



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

DIEGO DA SILVA MEDEIROS

**A INVENÇÃO DA VIDA NA GESTAÇÃO: VIVER COM HIV/AIDS E A PRODUÇÃO
DO CUIDADO COM AS REDES VIVAS**

FORTALEZA - CEARÁ
2016

DIEGO DA SILVA MEDEIROS

A INVENÇÃO DA VIDA NA GESTAÇÃO: VIVER COM HIV/AIDS E A PRODUÇÃO
DO CUIDADO COM AS REDES VIVAS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA – CEARÁ
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Medeiros, Diego da Silva .

A invenção da vida na gestação: viver com HIV/aids e a produção do cuidado com as redes vivas [recurso eletrônico] / Diego da Silva Medeiros. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 128 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Cartografia. 2. Produção do Cuidado. 3. Gestante com HIV/aids. I. Título.

DIEGO DA SILVA MEDEIROS

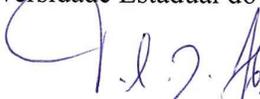
**A INVENÇÃO DA VIDA NA GESTAÇÃO: VIVER COM HIV/AIDS E A PRODUÇÃO
DO CUIDADO COM AS REDES VIVAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Saúde Coletiva

Aprovado 06 / 12 / 2016

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dra. Maria Salete Bessa Jorge (Presidente e Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof.^o Dr. Tulio Batista Franco (1º Membro)
Universidade Federal Fluminense – UFF


Prof.^a Dra. Luilma Albuquerque Gurgel (2ª Membro)
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof.^a Dra. Lidia de Andrade Lourinho (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Aos meus pais e irmã, meus entusiastas.

À companheira de vida, Malena, minha afirmação.

Aos corpos sensíveis que desvencilhados das fronteiras orgânicas se permitem vibrar na produção incessante da vida.

AGRADECIMENTOS

À causa primeira de todas as coisas, força vital que nos impele ao movimento de encontros alegres e criativos: a vida.

À orientadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pela generosidade e coragem de ousar na pesquisa.

Ao Prof. Dr. Tulio Batista Franco (UFF) e à Profa. Dra. Luilma Albuquerque Gurgel (UECE) por compor a banca examinadora e compartilhar preciosos saberes.

Aos professores e professoras que ao seu modo atuam no campo da Saúde Coletiva na UECE.

Aos colegas de turma de Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva que nos ensinam que a diferença é o nosso trunfo na produção de saberes.

Aos funcionários e funcionárias que confeccionam o espaço onde a Saúde Coletiva da UECE acontece.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa do “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) pela convivência, solidariedade e companheirismo.

Aos amigos da Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais da SMS pela rotina intensa de aprendizado no campo da aids.

À Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) pelo financiamento sem o qual a pesquisa no mestrado não seria possível.

“Gostaria que esse objeto-evento, quase imperceptível entre tantos outros, se recopiasse, se fragmentasse, se repetisse, se simulasse, se desdobrasse, desaparecesse enfim sem que aquele a quem aconteceu escrevê-lo pudesse alguma vez reivindicar o direito de ser seu senhor, de impor o que queria dizer, ou dizer o que o livro devia ser.”

(Michel Foucault)

RESUMO

A dissertação cartografou a produção do cuidado de uma gestante vivendo com HIV/aids no âmbito da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir da Rede Cegonha (RC). Os sujeitos envolvidos na produção do cuidado, promotores dos encontros, criam suas próprias redes vivas singulares em conexão com os elementos que constituem seus territórios existenciais. A produção do cuidado vaza a norma protocolar inscrita nas legislações das RAS. A cartografia se apropria dos conceitos cunhados por Gilles Deleuze, Félix Guattari e Michel Foucault para constituir a caixa de ferramentas conceitual para a produção de saberes. A técnica da usuária guia é utilizada para disparar a cartografia a partir da identificação, por parte dos profissionais de saúde e gestores, de casos complexos que tensionam a RC. O acompanhamento da usuária guia descortina uma série de linhas que compõem o mapeamento da produção do cuidado, tais como, a medicalização da vida, a religião, o patriarcado, a desatualização do campo do HIV/aids na atenção primária, a precária comunicação entre os serviços de saúde, a violência institucional, a maternidade, os estigma, preconceito e a depressão. A vida escapa aos enquadramentos institucionais e um cuidado que vitalize deve estar atento às singularidades que o encontro proporciona. A vida é inventada em processo, sempre em movimento, e o cuidado não se trata de mera observância da norma.

