, etc) e uma produção de discursos verdadeiros que servem de fundamento, de justificação, de razões de ser e de princípio de transformações a essas mesmas maneiras de fazer. Para dizer as coisas claramente: meu problema é saber como os homens se governam (eles próprios e os outros) através da produção de verdade (eu o repito, ainda, por produção de verdade: não entendo a produção de enunciados verdadeiros, mas a disposição de domínios em que a prática do verdadeiro e do falso pode ser, ao mesmo tempo, regulamentada e pertinente) (FOUCAULT, 2006c, p. 342-3).

Para Castro (2009, p. 338), “Foucault entende por práticas a racionalidade ou a regularidade que organiza o que os homens fazem, que tem um caráter sistemático (saber, poder, ética) e geral (recorrente) e, por isso, constituem uma experiência ou um pensamento”, entendendo o pensamento como uma forma de ação que implica um jogo do verdadeiro e do falso, da aceitação ou não da regra e uma relação com o outro e consigo, constituindo o ser humano em sujeito social, ético e de conhecimento.

Em *O Poder Psiquiátrico*, Foucault (2006a) vai mostrar como o enunciado da verdade imprime-se na realidade médica e institucional - no caso deste curso do autor, a instituição asilar -, sendo que a operação da verdade se efetiva no momento em que o doente se reconhece naquela identidade - no caso, a loucura. Para Foucault, a verdade não se arrisca na relação entre o médico e o doente. O que se apresenta aí é a realidade biográfica do doente, que se altera e se instaura em definitivo - no caso, do não-louco no louco (CANDIOTTO, 2010).

Permito-se aqui uma extrapolação de um fragmento de *O Poder Psiquiátrico* para o que foi observado nos relatos de Maurício, pois o próprio Foucault vai mostrar como a psiquiatria dá lugar ao “discurso médico clínico habitual”. Para Foucault (2006a, p. 166):

Em linhas gerais, o poder psiquiátrico diz o seguinte: a questão da verdade nunca será posta entre mim e a loucura, pela simples razão de que eu, a psiquiatria, já sou uma ciência. E se tenho o direito, como ciência, de me interrogar sobre o que digo, se é verdade que posso cometer erros, como quer que seja, cabe a mim, e somente a mim, como ciência, decidir se o que digo é verdade ou corrigir o erro cometido. Sou detentora, senão da verdade em seu conteúdo, pelo menos de todos os critérios da verdade. E é nisso alias, é porque, como saber científico, detenho assim os critérios de verificação e de verdade, que posso me associar à realidade e a seu poder e impor a todos esse corpos dementes e agitados o sobrepoder que vou dar à realidade. Sou o sobrepoder da realidade na medida em que detenho por mim mesma e de maneira definitiva algo que é a verdade em relação à loucura.

Há uma verdade sobre o diabetes. E o único autorizado a questionar essa verdade é aquele que produz, divulga e atualiza estes saberes e práticas de verdade em relações de poder que se materializam no encontro dos trabalhadores com os usuários. Uma verdade que se sobrepõe à realidade da vida e a molda, produzindo subjetividades que orientam indivíduos dóceis e assujeitados.

Tudo isto nos remete novamente a Merhy, enquanto um dos intercessores deste trabalho. A compreensão do campo do trabalho em saúde é potencializada quando olhamos, de maneira ética e implicada, o agir dos trabalhadores em seus encontros com os usuários e a configuração das modelagens tecnológicas dispostas em ato no cuidado. E o desafio posto por Merhy (1998) é “tornar o ato cuidador em um cúmplice dos processos de agenciamento de processos autonomizadores dos usuários, que agreguem

ganhos de graus de liberdade na capacidade de dirigirmos nossos processos de caminhar na vida, e com os quais a saúde tem vinculação “visceral”, ou seja, a produção de um cuidado que agencie autonomia sem que isso signifique o abandono de qualquer responsabilização pelo problema do outro, que em determinado momento pode precisar de certa “tutela autonomizadora”. A questão é que esse movimento de autonomização do sujeito está em constante tensão, no âmbito das práticas de saúde, com um movimento de “tutela conquistada”, o qual:

[...] implica em uma expropriação dos “auto-caminhares” dos diferentes indivíduos ou grupos, na sua dimensão enquanto uma “máquina” desejante, são para mim, independente da outorga ou conquista, castradoras dos desejos e de seus movimentos em produzir percursos que invistam no mundo, para torná-lo e tomá-lo em parte como seu. Produzindo o mundo para si, como um investimento libidinal e/ou operativo, individual e coletivo, e deste modo produzindo-o e se produzindo no andar (MERHY, 1998).

É importante recuperar aqui a construção que Deleuze (1992), a partir de Foucault, faz da ética como aquilo que interroga o que fazemos e dizemos em função do modo de existência que isso implica. Importa também interrogar quais são estes jogos de verdade nos quais estamos engendrando os usuários de nossos serviços, questionando que processos de subjetivação emergem destes dispositivos de saber-poder coercitivos e disciplinares produtores de discursos científicos autoritariamente validados como universalmente verdadeiros e de autoridades imbuídos da tarefa de propagá-los sem mediação com o mundo da vida do usuário e de maneira moralista. Parece-nos que o modo de existência que emerge destes dispositivos - tutelado, assujeitado, despotencializado, empobrecido em suas conexões vitais - está em certa medida distante do imperativo ético-político que norteia este trabalho.

### **“Orei a Deus e pedi perdão pela minha rebeldia”: o encontro com Marinalva.**

Até o momento, todas as entrevistas apresentadas foram feitas com homens. Neste momento, discute-se uma entrevista feita com uma mulher. Marinalva foi entrevistada na própria Unidade de Saúde a seu pedido devido à dificuldade de encontrá-la em casa

em horário compatível com a dinâmica da pesquisa. Foi uma das entrevistas mais longas feitas durante o trabalho de campo. Marinalva estava bem à vontade e toda a conversa transcorreu de forma bem tranquila.

**Marinalva** Tenho 56 anos. Sou capixaba, de Mimoso do Sul [*pequeno município do sul do ES*]. Meu marido é baiano, mas ele tá aqui [*na comunidade*] tem muito tempo. Com seis anos de idade eu saí de casa para ir trabalhar em casa de família. Eu saí de casa pensando que seria maravilhoso. Fui pra casa de uma mulher que era muito ruim e eu ficava lá por causa do dinheiro. Eu carregava uma lata de 20 litros de água pra molhar as plantas. Com nove anos, eu fui pra outra casa. Sempre ruim. Nessa casa, a gente ficava sozinho de noite e se enfiava debaixo da cama, porque tinha medo. Um dia ela [*a nova patroa*] me esqueceu dentro do ônibus. Gente pobre, ignorante, feio, eles não querem levar atrás. Que coisa, né! Eu já passei muita coisa. Essa outra senhora socava muito minha cabeça e eu andei sentindo muita dor de cabeça e eu achei que era dos socos que ela me dava. Ela terminava de comer e colocava minha comida em cima da sobra dela no prato. Como se eu fosse cachorro. Com 14 eu fui pra São Paulo e depois voltei pro Rio [*de Janeiro*], pra perto da minha mãe. E no Rio fui trabalhar. Deixei de ajudar minha mãe com dinheiro eu já tinha 16 anos. Casei com 24 anos. Juntei dinheiro dois anos para comprar minha máquina Singer [*de costura*]. Essa máquina me deu muito sofrimento. Ruim de pagar e difícil de carregar. Depois eu fui pra igreja, me converti, me batizei, e comecei fazendo visita. Aí encontrei esse marido. Nessa época, trabalhava em casa de família mesmo, aqui em Bento Ferreira [*bairro de classe média tradicional de Vitória localizado a cerca de dois quilômetros da comunidade*].

**Thiago** E depois do casamento, como foi a vida?

**Marinalva** Ah, minha vida continuou uma vida de luta porque você sabe que esse salário humilde a gente luta muito pra receber. Se eu não fosse uma pessoa que trabalha do jeito que eu trabalho, eu acho que hoje eu estaria doente. Tem muitas pessoas que ficam assim: "ah, eu não aguento isso, não aguento aquilo". Não trabalham. Deixam a enfermidade dominar a vida deles. E o que eu digo é que quem comanda a minha vida é Deus.

**Thiago** E a senhora mora com quem?

**Marinalva** Mora a gente [*ela e o marido*] e minha moça, minha filha. Ela faz mestrado na UFES. Fez pedagogia. Ela é tranquila. Eu queria que os outros fossem assim, mas querer é uma coisa, ser é outra. Eu tenho outro filho casado, mais velho,

e outros dois adotados e criei uma sobrinha que a mãe abandonou e a minha sogra renegou. Quando minha moça estava com 9 anos, eu adotei esses meninos. Foi uma luta pra nós todos. Hoje quando eu vejo eles tudo crescidos, todos criados, é uma bênção de Deus. Um tinha 10 anos, outro tinha 5 e a outra tinha 4 [*referindo-se por último à sobrinha*]. Eu senti que quando fui tendo filho e adotei eu baqueei muito, parecia que tinha hora que eu ia morrer. Temos convivência, só que eles estavam me aborrecendo. Eu vivia estressando, coração batendo, batendo, batendo. Eu enfraquecia, sentia tonteira, ficava ansiosa. Quando a gente adota um filho, eu compro um doce e divido aquele doce pra tantos filhos que eu tenho. Só que eles sempre ficam assim: "ah, o seu querido é Fulano, é Cícra". Isso cansa. Eu falava com eles: "Eu adotei vocês, vocês são meus filhos, vocês fiquem quietos, me abençoem com obediência, faz o que eu estou te pedindo, eu faço o que você precisa e a gente vai viver até que você conclua seus estudos, decidam seu trabalho e vocês vão caçar a vida de vocês". Mas eles não quiseram. Quando esses rapazes me fadigavam, eu não conseguia dormir, meu sono voava. Um tá casado e o outro mora aqui perto. Eu sempre trabalhei em cozinha. Eu fui faxineira muitos anos. Fiquei 20 anos numa casa. Agora eu tô trabalhando na Petrobrás, na Reta da Penha [*A Petrobrás tem uma filial de grande porte em uma das mais importantes vias da cidade. A comunidade fica próxima desta via. Ela atua em uma empresa de serviços gerais terceirizada pela Petrobrás*].

**Thiago** E como a senhora descobriu ter diabetes?

**Marinalva** Olha, moço, eu trabalhei 20 anos numa casa. Lá eu tinha muita função, fui ver eu já estava com a casa inteira. Eu também tomava muito café com açúcar. Minha patroa falava: "você toma um pacote de açúcar, você vai ficar doente, isso vai te prejudicar". Você está trabalhando, vai tomando café com pão até que o dia termina. Eu fiz de ignorância nessa época. Depois eu adotei 3 filhos, e já tinha 2, como tava dizendo. Aquilo também me estressou um bocado. Fiquei baqueada. Aí depois eu saí dessa casa e eu parei de andar a pé. Acho que isso foi a pior coisa pra mim. Eu ia e voltava a pé. Então eu fui trabalhar num lugar que não dava pra andar. Aí eu fui na Dra. Elis e ela pediu uns exames e descobriu o problema. Ela me alertou muito. Nós tivemos uma briga. Aí eu fiquei bicuda. Porque ela fala forte. Aí a minha agente [*de saúde*] — eu estimo muito ela, é uma pessoa especial —, conversou, conversou comigo e eu continuei [*o tratamento*]. Porque a gente briga e fica bicuda, mas depois está tudo bem, né. Aí eu fui vencendo. Tinha hora que dava uma glicose alta, aí ela [*a médica*] brigava muito feio comigo. Ela falou pra eu cortar massa, cortar isso, cortar aquilo. Aí eu cortei, depois voltei a comer de novo.

Isso aí é o que todo mundo faz de bagunça. Agora eu como pão de semente. Café eu não tomo com açúcar. Eu tomei até enjoio. Eu comia todo dia de manhã um pão com banana. Meu marido gosta e eu fui cair na onda dele. Só que meu marido não engorda.

**Thiago** Tem quantos anos que a senhora descobriu o diabetes?

**Marinalva** Ihhhh. Acho que tinha uns quarenta e poucos anos.

**Thiago** Tem uns 10 anos mais ou menos.

**Marinalva** É, por aí, não sei direito. Eu relaxei, não me cuidei. Eu fui trabalhando, esqueci de mim, não tinha tempo de me cuidar. Mas vou dizer pro senhor o que acontece. Nossos atendimentos são muito corridos, tem muitas pessoas pra atender. Aí o doutor vai falar: "faz isso, faz isso e faz aquilo". Igual a doutora que me passou insulina. Eu nunca tinha tomado isso. Mas eu obedeci. Eu comecei a usar e um dia me deu tanta coisa ruim... eu estava sozinha na rua. Eu segurei no poste, veio uma senhora, me acudiu. Eu estava tão ruim, tão ruim que pensei que eu fosse desmaiar ali. Desde esse dia eu parei de tomar insulina. Eu pensei que eu ia a óbito de tão mal que eu fiquei. Eu já estava reagindo ruim desde que eu comecei. Mas ela [*a médica*] brigou comigo e eu não queria encontrar mais com ela, porque ela ia brigar mais. Aí eu fui tomando, e aquilo todo dia me dava uma reação. Não tomo mais. Aí isso eu não comuniquei à doutora [*Fica de cabeça baixa por um tempo*].

**Thiago** Hum?

**Marinalva** Eu falei com o Dr. Cleiton [*médico de outra equipe*], que me atendeu no dia. Ele é a alma do posto [*Esse profissional está há muitos anos na unidade e tem grande apreço junto à população, como pôde ser visto diversas vezes durante o trabalho de campo*]. Comuniquei a minha agente também. Falei a ela o que tinha acontecido. Parei de tomar. Aí eu comecei a andar mais e comecei sentindo melhora.

**Thiago** Porque a senhora diz que o médico é a alma do posto?

**Marinalva** Não sei. Médico, muitas pessoas são. Mas tem pessoas que falam e você sente o que ele está falando. A gente pensa bem assim. Já tem outros médicos que... a gente está estressado... e eles brigam com a gente... parece que acabou o dia da gente. Vai brigar com a gente, aí piora mais ainda a situação. A gente sai desatinado e pode até passar mal na rua. Eu briguei tanto com meus filhos e depois que eles cresceram, eu adoeci. Eu não cuidei de mim. E eu estava angustiada por causa das brigas da doutora. Aí minha agente falou com a maior paciência do



mundo: "não, Marinalva, ela está fazendo isso porque ela quer ver seu bem". Eu falei: "seu eu morrer ninguém tem nada com isso". Eu não queria nem consultar com ela mais. Mas depois eu orei, porque eu amo a Deus e sirvo a ele desde os meus 17 anos. Orei a Deus e pedi perdão pela minha rebeldia. Aí eu fiquei quieta e falei: "vou começar a andar!". Nisso aí é que deu 180, eu estava com 300 [*de glicemia*].