Palavras-chave: Cartografia. Produção do cuidado. Gestante com HIV/Aids.

ABSTRACT

The dissertation mapped the production of the care of a pregnant woman living with HIV / AIDS in the framework of the implementation of the Health Care Networks (RAS) from the Stork Network (CR). The subjects involved in the production of care, promoters of encounters, create their own unique living networks in connection with the elements that constitute their existential territories. The production of care leaks the protocol standard inscribed in the SA legislations. The cartography appropriates the concepts coined by Gilles Deleuze, Félix Guattari and Michel Foucault to constitute the conceptual toolbox for the production of knowledge. The user guide technique is used to trigger the cartography from the identification by health professionals and managers of complex cases that stress the CR. The guidance of the user guides a series of lines that make up the mapping of care production, such as the medicalization of life, religion, patriarchy, the outdated HIV / AIDS field in primary care, the precarious communication between the Health services, institutional violence, maternity, stigma, prejudice and depression. Life escapes institutional frameworks and a care that vitalizes must be attentive to the singularities that the encounter provides. Life is invented in process, always in motion, and care is not about mere observance of the norm.

Key-words: Cartography. Care Production. Pregnant woman with HIV/Aids.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da notificação de caso de infecção pelo HIV.....	41
Figura 2 - Fluxo Rede Cegonha Fortaleza.....	74
Figura 3 - Fluxo 3ª Gestação da Flavia.....	97
Gráfico 1 - Taxas de prevalência segundo populações. Brasil, 2009 a 2013....	42
Gráfico 2 - Cascata de Cuidado Contínuo, Brasil, 2013.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
BF	Programa Bolsa Família
CD4	Grupamento de diferenciação 4
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
CORES	Coordenação Regional de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DDAHV	Departamento de DST, aids e hepatites virais
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ECOSOL	Economia Solidária
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OS	Organização Social
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PEP	Profilaxia pós-exposição
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PREP	Profilaxia pré-exposição
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/aids
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RNP+	Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/aids

RO	Rede Oncológica
SAE	Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TASP	Treatment as prevention ou tratamento como prevenção
TR	Teste Rápido
UAPS	Unidade de Atendimento Primário em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
UNFPA	População das Nações Unidas
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	IMPLICAÇÃO COMO PRÁTICA POLÍTICA DE PESQUISA: SENTIDOS CARTOGRÁFICOS NA SAÚDE COLETIVA.....	14
2	OBJETIVOS.....	22
3	MARCAÇÕES TEÓRICAS: A CARTOGRAFIA E SUAS LINHAS.....	23
3.1	CONVERSAÇÕES: SAÚDE COLETIVA E CARTOGRAFIA.....	26
3.2	AIDS: UMA EPIDEMIA VIVA.....	26
3.2.1	História da aids.....	38
3.2.2	Aids no Brasil.....	39
3.2.3	Aids e epidemiologia.....	40
3.2.4	Movimento Social de Luta contra a aids.....	44
3.2.5	Enfrentamento da epidemia de aids: prevenção.....	47
3.2.6	Aids na contemporaneidade.....	48
3.2.7	Aids e mulheres.....	52
3.3	AS REDES COMO CONDIÇÃO PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO: REDES DA ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE CEGONHA.....	56
4	O MÉTODO DE CONFECÇÃO DA CARTOGRAFIA: PRODUÇÃO DO MAPA.....	66
4.1	NATUREZA E TIPO DO ESTUDO.....	66
4.2	CAMPO EMPÍRICO.....	67
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	67
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	68
4.5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	69
4.6	PERSONAGENS EM RELAÇÃO: OS ENCONTROS DO CUIDADO.....	79
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	71
5	DESCOBERTAS CARTOGRÁFICAS: A REDE CEGONHA E A INVENÇÃO DA VIDA NA GESTAÇÃO COM HIV/AIDS.....	73
5.1	REDE CEGONHA EM FORTALEZA.....	74
5.2	O MAPA DO CUIDADO E SEUS PRATICANTES: PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	78
5.3	A USUÁRIA GUIA FIANDO AS LINHAS DA CARTOGRAFIA.....	82
5.4	TRAJETÓRIAS PRODUZIDAS AO CAMINHAR.....	84
6	CONVERSAÇÕES ENTRE OS CORPOS.....	96

7	CONSIDERAÇÕES MOVENTES.....	106
	REFERÊNCIAS.....	111
	APÊNDICES.....	117
	APÊNDICES A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS GESTORES/DIRIGENTES DO SUS.....	118
	APÊNDICES B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS TRABALHADORES DE SAÚDE.....	119
	APÊNDICES C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS.....	120
	ANEXOS.....	121
	ANEXOS A – MAPAS DE VINCULAÇÃO DAS GESTANTES	122
	ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.....	123
	ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA.....	126

1 IMPLICAÇÃO COMO PRÁTICA POLÍTICA DE PESQUISA: SENTIDOS CARTOGRÁFICOS NA SAÚDE COLETIVA

O texto é escrito envolto em várias forças. Apresento algo que não é produzido por um “eu” - ser bem definido, esquadrinhado pela racionalidade de diversos matizes. As forças que compõem este texto não estão dadas à interpretação simplória. Neste momento há forças que atuam nesta cartografia que estão absolutamente vivas e moventes.

A questão de Foucault é mais uma vez conveniente: “O que é um autor?”. O que produz neste texto é uma multiplicidade de elementos que atravessam o que Foucault chama de *função autor*. Retira-o da condição de originário e fonte infinita de significações que venham preencher a obra e põe em relação com o meio ou território onde ele pratica (FOUCAULT, 2006). Esta relação, todavia, considera as pessoas que entrarão em contato com a obra seja por meio da leitura, do ouvir falar ou do imaginar saber do se trata, sem que consigamos esgotá-la.

Deleuze e Guattari, por sua vez, inscrevem a provocação em que aponta a política como anterior ao ser inscrita no livro *Mil Platôs, Capitalismo e Esquizofrenia*, volume 3.

A análise do desejo, e esquizo-análise é imediatamente prática, imediatamente política, quer se trate de um indivíduo, de um grupo ou de uma sociedade. Pois antes do ser, há a política. A prática não vem após a instalação dos termos e de suas relações, mas participa ativamente do traçado das linhas, enfrenta os mesmos perigos e as mesmas variações do que elas. (DELEUZE; GUATTARI, 2004a, p.78)

Estes autores afirmam as intensas relações de força ativas na confecção de uma análise, principalmente na pesquisa que se pretende cartográfica. Antes da constituição de um ente que eventualmente desejemos analisar, há uma multiplicidade de linhas que o atravessam não permitindo enquadrar o ser em categorias sedentárias, antes o esforço é acompanhar um processo que está em permanente movimento, o mesmo ocorrendo ao autor.

O desejo e a análise que trata Deleuze e Guattari (2004a) são pura produção e se afasta da falta ou algo que precise ser preenchido por alguma coisa já conhecida. A multiplicidade de conhecimentos que o atravessam, estão em conexão com a família, as referências religiosas ou espirituais, a música e os grupos que ela engendra, o time de futebol, os relacionamentos afetivos, as experiências políticas, todas estas linhas vivas presentes no autor que precisa ser cartografada. A complexidade da vida impede que tratemos de totalidade ou esgotamentos.