**Thiago** Depois que a senhora parou de usar a insulina, a senhora ficou melhor?

**Marinalva** É. Mesmo já tomando, eu estava andando. Mas depois que eu parei, fui ter aquele ânimo e comecei indo pro serviço a pé. Eu não estava fazendo isso antes, entendeu? E ela falava pra eu andar. Eu chegava em casa muito cansada. Como que você fica pra lá e pra cá o dia inteiro e quando chega ainda vai caminhar? Eu sou forte, mas também respeito meus limites.

**Thiago** Então a senhora acha que agora está melhor que antes?

**Marinalva** Eu estou me sentindo melhor. Eu estava tão ruim que não dava. Esse negócio quase me matou. Eu sei que a doutora estudou pra isso, é uma doutora excelente... só que devido a essa minha luta, ao meu excesso de trabalho e agora que eu costumo ir a pé para o trabalho, acho que não precisa mais. Quando a gente está fadigado, fadiga em casa, trabalho e a vida super... sabe? Imagina você, mora lá no alto do morro, o senhor trabalha, trabalha, trabalha, aí sobe pra casa. Não tem como a gente fazer certas coisas, não senhor. Você fica nervoso, sua saúde não tem uma qualidade boa, porque você está todo agitado.

**Thiago** O que deu errado com a insulina? A senhora acha que a dose estava alta demais?

**Marinalva** Não sei. Acho que alguma coisa não estava certa. [*pausa*].

**Thiago** Entendi. Eu quero voltar a um ponto. A senhora falou que pediu perdão a Deus pela rebeldia da senhor. A senhora se achava rebelde?

**Marinalva** Eu achava. Porque a palavra de Deus fala: "amar a Deus sobre todas as coisas e amar você". É aquilo: eu venho no médico, deixo de chegar cedo no serviço, a doutora fala, eu ouço e não faço. Aquilo é pro meu benefício, entendeu? Então eu tenho que procurar viver melhor. E eu não estava fazendo o que ela estava falando. Os médicos deviam procurar um jeito de não ficar brigando. Eles tinham que ver muito bem se algumas pessoas é caso de insulina.

**Thiago** E como foi para a senhora descobrir que tinha diabetes?

**Marinalva** Ah, foi muito triste, muito triste. Eu saí de casa com seis anos pra trabalhar fora e não sabia que minha mãe tinha esse negócio. Aí um dia ficou todo mundo rindo e falando que lá em casa estava todo mundo doce. Aí falaram que minha irmã mais velha, meu irmão e minha mãe tinham esse problema. Eu não sabia disso e fui descobrir que eu era doce também [*risos*].

**Thiago** O que foi mais difícil pra senhora depois que descobriu o diabetes?

**Marinalva** Eu recebi umas orientações. Come isso, não come assim.... Mas eu queria, na época, ter recebido uma informação completa. Essa enfermidade causa isso, causa isso, causa isso. Me dar um papel pra eu ler e saber o que é. Eu pensei que era lepra. Depois que você vai vendo o que as pessoas vão falando, eu pensei que era isso.

**Thiago** Na época, a senhora pensava que diabetes era igual a lepra?

**Marinalva** É, porque a pessoa perde pé, perde não sei o quê.

**Thiago** A senhora falou que não usa insulina mais. O que a senhora faz hoje para controlar a glicose?

**Marinalva** Agora... o remédio eu sempre tomo pela manhã e a noite, tomo dois comprimidos. É esse aqui da cartela [*mostra uma cartela de medicamento, metformim*]. Esses dias atrás, eu estava pra morrer. A doutora falou que estava ruim [*as taxas de glicose*]. Eu estava sentindo muita coisa, por isso eu comecei a andar. Isso me faz sentir bem. Eu faço chá de cebola às vezes, com casca. Pata de vaca eu não estou tomando igual estava, mas eu tomo ainda. E estou tomando remédio. Tomo café sem açúcar. Depois disso, café doce me dá vontade de vomitar. Eu deixo de comer algumas coisas, mas como outras coisas que eu estava querendo comer. A enfermeira que falou: "não é que a senhora não possa comer, mas todo dia não é bom". Aí eu, em cima dessa palavra, que ele brandamente falou comigo, parei e fiquei pensando e mudei algumas coisas. Mas minha fé é em Deus. Se a gente não crê em Deus, a gente adocece, morre.

**Thiago** Como é esse chá de cebola?

**Marinalva** Quando eu descasco a cebola, eu tiro a parte de baixo e de cima. Tiro a casca com um pedaço da cebola, com a primeira casca e boto dentro de uma vasilha, jogo água quente, deixo lá no cantinho, aí depois eu tomo. Diz que é bom pra inflamação, infecção, essas coisas.

**Thiago** Ah, não é por causa do diabetes? É por causa de inflamação e infecção, então.

**Marinalva** É, de inflamação. Dizem que é muito bom pro corpo. Como eu disse, andei tomando também pata de vaca branca. Mas outro dia uma mulher falou que não era da branca.

**Thiago** A pata de vaca é pra quê?

**Marinalva** Pra reduzir o açúcar do sangue. Inclusive saiu no Globo Repórter. O senhor viu?

**Thiago** Não.

**Marinalva** Pois é. A pata de vaca saiu no Globo Repórter como tratamento pra negócio de diabete. Até minha mãe toma. Aí diz que tem que ser da flor branca.

**Thiago** Tem vários tipos de pata de vaca?

**Marinalva** Tem a rosa também [*risos*]. Mas tem que ser da branca. Eu pegava e deixava secar. Aí uma senhora falou que tomava com a folha verde. Aí eu parei um pouco.

**Thiago** A senhora tem medo de alguma coisa relacionada ao diabetes?

**Marinalva** Não tenho medo, não. Eu temo a Deus. Se eu amo a Deus, conforme a palavra manda, e for íntima de Deus, estar em comunhão de Deus em oração, não ter ódio de ninguém, eu estarei bem. Eu confio em Deus. Você chega em casa já entristecido, com as orelhas murchas, então eu falo o que a palavra de Deus manda dizer: "paz seja na tua casa, paz seja na tua vida, paz seja neste lugar". Todo dia eu falo isso no meu trabalho. Quando eu estou sentindo essa fadiga que eu te falei, eu entro no banheiro e oro, depois vou trabalhar. Eu fui criada sozinha, sem mãe, sem pai. Eu era uma católica muito fervorosa. Mas eu me converti porque eu era da umbanda. Me preparei pra receber espíritos. Parei com isso porque o diabo ficou atrás de mim. Eu vi ele. Então eu me converti na Igreja do Evangelho Quadrangular porque eu ouvi a mensagem do pastor dizendo que Jesus era valente e venceu satanás. Por isso que eu não tenho medo. Eu fiquei com o coração muito fadigado porque a doutora brigou comigo. Aquilo me fez um mal! Parece que eu estava com um problema seríssimo. Pedi a Deus, orei... acabou! Então se eu estou de pé hoje é graça de Deus.

**Thiago** A senhora acha que o diabetes tem relação com essas coisas que a senhora falou?

**Marinalva** Não. É como diz no livro de Eclesiastes, que o que acontece com uma pessoa que não é crente acontece com crente também. [*citação bíblica recorrente na entrevista referente a uma passagem do livro de Eclesiastes, capítulo 9,*

*versículo 2: “Tudo sucede igualmente a todos; o mesmo sucede ao justo e ao ímpio, ao bom e ao puro, como ao impuro; assim ao que sacrifica como ao que não sacrifica; assim ao bom como ao pecador; ao que jura como ao que teme o juramento”].*

A história de vida de Marinalva também é caracterizada como uma “vida de luta” - *vida sacrificada*, na qual o trabalho, precarizado, é indispensável à sobrevivência. Desde muito jovem precisou trabalhar, seja em “casas de família” ou mais tarde em empresas terceirizadas. Sua leitura sobre a gênese do DM2 engloba esta sua história de vida, mas também os conflitos familiares e os excessos de encargos domésticos, o perfil dos múltiplos empregos que teve durante a vida (que permitia mais ou menos atividade física), as dificuldades de cuidar de si com tantas coisas circundando seu cotidiano, o “estresse” e o “nervosismo”, a herança genética de sua família (todos “doces”) e, incorporando em certa medida o discurso biomédico, o descuidado com a alimentação, que em determinado momento era rica em “açúcar”. Casa e rua, família e trabalho, espaço público e ambiente doméstico se mesclam intensamente na trajetória de vida de Marinalva, assim como na de todos os outros entrevistados, em maior ou menor medida, e se fazem presentes nas suas narrativas sobre seu adoecimento.

A imagem que Marinalva tinha do DM2 era a de uma doença que mutilava gradativamente o corpo, à semelhança da hanseníase (lepra). Outra usuária entrevistada associou o DM2 a um cupim que se alimenta gradativamente da carne do corpo, apodrecendo-o. E isto não é novidade, sendo que outros trabalhos já haviam encontrado essas associações feitas por pessoas com a doença, demonstrando o forte estigma que essa condição provoca nas pessoas, o que pode reforçar processos de exclusão, preconceito, isolamento social, estresse e adoecimento (BARSAGLINI, 2011; BROOM e WHITTAKER, 2004).

Novamente aparece a influência dos relatos de pessoas com o mesmo problema na construção dos conceitos do usuário sobre sua condição de saúde. A narrativa de Marinalva apenas reforça o que já havia sido observado nas demais entrevistas: o fato de o DM2 ser percebido por essas pessoas como uma doença potencialmente grave, simbolicamente negativa, com impacto significativo na vida das pessoas, tanto fisicamente quanto socialmente, que exige muita “luta” para que se alcance seu “controle”. O que se pode depreender desses relatos é que o DM2 influi significativamente na vida e nas relações sociais das pessoas.

Marinalva conseguiu realizar diversas modificações em seus hábitos alimentares e na prática de atividade física, mesmo que parciais tomando como base as orientações dos profissionais de saúde. Pelo visto, não há, portanto, o indivíduo que adere e o que não adere ao tratamento. Todos, incluindo Marinalva, adaptam as orientações a seu cotidiano de vida e a suas possibilidades. Passam a ingerir menor quantidade de determinados tipos de alimentos; cessam completamente a ingestão de outros; identificam as estratégias que, para seu caso em particular, contribuem mais para a redução das taxas de glicose, como a caminhada no contexto de Marinalva; etc.

Todos inventam suas próprias estratégias de cuidado, que incorporam e resignificam o saber biomédico transmitido pelos profissionais de saúde, mas não se esgotam nele. Contudo, durante o trabalho de campo, parte significativa das ações dos profissionais junto a essas pessoas desconsiderava essa potência para a invenção de novos modos de existência. Chegava-se a dar a opção de escolha para o “paciente”: “Você não gosta disto, usa então aquilo. Não precisa ser exatamente isto que estou te dizendo”. Isto é importante.

Mas os usuários não eram convidados a co-produzirem seu projeto terapêutico. Mesmo assim, em seu dia a dia, os usuários articulavam, a seu modo, diversos saberes e práticas oriundas das mais diversas fontes e com isso traçavam modos singulares de cuidado. Marinalva optou por caminhar, tomar chás, continuar a usar as medicações orais - já que não concorda com a prescrição de insulina - e tomar café sem açúcar, além de algumas outras alterações na alimentação. Ou seja, Marinalva produziu uma maneira própria de lidar com as agudizações do DM2 que extrapola as orientações médicas - usar insulina - e incorpora o aprendizado que adquiriu ao longo da vida.

Mas sem dúvidas o que mais chama a atenção no relato de Marinalva é a forma como narra sua relação com a médica da equipe. Segundo a usuária, ocorreram inúmeros episódios conflituosos com a profissional desde o diagnóstico de DM2, resultando em uma relação tensa e pouco acolhedora a ponto de Marinalva “não querer se encontrar mais com ela, porque ela ia brigar mais”. E tal situação, onde cada encontro era seguido por uma “briga” devido a não adesão ao tratamento e a altas taxas de glicose sanguínea, fez com que, por exemplo, Marinalva não relatasse para a médica o que provavelmente foram graves efeitos adversos do uso de insulina, no caso provavelmente episódios significativos de hipoglicemia.

Por outro lado, essa relação hierárquica, autoritária e conflituosa tinha como base a exigência irrestrita por parte da profissional de uma submissão da usuária aos protocolos clínicos estabelecidos em termos de mudança de seu estilo de vida de forma a se alcançar o controle da doença. E disto resultou em um cuidado restrito, disciplinar, normativo e despotencializado que desconsiderou o mundo da vida de Marinalva, produzindo encontros tristes nos quais interessava cobrar do outro sua adesão a uma pauta estabelecida a priori com base em um diagnóstico clínico e o saber biomédico, pouco importando a singularidade de Marinalva e sua potência em produzir seu próprio modo de viver. Por exemplo, Marinalva comenta sobre o fato de a médica exigir que ela praticasse atividade física como parte de seu projeto terapêutico. Mas ela vai mostrar como é difícil tal prática: o trabalho diário exige muito do corpo; a chegada à sua casa exige a subida de praticamente todo o morro onde mora; com o corpo cansado, como caminhar?

Considerações como estas não entram nos cálculos e nas estratégias de cuidado produzidas pelos profissionais em seu (não) encontro com os usuários. Em incontáveis situações observadas no trabalho de campo, estas narrativas produzidas pelos usuários, dando conta da complexidade da mudança de hábitos em um contexto de precariedades de todas as ordens, eram interpretadas por muitos (não todos) profissionais de saúde como “desculpas” infundadas dadas por pessoas “preguiçosas e desinteressadas” para não aderirem ao tratamento.

Ao “rebelde”, então, juntavam-se novos rótulos que, no conjunto, expressam uma maneira de conceber o outro como um ser destituído de vontade de mudança, mudança esta entendida como aquilo que seria necessário para que estas pessoas não sucumbissem às mazelas das doenças. No fundo, tem-se uma compreensão higienista e normalizadora da atenção à saúde dos pobres, que pelo que se observou no trabalho de campo, norteia fortemente o agir em saúde na Estratégia de Saúde da Família.

Por outro lado, ao falar sobre os conflitos que trava com sua médica, Marinalva faz uma interessante comparação entre, por um lado, esta profissional e, de outro, outros trabalhadores que atuam na equipe ou no serviço, como a enfermeira da equipe, a ACS de referência e um médico de outra equipe de saúde. De um lado, um profissional que “briga”, “cobra” a adesão à terapêutica e “fala forte” quando detecta algum desvio de comportamento ou alteração nos exames complementares. De outro, profissionais que

acolhem, falam “brandamente” e com paciência, explicam as coisas com detalhes e não entram em conflito. A síntese desta comparação pode ser vista no momento em que ela diz que “médico, muitas pessoas são. Mas tem pessoas que falam e você sente o que ele está falando. Já tem outros médicos que [...] brigam com a gente [e] pioram mais ainda a situação [...]”. Esta questão nos remete a um texto clássico de Boltanski (2004, p. 33-4):

Como o médico atualmente é ao mesmo tempo o principal agente de difusão dos conhecimentos médicos e aquele que - ao afirmar a legitimidade de seus atos e discursos - limita sua reprodução, a relação que os membros das classes populares mantêm com o universo estranho da doença e da medicina aparece totalmente na relação com o médico, como único representante da ciência legítima que eles podem amiúde frequentar. Habitualmente pouco loquazes quando tem de falar da doença ou de enumerar seus conhecimentos médicos, os membros das classes populares conversam de boa vontade sobre seu médico, suas qualidades e defeitos. Discurso prolixo, *o discurso sobre o médico não deixa de ser, em geral, um discurso inquieto, hesitante, oscilando, num mesmo indivíduo, entre a afirmação de uma submissão incondicional ao médico e a enumeração das queixas que nutrem a seu respeito* (grifos nossos).

Este discurso hesitante sobre o médico, enunciado por Boltanski, está presente em Marinalva. Ao mesmo tempo em que evidencia os problemas de relação que tem com sua médica de referência, o que para ela implica inclusive em riscos à saúde (como é o caso dos efeitos adversos oriundos do uso de insulina não relatados à sua médica), Marinalva reconhece no discurso do médico um aspecto positivo - “é para o meu benefício” - e afirma sua rebeldia como algo indesejável e reprovável, recorrendo à sua religião como solução para este conflito.

A iniciativa de apaziguar o conflito com sua médica a partir de sua relação com Deus pode ser a única saída que tem diante do fato de que não dispõe dos recursos - financeiros, principalmente - para escolher livremente o profissional que melhor lhe convém.

Por outro lado, a caracterização de outros profissionais que a atendem como pacientes e acolhedores indica uma valorização por parte de Marinalva do vínculo, da empatia, da escuta, da responsabilização, da comunicação adequada e do afeto e cuidado com o outro como elementos centrais do trabalho em saúde.

**“Rapaz, não vale ser assim. Eu posso tomar um remédio, mas não vai ser assim”: o encontro com Claudio.**

A entrevista com Claudio foi realizada na própria unidade de saúde a pedido dele. Ocorreu no final do dia, quando praticamente todos os profissionais do serviço já tinham saído. Claudio chegou atrasado, pois estava no trabalho. Ansioso, apressado, fala alta e impositiva, a conversa transcorreu tranquilamente. Claudio é uma pessoa que está muito presente nas falas dos profissionais da equipe. Como visto em outro ponto deste trabalho, sua imagem de rebelde incomoda fortemente a equipe, particularmente a médica. Esta entrevista é a última a ser apresentada neste capítulo, pois nos permite analisar as práticas de resistência produzidas por usuários vivendo com DM2 em suas relações com a equipe e o serviço de saúde.

**Thiago:** Claudio, você tem quantos anos?

**Claudio:** 36 anos.

**Thiago:** Você sabe que é diabético tem quanto tempo?

**Claudio:** Rapaz... Tem mais ou menos um ano que eu fui saber.

**Thiago:** Como você descobriu?

**Claudio:** Eu parei de fumar. Aí vim aqui no posto de saúde. Aí veio colesterol alto e a tal da diabetes.

**Thiago:** Para você, o que é o diabetes? Como é que ele surge? O que ela causa no corpo?

**Claudio:** Rapaz, fui saber que é o pâncreas que para de funcionar, não é? Esse tal do pâncreas que para de funcionar. Ele não está mais produzindo insulina, ou produz mínima coisa e muito açúcar para o sangue. Eu creio que é isso aí.

**Thiago:** O que você acha que causou isso?

**Claudio:** Para mim, foi o cigarro. Eu tenho para mim que foi o cigarro. Porque eu nunca tive isso. Eu doava sangue e nunca teve esse tipo de coisa. Aí foi que eu acho que foi indo. Eu comecei a fumar. Eu fumava um maço, depois fui para dois, depois fui para três. E outra: eu não sou fã de café. Agora de suco, de doce, eu sou. Então, não tem o tal do homem que só vai procurar médico quando quer? Eu sou aquele. Aí eu falo: “Pô, dona Maria, só eu que fui o herdeiro da senhora”.

**Thiago:** Dona Maria é sua mãe?



**Claudio:** É, mas só que ela não é dependente de insulina. Eu acredito que a pessoa com diabete... [pausa]... essa imundice, ela é psicológica. Poxa, você levanta de manhã cedo, está 105, está alta. Ela tem que estar mesmo, pô! O estômago está destruindo o que comeu, ainda está passando pelas fases. Então, eu acredito sim que diabetes é psicológico. É como se fosse uma pressão, a diabetes. Pode fazer o regime que for, se você estiver nervoso, parece que contrai ela também e sobe. Então se a pessoa está com vontade de comer, está com desejo, come. Se você for morrer, vai morrer amanhã ou depois. Mas come, passa a sua vontade. É você ter a sua vontade de comer o que você quer, depois você faz o seu jejum. Eu sou desses. Não adianta. E eu não sou dependente de insulina. Se passar insulina para mim, eu não tomo. Vai ficar jogada aí. Eu tomo chá caseiro até o resto da minha vida, mas insulina eu não tomo.

**Thiago:** Por quê?

**Claudio:** Ah, a insulina não foi feita para gente não.

**Thiago:** O que te incomoda tanto em usar a insulina?

**Claudio:** Onde que você toma insulina vira um talo. Você vai estar ali todo dia, todo dia, usando aquilo, entrando aquela imundice em você, vai criando tipo um toicinho duro, inchando sua barriga. Vai tomando chá caseiro, vai fazer caminhada. Isso corta tudo. É só fazer caminhada. Eu, quando quero, vou e ando duas horas. Daí vou medir e está em 100 [referindo-se a glicemia]. Cura tudo. Agora, não experimenta comer canjica: se comer, sobe. Depois de comer, duas horas depois, sobe. E não sobe pouquinho, não. Se estiver 100, vai para 300, 400.

**Thiago:** E depois que você descobriu o diabetes, você mudou alguma coisa na sua vida? Você conseguiu ou precisou mudar alguma coisa?

**Claudio:** Rapaz, não. Não me prejudicou nada, não.

**Thiago:** E no seu trabalho, atrapalha?

**Claudio:** Nem sinto. Trabalhei que nem um doido ontem, saí meio-dia, não almocei, tinha tomado só café da manhã e uma fruta. Saí meio-dia e quarenta, cheguei naquele sol quente, infernal e ainda carreguei meio metro de areia, cimento, lajota e estou aqui inteiro.

**Thiago:** Você está construindo a sua casa?

**Claudio:** Estou construindo. Agora fala: é doença? Se ela estivesse alterada, você fazia isso? Pega o diabético que toma insulina e vê se ele faz isso. Pergunta agora um diabético que é consumidor de insulina...

**Thiago:** Mas a gente costuma dizer: “você hoje pode não sentir, mas se não cuidar, você pode sentir depois, mais tarde na vida”. O que você acha? Como é que é isso, para você?

**Claudio:** Olha só, eu tomo remédio. Aí só depende de quem não toma, mas eu tomo. Faço a minha parte. Agora, perder um dedo, perder uma perna... Então, isso é uma diabete já estourada. Já é uma diabete estourada. Explodiu. Então, esse aí que está no perigo. Uma diabete estourada. Mesmo ele fazendo toda a dieta, é brava. Não tem como. Aí sim é terrível. E também eu falo para todos os diabéticos “Caminha umas duas horas, duas horas e meia caminhando, vai ver como fica”.

*[Muda repentinamente de assunto].*

**Claudio:** Eu acho que na hora que esse treco aparece... aí vem todo mundo me dar pressão. “Você vai perder sua perna”. “Você vai perder isso”. Gente, você tá botando medo numa pessoa. Tudo bem que você tem que conversar. Mas eu já sei que acontece isso. Aí vem um e fala: “rapaz, cai o pau , perde a perna, perde o braço”. Isso eu sei, cara. Mas isso aí tem que ser conversado devagar com a pessoa. Pra ela fazer sua dieta. Porque tem muitos que não fazem. E outra: e se eu não soubesse que tivesse diabetes? Eu estava ali bebendo, fumando, tranquilo. Poderia chegar até 50 anos, 60. E se eu descobrir? Você vem e fala: “Toma insulina, toma insulina, toma insulina!”. Daí quando chega, chega a 40, a 50 [anos].

**Thiago:** Então, você acha que se você viver normalmente, sem nem saber de nada disso, você acha que vai viver mais do que fazendo esse monte de coisa?

**Claudio:** Dura mais, dura mais. Eu creio, assim... Se eu vim aqui no posto de saúde, a pessoa chega para mim e fala bem assim “Ó, hoje é dia 12. Dia 20 você vai ter que fazer o exame”. Tá, eu tomei um vinho sábado, tomei domingo. Dia 20 vai ser quarta. Então, eu tenho três dias para fazer minha dieta para poder chegar aqui e não tomar esporro da médica e ficar tranquilo. Aí ela vai dizer: “Tá beleza, tá tudo bem”. Que nem eu estava fazendo. Mas antes, estava alta, 300... e foi para 200, 150, 105... e nunca estava bom. Aí que eu fico furioso, rapaz. Porque se não está bom, fala: “Parabéns! Continua desse jeito. Mas tem que manejar no...”. Mas não é assim. É o tempo todo falando que não está bom. Aí sabe de uma coisa? Vou tomar meu vinho, vou comer o que eu quero. Porque se eu chego aqui e está 100, não está bom. A pessoa tem que ter um pouco mais de... Esses médicos... Feitos para poder nos ajudar, mas só que eu acho que dessa forma é difícil. É para dar um conselho amigo. Mas alterou um pouquinho... Daí a pessoa vai ficar com mais preocupação.

**Thiago:** E isso não ajuda?

**Claudio:** Nada. Claro que nada. Não vou fazer na sua vista, mas que eu virei as costas, vou ali e compro um bombom, mato a minha vontade. Está certo que eu não faço isso. Eu, quando eu quero comer, eu como. E outra também: é ilusão a pessoa chegar todo dia, fura o dedo. Ele ficou traumatizado, ele está traumatizado com aquilo. Fura de manhã, fura meio-dia, fura de noite. Ele fica traumatizado. Ele olha de manhã toma insulina. Chega meio-dia toma outra insulina. Chega de noite, outra. Está traumatizado. E tanto faz insulina ou o outro remédio. O remédio, por exemplo, dependendo do que você for comer, ele dá diarreia. Dá ataque. Pode perguntar qualquer diabético, dá diarreia.

**Thiago:** Você não aceita tomar um remédio que vai te fazer mal. É isso?

**Claudio:** Não, eu tomo. Insulina, eu não tomo. Às vezes eu tomo porque a doutora insiste. Eu falo: “Rapaz, não vale ser assim”. Eu posso tomar um remédio, mas não vai ser assim. E está vindo um remédio, que eu ouvi dizer. Que eu compro jornal todo dia. Está vindo um remédio novo para diabetes, para sair insulina fora do mercado.

**Thiago:** Tem alguma coisa que te ajuda a controlar melhor o diabetes?

**Claudio:** Rapaz, eu não nasci com essa imundice no corpo, apareceu. Está em mim, apareceu. Eu não nasci com ela. Eu botei isso na minha cabeça, eu não nasci com isso. Então, como isso apareceu em mim? Isso é uma maldição. Então, quem tem que se cuidar somos nós mesmos. Não mudou nada em mim. Se eu for ficar pensando que a diabetes vai me matar, eu não vou chupar um picolé. Eu não vou tomar um copo de suco nunca, porque eu estou preocupado. Se eu tomar, a pessoa fala que aquilo é um tiro que você tomou. Então eu falo: quer tomar um suco? Toma. Moderado. Quer chupar um picolé? Chupa. Quer tomar um cafezinho com açúcar porque o adoçante está amargando? Toma um pouquinho, com menos açúcar. Ah, fez uma rabada, não pode comer. “Poxa, por que você não pode comer?” Come, depois você faz o seu regime. Come hoje, só come uma vez. Ah, não pode comer farinha. Come. Amanhã você faz o seu regime, uns quatro dias e acabou. No dia do seu aniversário: “Nossa, poxa, veio um bolo para mim. Mas não vou comer meu bolo que estou de regime”. Ninguém falou que você não pode comer. Na bíblia está dizendo que você não pode comer seu bolo? No seu aniversário você não pode provar uma lasquinha do bolo? É só hoje. Amanhã você faz o seu regime. Acabou. Então, eu acredito que todo mundo pode ter seu limite.

Quer comer? Come, mas come com moderação. Come para não perder. Se morrer, não morre agitado.

[São feitos alguns comentários para encerrar a entrevista, mas Claudio levanta outras questões].

**Claudio:** É um negócio que não entra na minha cabeça.

**Thiago:** Não entra na cabeça o quê?

**Claudio:** Eu não gosto de ser chamado assim: “Você é diabético?”. Se a pessoa estiver no meio de um monte de pessoas? Aí você diz: “Ah, você é diabético?” Isso é bonito? Não, isso não é bonito. Rapaz, você quer ver eu ficar irado quando alguém me pergunta “Você é diabético?” “Não. Quem te falou isso? Que eu sou diabético?” Chega ali, estão minha esposa, minha filha, chega um monte de colega, abre um refrigerante: “Quer? Quer? Quer? Quer?” Todo mundo pega. “Você quer? Não? Você é diabético?”. “Não, amigo. Eu só não quero beber. Eu não tomo refrigerante”. Precisa falar que eu sou diabético? Quando vem alguém e pergunta: “Você é diabético?” “Claro que não”. Apareceu em mim. Se eu fosse, se fosse criancinha, pequeno, subindo... Aí eu poderia falar: “Eu sou”.

A entrevista com Claudio é importante, pois permite explorar algo fundamental: a produção de linhas de fuga pelos usuários com diagnóstico de DM2, ou seja, as múltiplas possibilidades de *resistência* por parte das pessoas aos dispositivos de poder engendrados nas práticas de saúde de uma maneira geral e, mais especificamente, nas levadas a termo na ESF, como foram observadas durante o trabalho de campo.

Para Foucault (2007, 1999), não há poder sem resistência, sendo que as possibilidades de resistência são produzidas, de forma múltipla, irregular e disseminada, no interior mesmo das relações de poder e não como algo externo a um poder hermético, totalitário e aprisionador. A resistência opera, portanto, de maneira integrada às estratégias de poder, abrindo brechas para que as relações de poder sejam transformadas também conforme uma determinada estratégia. É por isso que a resistência assemelha-se ao poder em sua inventividade, maleabilidade e produção, estrategicamente distribuída e operando onde se formam e se exercem as relações de poder. Para Foucault, então, a resistência, ou as possibilidades de resistência, não seria uma substância, assim como não o é o poder, sendo *coextensiva* e *contemporânea* às relações de poder.

Em sua multiplicidade de localização, intensidade e duração, a resistência atravessa os corpos, os comportamentos, a vida e os modos de existência.

Da mesma forma que a rede das relações de poder acaba formando um tecido espesso que atravessa os aparelhos e as instituições, sem se localizar exatamente neles, também a pulverização dos pontos de resistência atravessa as estratificações sociais e as unidades individuais (FOUCAULT, 1999, p. 92).