A pesquisa não depende do roteiro pronto para se efetuar, ela desde o princípio situa-se na prática, no movimento. O autor também se inscreve nesta dinâmica. Afasta-se da

neutralidade preconizada pela ciência positivista e se implica no emaranhado de linhas que seu problema de pesquisa o faz tecer. Mas este autor não é um agente bem definido com fronteiras perceptíveis, ele se inventa na relação com a produção de saberes, manipulando as ferramentas que dispõe ao alcance das mãos.

O autor, este agenciamento que tratamos nas linhas acima, teve a graduação realizada no campo das Ciências Sociais. Experimentou as teorias sociológicas, antropológicas e da ciência política, para marcar o conhecimento próprio das Ciências Sociais, bem como de outros saberes como a filosofia, a história, a literatura, a geografia, a sociolinguística, a educação entre outros campos de saberes, e estabeleceu conexões entre os conhecimentos diversificando as lentes para observação e atuação com o que chamamos de realidade.

A experiência própria do campo das Ciências Sociais na universidade fomentou uma série de vivências que marcaram o corpo sensível do pesquisador. O texto que iniciará a leitura tem este tempero na sua confecção. A graduação foi realizada em sete anos de vivência na universidade alternando os estudos formais, a construção política do Centro Acadêmico de Ciências Sociais, a arte que irrompiam em vários territórios e os encontros que esta forma de viver enseja. No entanto, este sociólogo não se enquadra na representação clássica que possa ser reproduzida sobre esta formação. A experiência do sociólogo e consequentemente sua produção é absolutamente singular, ele manuseia as ferramentas que estão disponíveis.

O período da graduação teve a teoria marxista como uma das lentes de observação da realidade. A perspectiva crítica encarnada na teoria materialista-dialética atravessou a vivência universitária até um pouco mais da metade da formação em Ciências Sociais. Os embates políticos influenciados pela negação, a contradição, prática oriunda da dialética marxista também estiveram presentes na produção acadêmica de então. A vida era praticada com as ferramentas marxistas de análise e esta experiência marca o autor, tanto na perspectiva acadêmica como nas atividades políticas que incluem o movimento estudantil e a prática partidária formal.

No ano de 2005, a disciplina optativa de “Cultura e Subjetividade”, iniciou processo de movimentação no curso de Ciências Sociais. As aulas inventivas capitaneadas pelo professor Babi Fonteles, futuro orientador da monografia de graduação, fomentaram o encontro com autores até então pouco conhecidos e utilizados nos trabalhos do curso, entre eles destacava-se Gilles Deleuze. O encontro foi avassalador, deste então a curiosidade intelectual mobilizou grande energia no contato com a teoria deleuzeana e seus intercessores tais como Félix Guattari e Michel Foucault, contemporâneos do pensamento francês. A

pesquisa, naquele momento, deu uma guinada e as lentes de observação da realidade foram reconstituídas sem, claro, apagar a formação marxista de outrora.

O caminho da invenção desta vida, a do autor, deparou-se com o espaço do trabalho, valorizado e obrigatório na sociedade ocidental contemporânea para a legitimação de uma existência digna de ser vivida, principalmente para aqueles que não detêm os meios de produção capitalistas. Assim, a experiência do trabalho proporcionou encontros que igualmente atuam no processo de subjetivação deste autor.

O trabalho, então, conduziu o autor para a experiência da gestão da coisa pública. Até aquele momento, a posição social vivenciada era externa, não tinha a vivência interna da administração pública. O trabalho foi uma oportunidade de estar envolto na engrenagem que faz a máquina estatal funcionar, primeiro como estagiário e depois como servidor terceirizado. A experiência permitiu observar e praticar o território que movimenta o trabalho do serviço público. O planejamento, a execução, o monitoramento, as articulações para a efetivação do objetivo, todas as ações cotidianas que movimentam a máquina estatal. A prática permitiu compreender que o serviço funciona, por vezes, sem atentar para a norma preconizada, pode ter algo de singular segundo as pessoas que estão atuando. Transitar com desenvoltura por entre estas máquinas exige a experiência que o autor teve a oportunidade de compartilhar em nove anos, período que perpassou a graduação e posterior à conclusão do curso.

A administração pública, por sua vez, permitiu o contato inicial com o campo da saúde pública. Até aquele momento, a ideia de saúde ainda era restrita ao recurso das clínicas e hospitais particulares, basicamente para os cuidados de algum agravo agudo que o acometia ou aos familiares. O Sistema Único de Saúde (SUS) era uma imagem precária amplamente divulgada nas mídias de massa com sérios problemas e que não produzia o desejo de vivenciá-lo. A vivência do SUS era apenas para as pessoas que não tinham a oportunidade de compartilhar de um plano ou seguro de saúde privado.

Assim, o trabalho interno da administração pública na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) permitiu que as lentes do autor pudessem observar e participar do SUS por outro âmbito. Foi a partir desta vivência que o autor teve outra percepção da engrenagem e atuação do SUS na vida das populações. A complexidade que envolve o SUS e suas linhas instituintes como a agonística política, a saúde pública que pensa as questões sociais como fomentadores de um conceito e prática de saúde mais ampla, o protagonismo dos usuários do sistema, entre tantas outras que movimentam este território vivo. A compreensão desta

engrenagem do SUS só foi possível a partir do trabalho na máquina estatal, o movimento social e estudantil não havia impellido o autor a pensar este sistema público de saúde.

Na esteira do trabalho formal na SMS a caminhada pelo território vivo da cidade trouxe uma dinâmica da cidade que não se conhecia. Os equipamentos públicos de saúde, até então invisíveis, passaram a produzir outra cidade. A rede de cuidado em saúde é, a partir do momento que se entranha na gestão pública, multifacetária. A ideia de saúde extrapolou os cuidados eletivos nos serviços privados e os conceitos de promoção, prevenção, participação, práticas integrativas de cuidado passaram a compor a cartografia. Um SUS vivo escapava da ideia medíocre que os meios de comunicação, muitos financiados pela propaganda da iniciativa privada, despejava em cotidiana falácia pouco democrática nos lares brasileiros.

A conexão entre a perspectiva sociológica e as relações de força que estão entranhadas no SUS não tardou a emergir. As conversas informais entre os sujeitos que praticam o SUS produziram alguns movimentos. Logo, a formação em Ciências Sociais permitiu a intervenção no território com as ferramentas que lhe são próprias. O ímpeto em estudar mais sobre o SUS impulsionou a realização de uma especialização em Saúde Pública na Universidade Estadual do Ceará (UECE). A formação em saúde pública foi marcada pela produção científica do campo da Saúde Coletiva. A partir de então o referencial da Saúde Coletiva passou a compor, também, as lentes do autor para o pensamento com o conceito de saúde.

Não tardou que o interesse na Saúde Coletiva se transformasse no mestrado acadêmico. A experiência acadêmica está expressa no texto desta dissertação e permitiu interconectar o pensamento da Filosofia da Diferença com a produção de saberes que se articulam no meio do campo da Saúde Coletiva considerando as potências criadoras e os descontínuos que este encontro proporciona.

O campo da Saúde Coletiva ainda resguarda em seu cerne a dicotomia da pesquisa que se autoidentifica como “quantitativa” e “qualitativa”. Debate este que remonta à Grécia clássica quando as diversas escolas gregas filosóficas discorriam sobre o conhecimento, a razão, a empiria, Deus, o espírito, a Ideia, representação, identidade entre outros conceitos.