Deste movimento, são possíveis grandes rupturas, divisões ou revoluções. Mas para Foucault, mais frequentemente os múltiplos pontos de resistência, em suas transitoriedades e maleabilidades, produzem fraturas mais sutis na sociedade que, de maneira não definitiva, percorrem, recortam e moldam os indivíduos inscrevendo suas marcas em seus corpos, à maneira do poder (1999).

Não por acaso Foucault vai mostrar como o poder não se resume a uma questão teórica, evidenciando como as relações de poder produzem nossa experiência e vivência, seja objetivando o sujeito que fala, que produz, que trabalha ou que simplesmente vive, seja clivando este sujeito no interior dele mesmo ou em sua relação com o outro (o louco e o indivíduo são; o doente e o sadio; o criminoso e o indivíduo “honesto e trabalhador”), ou mesmo na transformação de sujeitos enquanto reconhecedores de sua “condição”, como sua sexualidade, por exemplo (FOUCAULT, 2014).

E defronte a algumas evidências de nossos tempos, como os excessos do poder político, de certa “racionalização” política da sociedade, dos excessos do desenvolvimento do Estado moderno e da gestão política da sociedade, Foucault não hesita: “precisamos de uma nova economia das relações de poder” (FOUCAULT, 2014, p. 120). Longe de propor uma análise dos problemas que o regime de verdade hegemônico produz, interessa a Foucault “tomar as formas de resistência aos diferentes tipos de poder como ponto de partida” (p. 121), fazendo emergir as relações de poder em sua inscrição e método e interrogando estas relações em suas estratégias de enfrentamento (FOUCAULT, 2014). As possibilidades de resistência, desta forma, não se dão no âmbito da denúncia moral ou da reivindicação de direitos naturais, mas na dimensão estratégica e de luta (CASTRO, 2009; SAMPAIO, 2006).

Foucault estuda os dispositivos de poder, buscando dar visibilidade às linhas/planos de produção da sociedade contemporânea e também às possibilidades de resistência. Com

a modernidade, a produção do Estado se dá por meio de arranjos de poder que combinam técnicas de individualização e procedimentos totalizadores.

Para Foucault, é possível observar neste Estado moderno uma matriz de individualização que opera a partir de engrenagens específicas que funciona no âmbito de uma multiplicidade de instituições, como a medicina, a família, a educação, etc. Por outro lado, este dispositivo de saber-poder opera em um polo globalizante e quantitativo que se relaciona a uma gestão da população ou ao governo dos homens uns pelos outros. Um Estado que defende a vida, mas para tanto subordina, controla e pune, esquadrihando a vida em todos os seus aspectos (FOUCAULT, 2014).

Mas Foucault também procura identificar o que há de comum às distintas lutas e oposições que se observa na contemporaneidade. Estas lutas, extrapolando as formas de dominação e exploração, visam tudo aquilo que se relaciona com o indivíduo em referência a si mesmo e que o submete a outros. Em outras palavras, trata-se de lutas contra a submissão e sujeição da subjetividade. Tais lutas se tocam pela sua transversalidade, imediatismo e foco nos efeitos de poder em si, ou seja, pela sua amplidão e não restrição a pontos muito particulares (ex. tipo de governo político) e pelo fato de focar-se nas vivências concretas de cada qual em sua produção de existência (FOUCAULT, 2014).

Por outro lado, estas lutas questionam e abalam o estatuto do indivíduo ao afirmar o direito à diferença, opondo-se ao “governo pela individualização” que isola o indivíduo, fratura sua relação com os outros e o força a se dirigir a si mesmo, cristalizando-o em uma identidade. Também colocam em questão o regime de saber e suas relações de poder na medida em que interrogam a circulação e o funcionamento do saber científico e o estatuto daqueles que se instituem como autoridade competente e qualificada para enunciar regimes de verdade que incidem sobre a existência, nomeando, moldando e normalizando a vida (FOUCAULT, 2014, p. 122).

Foucault resume estas questões da seguinte forma:

[...] o principal objetivo dessas lutas não é tanto criticar tal ou tal instituição de poder, ou grupo, ou classe, ou elite, mas uma técnica particular, uma forma de poder. Essa forma de poder se exerce sobre a vida cotidiana imediata, que classifica os indivíduos em categorias, designa-os por sua individualidade própria, liga-os à sua identidade, impões-lhes uma lei de verdade que lhes é necessário

reconhecer e que os outros devem reconhecer neles. É uma forma de poder que transforma os indivíduos em sujeitos. Há dois sentidos para a palavra “sujeito”: sujeito submisso ao outro pelo controle e pela dependência, e sujeito ligado à sua própria identidade pela consciência ou pelo conhecimento de si. Nos dois casos, essa palavra sugere uma forma de poder que subjuga e submete (FOUCAULT, 2014, 123).

Para Foucault, então, cabe “imaginar e construir o que poderíamos ser para nos livrarmos dessa espécie de ‘dupla obrigação’ política que são a individualização e a totalização simultâneas das estruturas do poder moderno” (FOUCAULT, 2014, p. 128). Isso não significa exatamente lutar pela nossa libertação do poder do Estado e de suas instituições, mas agenciar múltiplas formas de subjetividade recusando a cristalização de determinados tipos de individualidade imposta aos sujeitos (FOUCAULT, 2014).

Na medida em que o exercício do poder se define a partir do modo com que alguns estruturam o campo de possibilidades de ação de outros, entende-se que não há sociedade sem relações de poder, o que de forma alguma significa uma realidade dada e imutável, mas implica em um imperativo político, ético e estético de interrogar continuamente a saturação das relações de poder em detrimento da liberdade. Cabe então reconhecer a multiplicidade dos processos de subjetivação e também a renovação do conjunto de práticas que tornam possível a constituição, a definição, a organização e a instrumentalização de estratégias que informam as relações dos indivíduos uns com os outros, em sua liberdade, interessando aí o modo de existência resultante (FOUCAULT, 2012b; DELEUZE, 1992).

Claudio recusa identificar-se como diabético, particularmente em situações de interação com outras pessoas externas a sua família. Mas mais do que isso: Claudio questiona profundamente o discurso de verdade que se constrói em torno da condição e a vida que resulta da “adesão” irrestrita ao “estilo de vida” imposto pela medicina àqueles que têm DM2. O DM2 não é apenas uma disfunção do pâncreas, que afeta a produção regular de insulina; é também psicológica, permeável ao seu estado emocional; o DM2 não é uma entidade, uma substância imutável, mas uma desordem que varia dia a dia de acordo com sua situação. Claudio também interroga o prognóstico da doença a depender do tratamento. Para ele, aderindo ou não ao tratamento, sua expectativa de vida não muda muito. E mesmo em casos mais graves, de uma “diabete estourada”, a dieta, por exemplo, não vai ajudar muito. Mas, apesar de a “adesão” à identidade de diabético e ao

tratamento não significar necessariamente viver mais, Claudio mostra como isto afeta substancialmente sua existência e seu cotidiano. Para ele, “aceitar” e se submeter ao DM significa viver preocupado, não comer muitas coisas das quais gosta, sofrer alterações indesejáveis e estigmatizantes no corpo (no caso do uso da insulina) e significa viver uma espécie de “compulsão”, como por exemplo ao “furar o dedo” diversas vezes por dia. Em síntese, para Claudio, “não vale viver assim”.

Assim, Claudio produz diversas linhas de fuga, relativizando os dois sentidos de “sujeito” apresentados por Foucault (2014), negando tanto ser um sujeito dócil, dependente e submisso ao outro, profissional de saúde ou não, quanto assumir uma identidade de diabético vinculada a determinada consciência e cuidado de si despotencializado e empobrecido. Dentre estas linhas de fuga, Claudio caminha longas distâncias, o que segundo ele serve para “queimar” a glicose do seu sangue; consome alguns tipos de alimentos “proibidos” de maneira moderada; e quando os ingere, aumenta a frequência de exercícios físicos e modifica sua alimentação nos dias seguintes de forma a manejar o aumento da glicemia causada pelo “desvio de conduta”; usa chás caseiros, à semelhança de outros usuários; além disso, usa as medicações orais, com exceção da insulina; e, por fim, como dito acima, recusa seu assujeitamento e docilização.

Enfim, Claudio não abre mão por completo do discurso da biomedicina, não rejeita completamente esse regime de verdade. Ele reconhece haver alguma influência de disfunções orgânicas na gênese e manutenção das alterações do metabolismo da glicose; ele tem conhecimento sobre as consequências desta condição, principalmente pelo fato de, segundo ele, sempre fazerem questão de reforçar o caráter mutilante da doença em diversos encontros no serviço de saúde; ele também aprendeu as linhas gerais do tratamento biomédico do DM2 - a tríade dieta, atividade física e medicação. Mas, em seu grau de liberdade, tensiona continuamente as relações de poder que operam nos encontros com os profissionais de saúde e em todo o dispositivo de poder da saúde, produzindo contracondutas, contradiscursos, questionando, interrogando, incorporando e resignificando as práticas biomédicas, enriquecendo-as, inventando suas próprias saídas, ou seja, aprendendo no manejo cotidiano de sua condição a encontrar estratégias de cuidado que tanto contribuam para certo controle dos níveis glicêmicos (e outros parâmetros biológicos) quanto se integrem melhor a sua existência, levando em consideração seu contexto, seus desejos e seu próprio modo de vida.



E é interessante observar como os profissionais de saúde tem dificuldade de se relacionar e produzir projetos terapêuticos compartilhados com usuários como Claudio. Como já dito, nessas situações, rotulam o usuário como rebelde e acusam a falta de cuidado consigo mesmo; e ao invés de trazer o mundo da vida do usuário e os afetos para o comando das práticas de saúde junto a esses usuários, reforçam ainda mais suas orientações, recorrendo geralmente ao discurso do medo.

Por um lado reafirmam as práticas de autocuidado (controle) e responsabilidade sobre sua própria saúde (consciência e cuidado de si sob certo regime de verdade), por outro buscam intensificar as estratégias de vigilância e disciplina, o que configura uma espécie de cultura de vigilância e controle na atenção a pessoas com condições semelhantes ao DM2 (BROOM e WHITTAKER, 2004). E o que Claudio, e tantos outros usuários, mostram é que essa forma de lidar com essas questões não produz cuidado.

Esta tensão entre controle e resistência, ou entre tutela e autonomia (MERHY, 1998), tem inclusive implicações morais. Para Broom e Whittaker (2004, p. 2374):

[...] falhar no controle [do diabetes] implica não somente em pior estado de saúde, mas também em uma derrota moral. A imposição do modelo médico racionalista no manejo das doenças geralmente atribui à pessoa com diabetes a responsabilidade pela manutenção de níveis aceitáveis de glicemia através da adesão a um regime de supervisão profissional regular, autocontrole e vigilância de si, dieta, exercício e, frequentemente, medicação. Além disso, pessoas com diabetes são vulneráveis à estigmatização por amigos, outros diabéticos e profissionais de saúde. [Isso configura] uma cultura de vigilância e monitoramento. [Mas] as pessoas tem um número de estratégias defensivas contra esse monitoramento [...].

A imposição de mudanças no estilo de vida desafia a pessoa a integrar as orientações em seu cotidiano, a submeter-se a certo regime de verdade e a aderir ao tratamento como única saída. Ocorre uma constante tensão entre integrar-se e submeter-se a esse discurso de verdade e resistir e produzir sua própria existência. Como saída:

A ideia de controle, da forma como é articulada pelos médicos, [é percebida] como um veículo através do qual os médicos podem exercer o poder, o que significa recomendar a interrupção de certos comportamentos, tais como comer alimentos

preferidos ou que são comuns na dieta. As pessoas resistem a este exercício de controle rejeitando essas prescrições e reposicionando o imperativo de controle a partir de práticas de *ajuste*. Em lugar da ideia de “interromper”, adere-se a ideia de “mudança” e “redução”, o que está ligado à ideia de flexibilidade e adequação (NAEMIRATCH e MANDERSON, 2006, p. 1152).

O discurso médico exige, exorta, recomenda mudanças radicais. As pessoas resistem integrando, modificando, flexibilizando, adequando, incorporando e ajustando as recomendações biomédicas a sua vida e outras práticas populares, sem as ignorar. Resistem assim aos imperativos de controle, vigilância e responsabilidade pela própria saúde articulados pelos profissionais de saúde em seus encontros com os usuários. Compreender isso poderia contribuir para um reposicionamento do profissional diante do outro; uma reconceitualização do seu trabalho; e a produção de outras formas de se relacionar com o usuário.

Seria possível, por exemplo, repensar a relação dos usuários com o glicosímetro e a insulina. É marcante nas narrativas de praticamente todos os usuários a associação do uso da insulina e todo o conjunto de práticas associadas a isso (uso do glicosímetro, p. ex.) a uma derrota por não ter conseguido controlar o diabetes de outro modo e pelo profundo impacto no seu modo de viver e a uma dependência a um medicamento e a um serviço de saúde. Segundo um profissional, significaria o prenúncio de complicações e da morte.

Mas poderia ser de outro modo, como foi possível pensar a partir de reflexões no grupo de pesquisa. O glicosímetro e a utilização maleável da insulina, ao invés de uma escravidão, poderiam ser operados como um dispositivo de liberdade. A possibilidade de alguém que vive com diabetes fabricar uma espécie de pâncreas para si e assim montar e manejar uma sociabilidade que inclui vinho (como quer o Claudio), uma cerveja, um docinho, um salgado numa festa ou outras fontes de prazer e conexões. Talvez, nesses casos, essa fosse aposta produtora de vida no encontro entre profissionais de saúde e usuários: ao invés da regra dura, que supõe um único diabetes com condutas ortodoxas e universais definidas a priori, o manejo flexível, dialogando com as singularidades e “ensinando” não a dependência, mas a liberdade do manejo fino, contextualizado, produzido continuamente em diálogo com a vida.



## **CAPÍTULO 5 - DE MINHA TRANSFORMAÇÃO EM UMA BOMBA RELÓGIO**

Durante o trabalho de campo realizado na US Azul, tive a oportunidade de me tornar “paciente” da equipe de saúde. Não fui cadastrado no Sistema de Informações do município, não recebi número de família e microárea e não tinha prontuário clínico. Mas durante as atividades que acompanhei - consultas, grupos, visitas, reuniões - incluindo os momentos informais de conversas com os profissionais no serviço (corredores, salas, cozinha) e nas andanças pelo território, em determinado momento me vi recebendo o mesmo tipo de atenção a que os usuários tinham acesso.

Não foi algo planejado e provocado por mim. Foi um movimento espontâneo e provavelmente tudo isto ocorreu pelo significativo vínculo que construímos durante o processo de pesquisa - o que também foi influenciado pela relação anterior que já mantinha com o serviço e com os profissionais, incluindo relações de amizade muito próximas e de longa data. Havia nesse processo de atenção à minha saúde uma questão genuína de afeto, responsabilização e interesse pelo meu bem estar.