A história, todavia, não é linear, não segue a sucessão de fatos que organizamos didaticamente nas disciplinas formais escolares para compreender a produção do que se hoje denomina ocidente. A idade média investiu no conhecimento teocrático perseguindo as racionalidades que se inspiravam na imanência e submetendo-as ao pensamento transcendente. Estas racionalidades irrompem a prisão do medievo com René Descartes no século XVII. Estamos diante da separação do corpo e da alma. Portas abertas para o

desenvolvimento da objetividade na produção do conhecimento, de preferência uma objetividade matemática, mais pura e isenta das paixões.

No mesmo período, outro pensador chamado Benedictus de Spinoza, enveredava sobre as afecções, as paixões alegres e tristes gerando potências de existir e o que poderíamos chamar de ciência da intuição (FRANCO, 2015). Exemplos estes que, grosso modo, desmontam a linearidade de uma suposta evolução do pensamento no sentido da racionalidade cartesiana como fim último da produção válida do conhecimento.

Mais de dois mil anos de acontecimentos ressoam na produção do conhecimento na contemporaneidade. O campo da Saúde Coletiva herdeira da saúde pública e dos conhecimentos epidemiológicos também se insere neste debate. As políticas e relações de poder são ativas na legitimidade do que é válido e digno de ser reproduzido como método eficaz e objetivo, afinal, a ciência sofre profunda influência das questões políticas.

A dicotomia dos métodos qualitativos (subjetivo) e quantitativos (objetivo) é uma invenção social alimentada por interesses assentados em privilégios e poder. A filiação às escolas científicas e filosóficas e a defesa ferrenha de verdades próprias dos seus achados e métodos é inibidora da criação, da inovação, da produção do conhecimento. A subjetividade do pesquisador, por exemplo, que almeja ser neutralizada pelo método positivista atravessa todas as produções de conhecimento, não se escapa. As decisões e os atos dos cientistas são marcadamente políticos e se inserem em relações de poder.

Segundo Serapioni (2012) o sociólogo português Boaventura de Souza Santos identifica a verdadeira distinção a se fazer no campo da produção do conhecimento, a saber, a ação conformista e a ação rebelde. Nos dois métodos, qualitativo e quantitativo, há posturas conformistas e rebeldes. A rebeldia não é específica de nenhum método, nem é devedora de nenhum pensamento científico-filosófico. A rebeldia está ligada à criação e a fuga dos impositivos políticos e de poder. A rebeldia seria ousar fazer, resistir aos microfascismos das escolas científicas e filosóficas que se comportam como religião, com rituais, pecados, dogmas e excomunhões.

A luz deste debate o campo da Saúde Coletiva apresenta-se com uma complexidade intrínseca que

Sem dúvida, a complexidade dos problemas que caracterizam os sistemas de saúde requer uma multiplicidade de métodos e perspectivas de análise para identificar e implementar soluções adequadas. Nesse sentido, um pluralismo metodológico baseado numa concepção integrada e multidisciplinar tornou-se fundamental no campo de estudo definido como “pesquisa em serviços de saúde” (Health Services Research) [...] (SERAPIONI, 2012, p. 589).

É desejável que a Saúde Coletiva consiga integrar métodos de acordo com problemas que emergem no seu campo de atuação. A possibilidade da integração de uma multiplicidade de métodos que façam dialogar a epidemiologia, a gestão, o planejamento e as ciências sociais e humanas na produção de saberes concernentes com a complexidade imanente à Saúde Coletiva poderia potencializar o campo.

As metodologias não são mais objetivas que outras. No debate travado entre as escolas de conhecimento há o argumento da maior legitimidade científica ao método quantitativo pela relação direta com a matemática e procedimentos controlados que podem posteriormente ser verificados e generalizados. Sabe-se, todavia, que elementos sociais escapam ao controle dos modelos de verificação e que uma análise de cunho qualitativo auxiliaria a compreensão de alguns fenômenos. Pois (...) há que se superar também outro preconceito que atribui maior cientificidade à abordagem quantitativa. Em verdade, os métodos qualitativos são tão rigorosos quanto os quantitativos (SERAPIONI, 2000, p.192).