Então optei por embarcar nessa trilha que se abriu no caminhar da pesquisa. Eu poderia vivenciar pessoalmente muito daquilo que observei e experimentei nos encontros que os profissionais estabeleciam com os usuários, obviamente levando em consideração todas as diferenças possíveis. Afinal, por mais que eu quisesse, não moro no território e tenho outras conexões materiais, afetivas e sociais. Adotando uma licença de referencial teórico, eu não era um nativo. Contudo, uma porta se abriu, era muito interessante para o trabalho e por isso mergulhei na experiência.

Poderia ser uma maneira de me encontrar de outro jeito com aqueles profissionais, de produzir juntos outros caminhos na pesquisa e no cuidado daquela equipe. Poderíamos, nos dizeres de Rolnik (2011, p. 23), “[...] dar língua para afetos que pedem passagem” estando mergulhados nas intensidades destes encontros e devorando as linguagens e elementos que encontraríamos.

E neste ponto, é preciso dizer algumas coisas sobre mim. Não correspondo aos modelos preconizados de saúde e estilo de vida. Meu peso está bem acima do que se espera e, pior, a gordura corporal concentra-se na região abdominal, o que é conhecido no jargão biomédico como *obesidade central* ou *obesidade abdominal*. Apesar de algumas

controvérsias na literatura, o problema é que é exatamente este tipo de distribuição da gordura corporal que implica em maior *risco* de desenvolver futuramente hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e até mesmo câncer (CHEN et al., 2015; HAINER e ALDHOON-HAINEROVÁ, 2013; ZHANG et al., 2008).

Além disso, não faço atividade física regular. Já tentei inúmeras vezes iniciar caminhadas, dia sim dia não. Busquei academias para “malhar” em diversas ocasiões, contando com ajuda profissional para tentar aumentar o gasto energético e assim perder peso (objetivo primário). Todas as iniciativas sem sucesso. Digo que o objetivo primário é perder peso, pois não passa pela minha cabeça almejar um corpo com “barriga de tanquinho” neste momento da vida. Se mal consigo perder peso, quanto mais desejar corpos sarados diariamente vistos na TV, nas revistas, nos outdoors e nas festas.

Por outro lado, minha alimentação é pobre em verduras e legumes, rica em gorduras saturadas e açúcar, além de não me alimentar com regularidade de horário durante o dia e não ter um café da manhã adequado (para muitos, a refeição mais importante do dia). Meu consumo diário de calorias deve ser bem superior ao recomendado, embora nunca tenha tido a curiosidade de calcular exatamente a quantidade de energia que consumo diariamente.

E para completar, muitos dizem que sou (ou estou) estressado. Alguns associam meu estresse ao doutorado - minha esposa, inclusive. Viagens (doutorado em SP, residência no ES), leituras, trabalho de campo, produção da tese, pressão por todos os lados. A esta tensão, associa-se o fato de que não pedi licença do trabalho como professor universitário para me dedicar exclusivamente ao doutorado (o que, ao final, posso considerar uma decisão errada). Apesar de contar com muita compreensão do meu departamento, que reduziu ao máximo minhas atividades de sala de aula, tinha as obrigações rotineiras de um professor. Além disso, passei a compor “duas famílias”. Casei-me no decorrer do doutorado, o que implica, para além do enorme prazer, em uma série de obrigações matrimoniais. E, infelizmente, no decorrer desse processo, vivenciamos - eu e minha família - um grave problema de saúde de minha mãe - que repercute ainda hoje. Tudo isto, sem desconsiderar também a maneira própria de lidar com as questões da vida e uma redução drástica dos momentos de lazer, configurou um “ambiente ansiogênico”.

Em síntese, não tenho um “estilo de vida saudável”. Melhor dizendo, não tem sido fácil dar conta da produção de vida em todas as suas conexões. E isto é facilmente observável. Meu corpo fala - na verdade, grita - e mostra. Não preciso confessar nada - voltando a Foucault. Ninguém precisa descobrir uma verdade escondida em mim. Está ali, na cara, de maneira evidente. Claro que sou muitos outros em muitas outras produções alegres e potentes. Mas me interessa colocar este plano específico em evidência neste momento.

E assim começa minha trajetória rumo a me tornar paciente do HiperDia. Durante as atividades, fui alvo de inúmeros comentários sobre minha saúde; na verdade, sobre meus “fatores de risco”. Fui semanalmente questionado (por profissionais e alunos) sobre minha pressão arterial e meus níveis séricos de glicose e colesterol. Minha resposta era padronizada: “estão normais”. “Duvido, estressado desse jeito e com essa barriga, você já deve estar com a pressão lá em cima, sem falar no resto” - era mais ou menos o que geralmente escutava em resposta. E dos comentários passamos aos procedimentos.

Fui pesado e medido. Passei a aferir a pressão arterial semanalmente. Meus dedos eram perfurados rotineiramente para verificar a glicemia capilar. Fiz uma bateria de exames. Ganhei um cartão do HiperDia com todos os meus dados e resultados das aferições de pressão arterial e glicemia capilar. Fiz uma avaliação completa com a educadora física da unidade de saúde. Tive todas as medições possíveis de meu corpo. Passei por uma bateria de recomendações de como me alimentar, de como praticar atividade física, da importância de lidar melhor com meu estresse e com os problemas do dia a dia. Isso sem contar o fato de que assistia a todas as atividades de educação em saúde de dois grupos. Cheguei a ganhar um frasco contendo sementes de chia para colocar na comida. Todos de alguma maneira se empenharam em orientar modos de viver melhor.

E tive a certeza de que havia me tornado paciente do serviço quando profissionais de outras equipes e de apoio passaram a comentar minha situação nos corredores. “Estou sabendo! Agora eu quero ver. Vamos ver se você vai mudar”. Meu caso, em certa medida, havia sido apropriado pelo serviço - ou pelo menos pelas pessoas com quem convivi mais intensamente durante o trabalho de campo.

Como já disse, percebi e senti a preocupação de todos ali com minha saúde. Preocupavam-se em perguntar como eu me sentia, o que estava conseguindo fazer, se já

tinha mudado alguma coisa na alimentação, se estava praticando alguma atividade física. Preocupavam-se em me oferecer alternativas alimentares: farelos, grãos, diferentes receitas, etc. Conversavam sobre meus problemas: doutorado, saúde da mãe, casamento, trabalho, história de vida, dinâmica da minha família. Discutíamos estratégias de autocuidado com base na mudança do meu estilo de vida. E esta preocupação aumentou quando descobrimos que minha pressão arterial de fato estava acima dos valores recomendados pelos protocolos (JAMES et al., 2014). Em algumas ocasiões, minha pressão estava em 150/90 mmHg. Cheguei a aferi-la na minha casa, com mais tranquilidade. A maior parte do tempo estava em níveis “normais”, ou seja, em 120/80 mmHg pelo menos. Mas em algumas ocasiões os valores encontrados na unidade se repetiram em casa.

No dia em que tive minha pressão arterial aferida pela primeira vez no serviço com resultado de 150/90 mmHg, todos me olharam com espanto e me deparei com o seguinte comentário: “Viu só. Olha aí. Já está hipertenso. Obeso e estressado desse jeito, você é uma bomba relógio”.

Meu nível pressórico indica um estágio leve de hipertensão arterial; as mais recentes recomendações das sociedades científicas especializadas inclusive relativizam o benefício do tratamento medicamentoso nessas situações (JAMES et al., 2014); não tenho diabetes mellitus ou qualquer outra comorbidade; não fumo; tenho todos os exames laboratoriais dentro da normalidade, incluindo colesterol e suas frações. Mesmo assim fui enquadrado como sendo de *alto risco* para desenvolver alguma complicação no futuro. O relógio está contando o tempo. “Quando, não sabemos. Mas o desfecho é certo: em algum momento no futuro terei uma doença cardiovascular que colocará minha vida em risco”.

E foi assim que me tornei um sujeito obeso, sedentário, estressado e hipertenso, o que no conjunto me caracteriza como uma bomba relógio prestes a explodir.

Entreí nas estatísticas. Integrava a metade da população acima do peso (BRASIL, 2014). Tornei-me problema de saúde pública.

A partir deste momento, não havia muita margem para manobras. Minha identidade clínica estava estabelecida, tendo como base um conhecimento científico estabelecido. O tratamento era bem conhecido, o tripé já citado inúmeras vezes neste trabalho: dieta,

atividade física, medicamento. Além disso, precisaria lidar melhor com meu estresse, dormir com mais qualidade, ter atividades de lazer, etc. Embora naquele momento não houvesse uma indicação objetiva para iniciar o uso de anti-hipertensivos, eu precisaria perder peso e adequar minha alimentação.

Meu futuro dependeria, em certa medida, das opções que eu fizesse neste momento. Esta decisão não seria tão racional, obviamente. Teria a influencia de todo o contexto que eu estava vivendo. Os profissionais falavam disso. E com calma alertavam sobre a importância de mudar os rumos de minha vida. Davam alternativas. Sugeriram ciclismo, caminhada, lutas (judô, MMA, jiu jitsu, muay tai, etc), natação, standup surf, dentre outros esportes. Indicaram andar com barrinhas de cereais na bolsa, passar a ingerir farelos e grãos, usar tipos específicos de adoçantes no café, etc. Envolveram minha esposa. Ela passou a reforçar todas essas recomendações, dia a dia. Tentei integrar muitas dessas orientações em meu cotidiano. Consegui dar alguns passos. Mas não se tornaram hábitos. Deixava-as de lado rapidamente.

Em uma visita que realizei para entrevistar uma usuária, me deparei com as mesmas recomendações sendo feitas por ela. Ela havia observado minha conversa com os profissionais que realizavam um determinado grupo. Disse que recebeu as mesmas orientações e que no início havia sido muito difícil, mas que conseguiu mudar muita coisa. Abriu seu armário e me mostrou vários pacotes de grãos e farelos, bem como caixas de adoçantes, barrinhas e outros alimentos.

Pela manhã, quando ia para o trabalho ou para o campo de pesquisa na unidade de saúde, geralmente entre sete e oito horas da manhã, escutava diariamente no rádio um comentarista de renome da área da educação física. Seu programa tinha como foco a atividade física, mas também abordava aspectos gerais de uma alimentação saudável e do bem viver (sono, estresse, lazer, acompanhamento por profissionais de diversas áreas - nutrição, medicina, educação física). Na volta para casa, entre as 16 e 18 horas aproximadamente, também escutava diariamente na mesma estação de rádio um comentarista da área de nutrição falando detalhadamente sobre alimentação saudável. Pode isso... não pode aquilo... se comer isso, opte por não comer aquilo... Em casa, nos poucos momentos dedicados à TV, me deparava com nutricionistas ensinando famílias a alimentar melhor seus filhos, chefes de cozinha elaborando pratos nutritivos, médicos



exalando preventivismo por todos os poros, reality shows onde se disputa quem perde mais peso.

Estava cercado por todos os lados.

Verdades enunciadas. Saberes produzidos e impostos. Identidades estabelecidas. Restava minha sujeição. O imperativo de cuidar da minha própria saúde atravessava minha vida. Era possível sentir na própria pele a “cultura” de vigilância, controle, monitoramento e responsabilização (NAEMIRATCH e MANDERSON, 2006; BROOM e WHITTAKER, 2004).

O que me remete às discussões que tive com minha esposa durante o trabalho de campo. Conversamos bastante sobre um dos principais resultados deste estudo. Relatei o fato de que, apesar da preocupação, do vínculo e da responsabilização dos profissionais para com a saúde dos usuários, o que vi em campo foram práticas disciplinares, normalizadoras e higienistas que incidiam de uma forma muito violenta sobre pessoas com DM que já eram violentadas de todas as formas possíveis em seu contexto de precariedade afetiva e material. Contava sobre a imagem negativa e destrutiva que as pessoas tinham do DM e o grande impacto da doença na vida dos usuários.

E li praticamente todo o *Vigiar e Punir* e o *Segurança, Território e População* com ela. Foucault, da mesma forma que aconteceu comigo, foi intenso intercessor dela. Enquanto pedagoga e professora de educação infantil, possivelmente ela sentia a mesma angústia. Afinal, era como se víssemos nossas práticas em cada página do *Vigiar e Punir*. E ficava a pergunta: estamos fazendo errado? Foucault está certo? O que ele propõe como alternativas? É isso mesmo? Quais são as saídas?

Sua resposta me desconcertou. Ela entendia todas as implicações destes dispositivos de saber-poder. Conseguia percebê-los em sua prática e na minha. Mas, para ela, no fundo o movimento que eu estava fazendo era em certa medida uma tentativa de justificar o fato de eu não aderir à mudança de estilo de vida que todos diziam que eu precisava. Mais: ao não aderir, ao não perder peso e não controlar minha pressão arterial, eu estaria desconsiderando o impacto que tudo isto teria na minha própria saúde e, não somente isso, na vida dela.

Ok. Entendi tudo o que você está falando. Realmente é uma doença triste. Muda radicalmente a vida da pessoa. E o que elas recebem de atenção na unidade é

violento e impositivo. Mas essas pessoas não tem que realmente controlar sua glicose, perder peso e usar o remédio? Então a saída não é questionar o que estão propondo para aquelas pessoas, mas a forma. E não me venha com essa conversa, porque, disciplinar ou não, você precisa perder peso.

Por algum motivo, discutir a Saúde da Família enquanto engrenagem de dispositivos disciplinares e de controle que incidem sobre os corpos e biopoliticamente sobre a população, contribuindo como tecnologia de subjetivação para a produção de sujeitos dóceis e assujeitados, foi tomado por ela como uma negação ou um juízo de valor essencialmente negativo sobre o trabalho das equipes de saúde. E, por outro lado, ao apontar os modos de existência despotencializados que tal dispositivo implica, aquelas considerações foram “lidas” como um modo de dizer que “vale tudo”, sem com isso estar atento às complicações que de fato podem advir do DM e outras condições crônicas de adoecimento.

Por outro lado, habita em mim fortemente a racionalidade científica moderna. Afinal, sou médico, formado em uma escola tradicional, “flexneriana”. E mesmo com minha formação adicional em Medicina de Família e Comunidade, que pretende operar a partir de uma clínica centrada na pessoa e de uma perspectiva integral de cuidado (MCWHINNEY e FREEMAN, 2010), não se pode dizer que esta racionalidade tenha sido superada. Uma racionalidade na qual, segundo Luz (1988, p. 89), “[...] a observação, a descrição e classificação mais a busca de ‘causas eficientes’ (explicação em termos de antecedente-consequente) das doenças no corpo humano constituem o objeto fundamental de conhecimento da medicina moderna”. Talvez por isso eu tenha recorrido em determinado momento a esta racionalidade como uma linha de fuga destas questões. Em uma versão inicial deste capítulo, escrevi:

Evidentemente, estas questões nos remetem ao caso de Rita. Seu caso, de longa evolução, mostra como não se pode negar sob nenhuma hipótese a seriedade das complicações do diabetes, bem como a complexidade do tratamento de casos refratários às medicações e as restrições alimentares e atividade física. Amputações, insuficiência renal, redução da acuidade visual, neuropatias, dentre outras complicações, tem o potencial de reduzir substancialmente as possibilidades de conexões sociais das pessoas, resultando em um ciclo de sofrimento psíquico, isolamento social, estigma e sinais e sintomas das mais variadas ordens. Isso sem considerar que há uma maior probabilidade de se desenvolver doenças

cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio, e doenças neurovasculares, como o acidente vascular encefálico, todas estas com potencial não desprezível de provocar a morte. E mesmo considerando o fato de ser difícil individualizar o risco de complicações, na medida em que este é estimado com base em dados populacionais, o que deveria significar contextualizarmos essas probabilidades quando apontadas para alguém em específico, não seria boa prática desconsiderá-lo por completo.

Minha orientadora foi muito feliz em apontar este movimento. Há um imperativo moral em minha trajetória profissional no qual não é possível negar esta racionalidade. Ela me atravessa com tamanha força que sinto a necessidade de frisar que os questionamentos aqui realizados não significam ruptura com a medicina moderna enquanto ancoragem privilegiada da racionalidade científica ocidental (LUZ, 1988). Propor isto seria uma heresia. Sinto-me obrigado a reconhecer a positividade deste dispositivo de saber-poder ao mesmo tempo em que interrogo a existência que se produz a partir dele.

Mas sou um ótimo exemplo de como são complexas e intrincadas as redes de produção existencial e de como “mudar um modo de vida” não é tarefa simples, nem racional, nem ativada pelas ameaças. Sou detentor de todas as informações relativas aos riscos de complicações com que convivo sob certo ponto de vista. Pesa sobre mim um julgamento moral adicional ao destinado a todas as “bombas-relógio” ambulantes: sou médico!!!! Há quem inclusive questione minha possibilidade de exercer um papel orientador em relação aos “pacientes”, afinal sou um péssimo exemplo. Um irresponsável. E como já evidenciei ao reportar o massacre informacional, é praticamente impossível que alguém hoje não tenha consciência de tudo isso. Vivi na pele o desconforto de ser massacrado de todos os lados sem que isso produza nada além de mais e mais desconforto. Possivelmente mais ansiedade. Estratégias terapêuticas falidas. Racionalidade em questão.

Ainda bem que pelo menos o doutorado está acabando...

## **CAPITULO 6 - A SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO DISPOSITIVO DE BIOPODER**

Até agora, discutimos os dispositivos de saber-poder que operam os encontros dos profissionais das equipes de saúde da família e os usuários com DM2. Das observações das consultas e grupos educativos, bem como das análises das entrevistas com os profissionais e usuários, fica evidente o imperativo moral de cuidar da saúde do outro no qual se engendram discursos e práticas de regulação, controle, vigilância, normalização e disciplina que atravessam não apenas o corpo individual, mas toda a população, produzindo modos de subjetivação que orientam sujeitos docilizados, assujeitados, despotencializados e tristes. Pretendo aqui aprofundar um pouco mais a construção histórica destes dispositivos de poder, o que pode contribuir para uma crítica da Saúde da Família enquanto modelagem assistencial.

### **POLÍTICAS DA SAÚDE ENQUANTO DISPOSITIVOS DE BIOPODER**

Inicialmente faremos um uso intensivo de um texto de Foucault publicado em 1976 denominado *A política da saúde no século XVIII* (FOUCAULT, 2011). Neste trabalho, Foucault mostra como, a partir do século XVIII, a Europa experimenta um duplo processo de desenvolvimento e expansão do mercado médico “privado” e de organização e implementação gradual de uma política da saúde na qual a saúde e a doença entram nos cálculos do Estado moderno como problema político e econômico concernente às coletividades. É neste sentido que, para Foucault, a “medicina privada” e a “medicina socializada” deste momento em diante estão intimamente relacionadas em uma nosopolítica problematizada por uma série de instituições, dentre as quais o Estado (FOUCAULT, 2011).

Digno de nota é o lugar central que a vitalidade da população (também um conceito nascente) passa a ocupar na agenda política em função da necessidade de manter e preservar a força de trabalho no contexto do capitalismo nascente. Houve então a necessidade de integrar o crescente contingente populacional aos sistemas de produção utilizando-se de dispositivos de poder que fazem, na acepção de Foucault, aparecer a “população” nos cálculos políticos e econômicos do Estado. Neste movimento, então, são tomados como problemas a repartição espacial, o controle numérico, a longevidade

e a saúde e o “bem-estar” desta massa de indivíduos, tida agora como objeto de análise, vigilância e intervenção por parte do Estado e de uma rede de instituições sociais (FOUCAULT, 2011). Desta forma:

Esboça-se o projeto de uma tecnologia da população: estimativas demográficas, cálculo da pirâmide de idades, das diferentes expectativas de vida, das taxas de morbidade, o estudo do papel desempenhado pelo crescimento da riqueza em relação ao crescimento da população, diversas incitações ao casamento e à natalidade, desenvolvimento da educação e da formação profissional. Nesse conjunto de problemas, o corpo, corpos dos indivíduos e corpos das populações, aparece portador de novidades variáveis: não mais apenas raros ou numerosos, submissos ou indóceis, ricos ou pobres, válidos ou inválidos, vigorosos ou fracos, porém, mais ou menos utilizáveis, mais ou menos suscetíveis de investimentos rentáveis, tendo mais ou menos a chance de sobrevivência, de morte ou de doença, mais ou menos capazes de aprendizagem eficaz. **Os traços biológicos de uma população tornam-se elementos pertinentes para uma gestão econômica, sendo necessário organizar à sua volta um dispositivo que garanta não apenas seu assujeitamento, mas a majoração constante de sua utilidade** (FOUCAULT, 2011, p. 362-3, grifos nossos).

*O imperativo político de saúde torna-se então dever de cada um e objetivo geral* que alimenta aparelhos de poder que visam à garantia da saúde por meios mais ou menos autoritários e coercivos dependendo da necessidade. E tal política da saúde só se torna possível a partir de um processo anterior de deslocamento dos problemas de saúde de todo um aparato assistencial voltado aos pobres vinculado a instituições de caridade. Até o século XVIII, a assistência se orientava ao pobre tomado de maneira global, sendo que a medicina enquanto serviço terapêutico ocupava apenas as franjas de todo esse arsenal assistencial. Este aparelho de assistência se desmantela a partir do momento em que economistas e administradores questionam a efetividade social dos gastos com as instituições de caridade e que a analítica da pobreza dá lugar à analítica da ociosidade. Interessa neste olhar para o ócio dos pobres a integração da pobreza aos sistemas de produção ou a sua gestão de forma a torná-la o menos dispendiosa possível para a sociedade (FOUCAULT, 2011).

E a medicina ganha importância central neste processo pela sua capacidade de operar como “polícia” do corpo social junto a todas as regulamentações econômicas e a

manutenção da ordem. A partir do século XVIII, a medicina passa a ocupar intensamente espaços nas estruturas administrativas e no aparelho de poder. Entra-se em um período de investigações sobre a saúde dos indivíduos e das populações. Estrutura-se todo um saber médico-administrativo sobre a sociedade e seus doentes, sobre as condições de vida da população e os comportamentos dos indivíduos. Além disso, inaugura-se uma investida política da medicina em termos de cercar a população de uma série de prescrições sobre higiene, saúde, doença e comportamento: formas de se alimentar e beber, de se vestir, de gerir os domicílios e sobre sexualidade. O médico, desta forma, “se torna o grande conselheiro e o grande experto, senão na arte de governar, pelo menos na de *observar, corrigir, melhorar o corpo social e mantê-lo em um estado permanente de saúde*” (FOUCAULT, 2011, p. 368).

Paralelo a esta centralidade da higiene e de todo um regime de saúde da população como instância de controle social, observa-se como efeito da política médica que se inicia no século XVIII a organização moral da família como espaço fundamental de medicalização dos indivíduos. Para Foucault (2011, p. 364), “desde a segunda metade do século XVIII, ela [a família] se tornou o alvo de uma grande empreitada de aculturação médica”. Foi no seio familiar que se articulou o imperativo político e econômico da saúde da população com uma ética privada de cuidado dos indivíduos (de autocuidado, do cuidado dos pais para com os filhos, etc) e com a constituição de um corpo profissional de médicos legitimados pelo Estado para atender as demandas e necessidades dos indivíduos e suas famílias (FOUCAULT, 2011).

Nesta política da saúde inaugurada no século XVIII, o hospital constitui-se em uma instituição insuficiente e ultrapassada, na medida em que não dá conta de um processo de medicalização que deve alcançar a melhoria do estado de saúde da totalidade do corpo social. Além disso, a imagem “sombria” e miasmática do hospital não se encaixa com um movimento de “purificação” do espaço público e da população, bem como economicamente não gera os efeitos desejados, pois não dispõe de meios assistenciais para combater globalmente a pobreza e suas consequências em termos de doença e ociosidade (FOUCAULT, 2011).

Por isso, o século XVIII europeu vê surgir ideias de substituição do hospital por outros mecanismos de higiene social: (a) a organização de uma espécie de “hospitalização” a domicílio, que representa custos menores ao trazer a família para o centro da

assistência; (b) a ampla difusão de um corpo médico na sociedade de forma a dar sustentação técnica a essa “desospitalização”; e (c) uma expansão, por todo o corpo social, de cuidados médicos, consultas e distribuição gratuita de medicamentos que encontra nos dispensários sua forma institucional. Neste sentido, a reforma hospitalar o torna não mais o centro da assistência, mas o da terapêutica, que dentre outras funções constitui uma nova conformação do saber médico e uma rede de suporte a todo esse corpo médico espalhado pelo espaço das cidades e do campo (FOUCAULT, 2011).

Tem-se então uma política de saúde que se baseia na presença extensiva e intensiva do corpo médico na sociedade, que responde por um “enquadramento médico” permanente da população (FOUCAULT, 2011). E esta política da saúde tem seus efeitos palpáveis até os dias de hoje.

Todo esse processo descrito até aqui com base no trabalho de Foucault sobre as políticas da saúde que tem início no século XVIII se insere em uma longa e gradual transformação dos dispositivos de poder que ocorre aproximadamente entre os séculos XVII a XIX e que envolve outros domínios da vida. Fala-se aqui do **biopoder** enquanto poder sobre a vida e sobre a morte, que se situa em um processo de intensa estatização da vida.

Uma das mais maciças transformações do direito político do século XIX [algo que se iniciou nos séculos XVII e XVIII] consistiu, não digo exatamente em substituir, mas em completar esse velho direito de soberania – fazer morrer ou deixar viver – com outro direito novo, que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de “fazer” viver e deixar “morrer” (FOUCAULT, 2005, p. 287).

Este poder que se organiza em torno do viver e do morrer se exerce em dois sentidos (já explorados com mais detalhes neste trabalho anteriormente) que se complementam e se atravessam: por um lado, uma *anátomo-política* de disciplinarização, adestramento e docilização do corpo individual tomado enquanto máquina; por outro, uma *biopolítica* da população tomada enquanto corpo-espécie com vistas à gestão de processos biológicos como a mortalidade e a longevidade. E o que conecta esses dois mecanismos de biopoder sobre a vida não é a lei, mas a norma, tanto a norma da disciplina quanto a norma da regulação, configurando um dispositivo de poder individualizante e totalizante de normalização (CASTRO, 2009; FOUCAULT, 2005, 1999).

Com essa recuperação histórica da gênese e expansão de novos dispositivos de poder feita por Foucault no que concerne às políticas de saúde na modernidade, nosso interesse não reside apenas em mostrar que os conceitos de vigilância à saúde que informam em parte a Saúde da Família trazem em si dispositivos disciplinares e biopolíticos operados pelos profissionais de saúde em seu agir cotidiano, incidindo tanto sobre o corpo individual quanto o corpo social da população. Isso já foi dito em trabalhos como os de Gastaldo (1997), Homes e Gastaldo (2002), Perron et al. (2005), Weber (2006) e Thompson (2008).

Em linhas gerais, esses trabalhos mostram que a APS, pela sua capilaridade em todo o tecido social, funciona como elemento chave de uma rede de serviços que promove um processo de “captura” mediante tecnologias de poder operadas a partir de práticas de monitoramento, vigilância, auto-regulação, responsabilização normativa pela própria saúde, normalização, higienização, adestramento, hierarquização, individualização, produção de saberes e educação. Tais práticas ganham materialidade em ações de promoção da saúde, aconselhamento sobre mudança de estilos de vida e adoção de hábitos saudáveis, suporte para as famílias no cuidado de seus membros e prevenção de doenças levadas a termo não apenas nos próprios serviços, mas também no domicílio e em outras instituições sociais.

Para estes autores, em uma sociedade que assume um imperativo moral de saúde, a APS se configuraria como uma política social que se encaixa em todo um aparelho de poder orientado para moldar o social, produzindo e difundindo normas, práticas e saberes que visam à regulação, manutenção e melhoria do estado de saúde da população. Desta forma, movimentos recentes de promoção da saúde e desinstitucionalização da atenção à saúde, com ênfase na família e no domicílio, teriam como base um processo de tomar a casa e a família como lócus privilegiado de cuidado e de responsabilização do próprio indivíduo por suas ações e condutas. Toda essa tecnologia de aconselhamento, de modificação de condutas e “personalidade”, de estabelecimento de normas de vida, de desenvolvimento pessoal e de educação para a saúde buscaria promover uma capacidade de auto-regulação dos indivíduos orientada por certas normas e padrões.

Holmes e Gastaldo (2002), discutindo o trabalho da enfermagem, oferecem ideias importantes para refletirmos sobre as práticas de todos os profissionais de saúde. Segundo eles não haveria uma contradição de fundo entre disciplinarização e cuidado.



Pela sua proximidade com os pacientes e comunidades, os enfermeiros ocupam uma posição privilegiada que permite que eles atuem sobre estes indivíduos e grupos. Por meio da educação, eles normalizam e disciplinam; por meio do cuidado, eles aliviam o sofrimento de indivíduos e comunidades vulneráveis e participam da construção das identidades dos pacientes como corpos doentes ou corpos saudáveis. Eles possuem um *saber* científico que é geralmente aceito como o saber verdadeiro e estão aptos para influenciar os comportamentos dos pacientes em relação a sua saúde, adoecimento e bem-estar (p. 563).

Já Weber (2006), embora com uma leitura um pouco diferente do trabalho de Foucault da utilizada aqui, analisa especificamente o caso da Saúde da Família, entendendo-o como um dispositivo da biopolítica, mostrando que:

O PSF é apresentado como um programa de saúde; porém, de fato, a sua dimensão biopolítica confere uma representação ampliada da sua constituição. Representa, sim, uma política pública de saúde que carrega nos seus pressupostos de suas estratégias (*sic*) e nos efeitos de suas ações, todo um conjunto discursivo representativo do Estado brasileiro. [Assim], o PSF, como dispositivo da biopolítica, como um elemento discursivo, permite - justificadamente - propagar em toda a capilaridade do tecido social ao seu alcance, a racionalidade que coloca em jogo. [...]. É isso que o dispositivo PSF executa. A gestão da vida das populações mais pobres (p. 150-1).

Contudo, em nosso entender, tais análises, apesar de explorarem a capilaridade social dos dispositivos de saber-poder que operam na APS e na prática dos profissionais de saúde, não estabelecem uma crítica potente o suficiente para repensarmos as modelagens de APS (em particular a Saúde da Família), levando em conta os processos de trabalho em sua micropolítica e as práticas dos profissionais em ato junto aos usuários. Muitas destas produções me incomodam pelo fato de restringirem as relações de poder a seu polo de subjugação e opressão, apesar de reconhecerem a complexidade das conceituações de poder presentes nos trabalhos de Foucault. É neste sentido que não entendemos como suficiente a denúncia dos mecanismos de controle e higienização implícitos na expansão do aparato assistencial observada nas últimas décadas.

Ora, como diz Foucault, o poder não se limita ao domínio repressivo do outro e onde há poder, há resistência. Por onde, então, produzir brechas nesse aparato produtor de subjugação e vidas tristes?

Dá a importância de se pensar o biopoder e suas teias disciplinares e biopolíticas a partir de uma concepção de poder não apenas opressivo, mas também produtivo, que existe apenas na medida em que os sujeitos podem exercer algum grau de liberdade e resistência (HARDT e NEGRI, 2009; PELBART, 2009). Um biopoder que se aplica sobre a vida de maneira a produzir múltiplas subjetividades, múltiplas normas e modos de existência, operando estrategicamente e taticamente em um campo de disputas por distintos regimes de verdade que implicam em existências singulares, potentes e normativas. Para Pelbart (2009), seria um biopoder redefinido em sua capacidade de afetar e ser afetado em um sentido espinosano.

Isto permitiria pensar uma Saúde da Família que agenciasse esta multiplicidade de subjetividades e operasse na potência da multidão, mais que na “desordem” das massas, entendendo essa multidão como um conjunto de singularidades, conjunto este potente, múltiplo, móvel e produtivo (NEGRI, [s.d.]). Pensaríamos a Saúde da Família, desta forma, não na dicotomia “é boa ou é ruim para a população e para você?”, como explora Gastaldo (1997) em relação à educação em saúde, mas a partir do imperativo ético e estético das existências produzidas nos encontros dos profissionais de saúde com os usuários e o “território”.

Significa então escapar das essências das práticas como o núcleo de definição das modelagens da ESF: “SF é promoção e prevenção”; “se não fazemos grupo, não fazemos promoção e, portanto, não fazemos ESF”; “essa demanda espontânea descaracteriza a ESF, torna-a um pronto atendimento”; “só atendo doença aqui, não faço saúde”; “minha equipe está muito bem organizada, os grupos estão funcionando perfeitamente e a agenda está toda organizada de acordo com os programas”, e por aí a fora. O desafio que se coloca torna-se pensar e produzir a SF a partir do encontro e seus produtos.

Todas essas questões nos remetem a outro conceito de saúde, de outras formas de encarar as práticas de saúde e nossa relação com o outro. Para isso, busquei trazer algumas contribuições de Caponi (2009) para pensar a saúde como abertura ao risco e como margem de segurança para administrar esses riscos, tomando como base os trabalhos de Canguilhem.

## A SAÚDE COMO POTÊNCIA DE VIDA E “ABERTURA AO RISCO”

Nesta parte, tomaremos como intercessor o trabalho de Caponi (2009) e sua leitura da obra de George Canguilhem para pensarmos no conceito de saúde e doença que norteia o trabalho na Saúde da Família. Caponi parte da percepção de como o ideário da saúde perfeita entra no horizonte do possível e nos cálculos políticos e econômicos da contemporaneidade, resultando em uma multiplicação de riscos e ameaças à saúde da população definidos a partir de um saber científico que toma a saúde como normalidade das funções vitais em relação a valores e padrões representados em termos de médias e frequências estatísticas. Nesta acepção, a doença se define como um desvio do organismo-máquina em relação aos valores médios que indicam a normalidade das funções do corpo, independente do sofrimento e do prejuízo às atividades dos indivíduos. Saúde então se opõe ao estado patológico e se define como ausência de doenças (CAPONI, 2009).

Diante das consequências desta concepção que vincula saúde e normalidade, já fartamente exploradas na literatura, Caponi, seguindo os trilhos de Canguilhem, chama a atenção para a necessidade de uma “problematização filosófica da saúde” (2009, p. 61), frisando a tese de Canguilhem explorada em *O normal e o patológico* (2007) na qual é impossível associar em uma base científica as noções de saúde e normalidade, anomalia e patologia. Para Caponi:

[...] não são as médias estatísticas, nem a fuga dos intervalos assim chamados normais que nos indicam o momento em que se inicia uma doença, mas sim as dificuldades que o organismo encontra para dar respostas às demandas que seu meio lhe impõe. E é justamente a consideração deste sofrimento e deste sentimento de impotência individual que escapa às médias estatísticas; o que nos permite tentar uma definição menos restrita do conceito de saúde (2009, p. 61).

Tem-se então a provocação de Canguilhem para pensarmos a saúde não como conceito puramente científico, mas como algo que diz respeito a todos nós. Este conceito de saúde não estaria restrito às frequências, às médias, à estatística e às investigações biomédicas, mas incorporaria o sofrimento e a existência daqueles que seriam, em última instância, os únicos que estariam em plenas condições de falar sobre si mesmos e decidir. Entra em campo, desta forma, o que Canguilhem chama de “corpo subjetivo”,

que sem se opor ao conhecimento biomédico, o incorpora e o resignifica (CAPONI, 2009).

Assim, Canguilhem (2007) vai trabalhar com o conceito de saúde nos termos de uma margem de segurança para tolerarmos e compensarmos as agressões do meio ambiente. Uma saúde deficiente se definiria, portanto, não como um mero desvio da norma, mas como uma redução desta margem de segurança que limitaria a normatividade dos indivíduos em sua relação com o meio. Canguilhem parte do erro, das limitações e das anomalias para pensar o alcance e os limites das ideias de saúde e normalidade, invertendo e problematizando o imperativo médico de privilégio do normal como a base da saúde, o que leva a uma prática médica que considera o tratamento como o restabelecimento da norma da qual o indivíduo se desviou. Esta interrogação de Canguilhem nos leva a um conceito de saúde que se afasta de valores, padronizações, predefinições e determinações universais (CAPONI, 2009). É neste sentido que, para Canguilhem (2007), a possibilidade de adoecer e de recuperar-se faz parte da saúde.

O homem só se sente em boa saúde - que é, precisamente, a saúde - quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida. Não foi, evidentemente, com a intenção expressa de dar aos homens essa impressão que a natureza fez seus organismos com tal prodigalidade: rim demais, pulmão demais, paratireoides demais, pâncreas demais, até mesmo cérebro demais, se limitássemos a vida humana à vida vegetativa. Tal modo de pensar expressa o mais ingênuo finalismo. No entanto, a verdade é que, sendo feito assim, o homem se sente garantido por uma superabundância de meios dos quais lhe parece normal abusar. Ao contrário de certos médicos sempre dispostos a considerar as doenças como crimes, porque os interessados sempre são de certa forma responsáveis, por excesso ou omissão, achamos que o poder e a tentação de se tornar doente são uma característica essencial da fisiologia humana. Transpondo uma frase de Valéry, dissemos que a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde (CANGUILHEM, 2007, p. 151).

A distinção entre o normal e o patológico, nessa perspectiva, envolve uma diferença qualitativa não passível de ser reduzida a médias e frequências. Para Caponi (2007, p. 69), “a saúde [...] implica muita mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica a capacidade de ‘instituir novas normas em situações

novas””. E é por isso que se torna fundamental interrogar a ideia de normalidade como valor social e vital que informa e exige a adequação do indivíduo ao que socialmente deveria ser o padrão de vida, diferenciando, hierarquizando, separando e produzindo monstros e anormais nocivos e perigosos. É neste sentido que não se pode esquecer que, para Canguilhem, as fronteiras entre o normal e o patológico se definem para um mesmo indivíduo tomado em sua existência (CAPONI, 2007). De certa forma:

O certo é que os infortúnios, assim como as doenças, sejam eles procurados ou desejados, fazem parte de nossa existência e não podem ser pensados em termos de crimes e de castigos. Esta é a dimensão que negamos quando pensamos nas infrações, em termos de doença, quando assistimos medicamente aos ‘indesejáveis’, quando consideramos como objeto de medicalização aquelas pessoas que não desejam, ou simplesmente não procuram conquistar esse amplo e equivoco valor, que chamamos de ‘bem-estar’” (CAPONI, 2007, p. 71).

A saúde entendida como absoluto não é possível. Não podemos viver sem angústias, sem erros, sem infortúnios e sem tropeços. É preciso reconhecer que os riscos e o mal-estar fazem parte da vida e podem significar a produção de novos caminhos e territórios existenciais. Podemos então pensar um conceito de saúde que incorpore nossa capacidade de sermos normativos em nossa existência, arriscando e administrando autonomamente certa margem de risco e perigo em nossas ações e desejos (CAPONI, 2007).

Todas essas questões trazidas até aqui, segundo Caponi (2007), possibilitam problematizar “a ambição de intromissão na vida dos indivíduos” (p. 80) presente nas práticas dos profissionais de saúde e das instituições de saúde, propondo políticas e práticas de saúde mais solidárias. Por exemplo, é possível interrogar conceitos e práticas de prevenção e promoção da saúde com base na ideia de saúde como margem de segurança e abertura ao risco. Se tomarmos a ideia de saúde da forma como Canguilhem a entende, pensando na possibilidade de abusar da própria saúde como parte da saúde e a capacidade do indivíduo ser normativo e inventar formas de vida mesmo diante de uma anomalia ou doença, é preciso interrogar profundamente o trabalho das equipes de saúde da família, na medida em que muitas de suas ações acabam por incidir sobre os corpos e a vida no sentido de reforçar e ampliar restrições à autonomia e capacidade de decisão e produção de existências múltiplas.

Destas reflexões, é fundamental questionar de maneira radical a afirmação tão comum de que a “ESF é prevenção e promoção da saúde”. Adotando uma pista enunciada por Caponi (2007) de definirmos prevenção e promoção da saúde não tomando como base as atividades realizadas em si, mas os objetivos almejados e os resultados alcançados em termos de existência e potência de vida, podemos afirmar com base nas visibilidades produzidas no trabalho de campo que toda a aparelhagem de saber-poder mobilizada pelas equipes no cuidado dos usuários com diabetes, apesar das intenções, acaba por promover uma saúde debilitada, “um sentimento de vida contrariada” (CANGUILHEM apud CAPONI, 2007) e adoecimento, por mais contraditório que isso possa parecer num primeiro momento.

É neste sentido que, a partir do que foi possível ver e produzir nos encontros que estabelecemos neste trabalho, sugiro que essa ESF preventiva, promotora de saúde, vigilante e programática na verdade agencia e reforça seu oposto. Torna-se então fundamental problematizar a Saúde da Família em sua intensidade política por controle, disciplinarização e regulação de corpos e populações. Ao trabalhar com noções de perigo, risco e anormalidades sem mediações com o mundo da vida e a singularidade dos sujeitos, a SF acaba por reproduzir em alguma medida estratégias de higiene ainda fortemente arraigadas em programas de saúde pública, associando as classes pobres com a noção de classes perigosas (CAPONI, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que busquei realizar aqui seguiu, em certa medida e de maneira não pretensiosa, o itinerário traçado por Foucault (2008, p. 156-8) em sua análise das disciplinas a propósito dos hospitais, do exército, das escolas, das famílias e das prisões. Neste interim analítico, Foucault realizou três deslocamentos em relação às instituições. Um primeiro movimento seria “passar por trás da instituição a fim de tentar encontrar, detrás dela e mais globalmente que ela, o que podemos chamar *grosso modo* de tecnologia de poder” (p. 157). Um segundo deslocamento consistiria em se afastar de uma visão interna às instituições ancorada em suas funções, posicionando-as em uma economia geral do poder ou em uma visão externa das estratégias e táticas de poder. E, por fim, um terceiro movimento que consiste na recusa da análise das instituições, suas práticas e saberes com base em um objeto já previamente definido e pronto, o que quer dizer apreender a constituição de um campo de verdade com objetos de saber a partir das tecnologias de saber-poder que ali operam (p. 158).

Não se tratou, portanto, de realizar um movimento comum na literatura de, com base no que cientificamente determina-se como o tratamento mais adequado para o diabetes e com base no que eventualmente possa ser o melhor modelo de atenção primária à saúde, analisar e julgar as práticas e os processos de trabalho das equipes de saúde da família junto aos usuários, apontando suas falhas e avanços. Muito menos desvelar as barreiras e as dificuldades que as pessoas encontram no autocuidado do diabetes, de forma a adaptar ou incluir saberes, habilidades e atitudes às nossas valises profissionais com vistas a um melhor controle da doença e melhores resultados em saúde. Não se tratava, exatamente, em questionar os pilares do saber biomédico direcionado ao manejo do diabetes, apesar das inúmeras lacunas e incertezas que este apresenta. Nem desconsiderar a potência desse regime de verdade em certos recortes da produção da saúde.

O fio condutor das análises aqui empreendidas pretendeu visibilizar os modos de existência produzidos nestas práticas, os processos de subjetivação produzidos nos encontros dos profissionais com os usuários, que sujeitos se pretende constituir com toda essa tecnologia utilizada pelas equipes na atenção à saúde das pessoas com DM. Talvez assim seja possível interrogar em outros termos a modelagem da Saúde da Família e a micropolítica dos processos de trabalho das equipes de saúde,

particularmente aquelas que atuam junto a populações marginais e vulneráveis usuárias do sistema público de saúde.

Neste sentido, vivenciando toda essa “parafernália” de saberes e práticas operadas pelas equipes de saúde, pela mídia e, de certa forma, por toda a sociedade de controle (já que a necessidade da vida saudável e a culpa quando não se consegue cumprir estão suficientemente internalizadas nas sociedades ocidentais), o que pude perceber foi uma enorme exigência por autocuidado e por busca de cuidados profissionais propagada em toda a teia social, de modo que é impossível escapar completamente a essas relações de poder. Recorrendo a uma liberdade retórica, penso na “chatice” e superficialidade disso tudo. Não se passa muito tempo sem que alguém diga a você o que deve fazer para viver melhor, seja na TV, no rádio, em uma revista, em um serviço de saúde, em uma empresa, na família, em um órgão público, nas redes sociais e na internet de maneira geral. E fala-se disso o tempo todo.

Reforça-se continuamente que o que você está fazendo é errado e pode levá-lo à morte. Mostram o desperdício de vidas produtivas com o problema das condições crônicas de adoecimento. E, frequentemente, apesar de algum reconhecimento da complexidade da questão, frisam o que podemos fazer para viver mais e melhor: caminhar, se alimentar bem, fazer os check-ups de saúde, usar os medicamentos corretamente, trabalhar, consumir, etc. Um discurso moral que asfixia, oprime e tensiona continuamente seu modo de viver.

Aqueles que não se sujeitam a isso são os rebeldes, os pacientes-problema. Como eu, como muitos. Como a maioria? O que transpareceu do trabalho de campo foi que as pessoas, em sua maioria, ajustam as orientações a seu cotidiano e se ajustam na medida do possível, sem radicalismos. Resistem e produzem inúmeras linhas de fuga ao dispositivo de verdade da saúde pública e da biomedicina. Não se submetem integralmente às condutas padronizadas, mas produzem contracondutas que expressam e ressignificam de alguma maneira toda a sua vivência e experiência. Mas para muitos dos usuários com quem convivi durante este estudo, foram visibilizadas linhas de despotencialização: a precariedade material, a violência das relações, os conflitos familiares, o estigma, os projetos de vida abortados, conexões existenciais empobrecidas, suas possibilidades de ação, seus valores e cultura, etc. E o encontro com



os profissionais de saúde no mais das vezes agenciando tristeza, sensação de derrota, solidão.

É com isso que precisamos lidar na produção do cuidado na Saúde da Família. Uma modelagem com tantas possibilidades de produção - equipe multiprofissional, proximidade com os usuários, facilidade de acesso, diversificação de cenários assistenciais, participação dos usuários na gestão dos serviços, etc - aprisionada em processos de trabalho burocratizados, programados em excesso, médico e procedimento centrados, higienistas, disciplinadores, normalizadores, violentos. Em particular quando estamos diante de uma população marginalizada, fragilizada em seus direitos sociais mais básicos e submetida a todos os tipos de iniquidades sociais. Este é o imperativo ético que se coloca.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, D. S. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 131-47, 2006.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-28, 2009.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2473-82, 2010.

BARSAGLINI, R. A. Adoecimentos crônicos, condições crônicas, sofrimentos e fragilidades sociais: algumas reflexões. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Adoecimentos e sofrimentos de longa duração**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 70-103.

BARSAGLINI, R. A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 248 p.

BERTUSSI, D. et al. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. [S.l.; s.n.], 2011. p. 306-324.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BOURGUIGNON, N. Leitão da Silva: a avenida que divide a raça dos moradores de Vitória. **A Gazeta**, Vitória, 04 set. 2014. Disponível em: <[http://gazetaonline.globo.com/\\_conteudo/2014/09/especiais/vitoria\\_463\\_anos/1496557](http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2014/09/especiais/vitoria_463_anos/1496557)

-leिताo-da-silva-a-avenida-que-divide-a-raca-dos-moradores-de-vitoria.html>. Acesso em: 12 Abr. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de Setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: < [http://189.28.128.99/provab/docs/geral/PORTARIA\\_INTERMINISTERIAL\\_n2087\\_de\\_01\\_de\\_setembro\\_de\\_2011.pdf](http://189.28.128.99/provab/docs/geral/PORTARIA_INTERMINISTERIAL_n2087_de_01_de_setembro_de_2011.pdf)>.

Acesso em: 21 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil**. Uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF**: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica: SUS 01/1996. Portaria MS nº. 2.203. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRITO, M. R. Dialogando com Gilles Deleuze e Félix Guattari sobre a ideia de subjetividade desterritorializada. **Alegrar**, n. 9, jun. 2012.

BROOM, D.; WHITTAKER, A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 58, n. 11, p. 2371-82, 2004.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Possibilidades de uma clínica do sujeito na atenção primária à saúde (APS). [S.l.; s.n.], 2015. [mimeo].

CAMPOS, R. O. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 62-74.

CANDIOTTO, C. **Foucault e a crítica da verdade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora; Curitiba: Champagnat, 2010.

CANESQUI, A. M. (Org.). **Adoecimentos e sofrimentos de longa duração**. São Paulo: Hucitec, 2013. 364 p.

CANESQUI, A. M. (Org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007. 149 p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 59-81.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CECCON, R. F. et al. Mortalidade por doenças circulatórias e evolução da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1411-6, 2013.

CERQUEIRA, M. B. **Pobres, resistência e criação: personagens no encontro da arte com a vida**. São Paulo: Cortez, 2010.

CHEN, Z. et al. Blood pressure in relation to general and central adiposity among 500 000 adult Chinese men and women. **International Journal of Epidemiology**, London, mar. 2015 (Epub ahead of print).

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-61, 2008.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Suppl.1, p. s7-s16, 2008.

DAB: Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, c2015. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

DELEUZE, G. **Conversações, 1972-1990**. São Paulo: Ed. 34, 1992. 232 p.

DOURADO, I. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, Hagerstown, v. 49, n. 6, p. 577-84, jun. 2011.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-42, 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-81, 2006.

FAVORETO, C. A. O. **A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária**: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO Jr., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. (Orgs.). **Educação médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p. 99-112.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. [S.l.; s.n.], 2011. p. 290-305.

FERREIRA, V. A.; MAGALHAES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-800, 2005.

FORT, M. P. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. **BMC Family Practice**, London, v. 4, n. 14, p. 131, sep. 2013.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos, volume IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 118-40.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 40. ed. Petrópolis: Vozes, 2012a.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos, volume V: ética, sexualidade, política**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012b. p. 258-80.

FOUCAULT, M. A política da saúde no século XVIII. In: FOUCAULT, M. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 357-73. (Ditos e Escritos; 7).

FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 24. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

FOUCAULT, M. Poder e saber. In: FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos, volume IV: Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. p. 223-40.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos, volume IV: Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c. p. 335-51.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-76)**. São Paulo Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2**: o uso dos prazeres. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-53, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-98.

GASTALDO, D. Is health education good for you? Rethinking health education through the concept of biopower. In: PETERSEN, A.; BUNTON, R. (Orgs.). **Foucault, Health and Medicine**. London: Routledge; 1997. p. 113-132.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-63, 2006.

GIUGLIANI, C. et al. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. **Journal of Ambulatory Care Management**, Germantown, v. 34, n. 4, p. 326-38, 2011.

GOMES, K. O. et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Suppl. 1, p. 1473-82, 2009.



GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-9, 2005.

GUANAIS, F. C. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 103, n. 11, p. 2000-6, 2013.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **Journal of Ambulatory Care Management**, Germantown, v. 32, n. 2, p. 115-22, 2009.

GUEDES, S. L. **Jogo de corpo: um estudo de construção social de trabalhadores**. Niterói: EDUFF, 1997. 355 p.

GUIMARAES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868-76, 2009.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HAINER, V.; ALDHOON-HAINEROVÁ, I. Obesity Paradox Does Exist. **Diabetes Care**, New York, v. 36, Suppl. 2, p. S276-S281, aug., 2013.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Commonwealth**. Massachusetts: Harvard University Press, 2009.

HARZHEIN, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, p. 156, 2006.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 614-626, 2010.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Suppl.1, p. 1359-65, 2009.

HOLMES, D.; GASTALDO, D. Nursing as means of governmentality. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 38, n. 6, p. 557-65, 2002.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

JAMES, P.A. et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 311, n. 5, p. 507-20, 2014.

KAWATA, L. S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-20, 2009.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Suppl. 1, p. 1533-41, 2010.

LACERDA, W. A.; SANTIAGO, I. M. F. L. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 197-205, 2007.

LOURENCO, E. C. et al. Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, 2014.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, M. H. (Coord). **Pesquisa de opinião dos gestores sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MACINKO, J. et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 101, n. 10, p. 1963-70, 2011.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 65, n. 10, p. 2070-80, 2007.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 60, n. 1, p. 13-9, 2006.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 165-76, 2006.

MARCELLO, F. A. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos-maternos. **Educação e realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 199-213, 2004.

MARIN, M. J. S. et al. Community contributions to a FHU team work. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1065-71, 2007.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-31, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 71-112.

MERHY, E. E. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. [S.l.;s.n.], 1998.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-42.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M.; CERQUEIRA, P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-74.

MONTEIRO, C. A. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

NAEMIRATCH, B.; MANDERSON, L. Control and adherence: living with diabetes in Bangkok, Thailand. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 63, n. 5, p. 1147-57, 2006.

NEGRI, A. Para uma definição ontológica da multidão. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 19-20, p. 15-26, [s.d.].

NORMAN, A. H.; RUSSELL, A. J.; MACNAUGHTON, J. O modelo de pagamento por desempenho e sua influência nos princípios e prática dos médicos generalistas britânicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 55-67, 2014.

PELBART, P. P. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PERRON, A.; FLUET, C.; HOLMES, D. Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 50, n. 5, p. 536-44, 2005.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **British Medical Journal**, London, v. 349, g4014, 2014.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, London, v. 29, n. 10, p. 380, 2010.

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health Economics**, New York, v. 19, Suppl., p. 126-58, sep. 2010.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2011. 247 p.

SAMPAIO, S. S. **Foucault e a resistência**. Goiânia: Editora da UFG, 2006. 144 p.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 55-61, 2007.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-48, 2012.

SARTI, T. D. et al. Validade de conteúdo da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 865-78, 2011.

SARTI, T. D. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, 2004.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, n. 2145-54, 2010.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-86, 2010.

SHIMIZU, H. E.; REIS, L. S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3461-8, 2011.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-9, 2009.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-8, 2005.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-9, 2010.

SILVEIRA, E. R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2377-86, 2012.

SOUSA, M. F. Estratégia Saúde da Família: entre atos e revelações. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4309-11, 2011.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-8, 2008.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, J. Como é possível perceber o Brasil contemporâneo de modo novo? In: SOUZA, J. (Org.). **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. p. 103-24.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde, 2002.

STOLTE, D.; HENNINGTON, E. A.; BERNARDES, J. S. Sentidos da alimentação e da saúde: contribuições para a análise do Programa de Alimentação do Trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 1915-24, 2006.

THOMPSON, L. The role of nursing in governmentality, biopower and population health: family health nursing. **Health Place**, Exford, v. 14, n. 1, p. 76-84, 2008.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008.

VASCONCELLOS, J. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1217-27, 2005.

VIANA, A. L. D. et al. Modelos de Atenção Básica nos grandes centros paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

VITÓRIA (Cidade). Lei 8.254, de 05 de Abril de 2012. Institui o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Serviço de Saúde do Município de Vitória - PMAQ-VITÓRIA. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2012/L8254.PDF>>. Acesso em: 11 de abr de 2015.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde:** 2010-2013. Vitória, ES: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. 113 p. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519\\_saude\\_plano\\_2010\\_2013.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

XAVIER, A. J. et al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1543-51, 2008.

ZHANG, C. Abdominal Obesity and the Risk of All-Cause, Cardiovascular, and Cancer Mortality: Sixteen Years of Follow-Up in US Women. **Circulation**, Hagerstown, v. 117, n. 13, p 1658-67, 2008.

ZOURABICHVILI, F. Deleuze e o possível (sobre o involuntarismo na política). In: Alliez, E. (Org.). **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. São Paulo: Editora 34, 2000. p. 333-56.

WEBER, C. A. T. **Programa de Saúde da Família: educação e controle da população**. Porto Alegre, RS: AGE, 2006.



## **CURRÍCULO LATTES**



## Thiago Dias Sarti

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7489127535403969>

Última atualização do currículo em 15/05/2015

É Professor Assistente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Possui graduação em Medicina pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (2004). É especialista em Medicina de Família e Comunidade e em Gestão em Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). É Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2015).  
(Texto informado pelo autor)

## Identificação

**Nome** Thiago Dias Sarti   
**Nome em citações bibliográficas** SARTI, T. D.; Sarti, Thiago Dias

## Endereço

**Endereço Profissional** Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Biomédico, Departamento de Medicina Social.  
 Av. Marechal Campos  
 Maruípe  
 29040-091 - Vitória, ES - Brasil  
 Telefone: (27) 33357225

## Formação acadêmica/titulação

**2011 - 2015** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).  
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.  
 Título: A (Bio)política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida, Ano de obtenção: 2015.  
 Orientador:  Laura Camargo Macruz Feuerwerker.

**2007 - 2009** Mestrado em Saúde Coletiva (Conceito CAPES 5).  
 Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Brasil.  
 Título: Avaliação da Estratégia Saúde da Família utilizando o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), Ano de Obtenção: 2009.  
 Orientador:  Ethel Leonor Noia Maciel.  
 Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

**2005 - 2007** Especialização - Residência médica.  
 Hospital Universitario Pedro Ernesto, HUPE, Brasil. Residência médica em:  
 Medicina de Família e Comunidade  
 Número do registro: S/N.  
 Bolsista do(a): Secretaria Estadual de Saude do Rio de Janeiro, SES/RJ, Brasil.

**2006 - 2006** Especialização em Gestão em Saúde.  
 Instituto de Medicina Social - UERJ, IMS - UERJ, Brasil.  
 Título: Plano de Modernização Gerencial: Programa Médico de Família - Vital Brazil - Niterói..  
 Orientador: Cleudenir Formiga.

**1999 - 2004** Graduação em Medicina.  
 Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Brasil.



## Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1348050253250794>

Última atualização do currículo em 09/03/2015

Possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1983), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1997), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2002) e livre-docência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2012). Atualmente é professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo do Departamento de Prática de Saúde Pública, Linha de Pesquisa Política e Gestão. É colaboradora da Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Pós-Graduação de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. No campo da produção do conhecimento, atua principalmente nos seguintes temas: políticas pública na área da gestão, da produção do cuidado e do trabalho em saúde, educação de profissionais de saúde. Na extensão, desenvolve atividades de apoio à educação permanente e ao desenvolvimento da gestão junto a secretarias municipais de saúde e ao ministério da saúde. **(Texto informado pelo autor)**

## Identificação

<b>Nome</b>	Laura Camargo Macruz Feuerwerker
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	FEUERWERKER, L.C.M.;FEUERWERKER, Laura Macruz;FEUERWERKER, Laura;FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz;Feuerwerker, L. C. M.

## Endereço

<b>Endereço Profissional</b>	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Avenida Dr. Arnaldo,715, Departamento de Prática de Saúde Pública, sala 7792 Pacaembu 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617796
------------------------------	---

## Formação acadêmica/titulação

<b>2000 - 2002</b>	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Mudanças na educação médica - os casos de Londrina e Marília, Ano de obtenção: 2002. Orientador: Francisco Bernardini Tancredi. Palavras-chave: educação médica; mudanças na formação dos profissionais de saúde; estratégias de mudança na educação médica; trabalho em rede; políticas públicas de saúde e educação; mudanças nas práticas de saúde. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Educação dos Profissionais de Saúde. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Políticas de Saúde. Setores de atividade: Educação Superior; Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.
<b>1992 - 1997</b>	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Residência Médica e as Estratégias de Mudança da Educação Médica no Brasil,Ano de Obtenção: 1997. Orientador: Ana Maria Malik.