O debate acerca dos métodos é ilustrativo de vários preconceitos que marcam as escolas quantitativas e qualitativas. Para a produção do conhecimento o maior trunfo é a pluralidade metodológica. A realidade ou o mundo que nos debruçamos para produzir cientificamente é caótica, não há ordenação a priori ou leis sociais pétreas que convém desvelar ou descobrir. Lançar mão de métodos que dialoguem efetivamente com os problemas que nos tomam a vida é o caminho. Desta forma estaremos com instrumentos para dialogar com a realidade e produzir conhecimento de forma complexa e múltipla.

As orientações que nortearam a construção da Reforma Sanitária brasileira advinda de uma tradição de contestação ao regime autoritário que governava o país eram inspiradas em grande medida pelo materialismo histórico e as teorias marxistas. Estas teorias afirmavam elementos de contradições aos modelos dados como legítimos e estabelecidos e almejava pôr em movimento a análise no campo que se desenhava.

A emergência do braço das Ciências Humanas e Sociais nas discussões que concernem à saúde pública incrementou ferramentas de análises que romperia com os modelos biomédicos e hospitalocêntricos e produzia a partir de então saberes que se diferenciavam do cientificismo positivista.

O deslocamento da Saúde Coletiva, em relação à tradição da saúde pública, não significou apenas uma mudança de nomenclatura, mas constitui-se uma mudança de paradigma que buscou romper com um modelo biomédico, hospitalocêntrico (centrado na pesquisa clínica) e elitista. Nesse sentido, ela se afasta do modelo de ciência médica herdeira do mecanicismo cartesiano, com sua ideia de corpo máquina, e dos cânones do cientificismo positivista (AMORIM; RODRIGUES, 2013, p.30).

O campo da Saúde Coletiva tem utilizado ferramentas da pesquisa qualitativa oriundas das ciências humanas e sociais desde a sua concepção nos anos 60. A utilização das teorias críticas, da fenomenologia, da hermenêutica, da etnografia tem animado significativo número de pesquisadores na construção dos saberes. A cartografia se insere na Saúde Coletiva como prática para analisar os problemas pertinentes ao campo em conversações com as pesquisas qualitativas (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

As ferramentas apropriadas na formação em Ciências Sociais, a experiência de gestão, o campo da Saúde Coletiva e suas formações debruçaram-se sobre a temática do HIV/aids. A experiência na SMS foi marcada pelo contato com os conceitos e práticas que orbitam na resposta brasileira à epidemia de HIV/aids. O trabalho desenvolvido na Coordenação Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais abriu outro campo de atuação como gestor e militante das causas sociais.

A epidemia de HIV/aids tem profunda relação com as dinâmicas sociais, sendo impraticável e limitadora uma análise que requeira o recorte deste fenômeno de todas as suas conexões com o território. A aids está entranhada no meio dos processos de subjetivações das pessoas que vivem ou convivem com o vírus HIV. Há reprodução de chavões e preconceitos até hoje proferidos e que condicionam a forma geral de perceber a emergência e atualidade de uma epidemia viva.

A dissertação traz um panorama da epidemia de aids no Brasil e no mundo para que não a trate como lugar comum ou que não se utilize os conceitos a partir de enunciados limitadores e sem embasamento em pesquisa. A epidemia de aids é multifacetada, não se apreende sua totalidade, mas é possível perceber as conexões que estabelece com a vida contemporânea.

Uma pessoa vivendo com HIV/aids, os serviços de saúde, um profissional de saúde que lida com este agravo, os familiares, os preconceitos e estigmas, os avanços científicos no tratamento e diagnóstico, a força da indústria farmacêutica, a religião, o desconhecimento sobre as formas de infecção, as vulnerabilidades sociais, todas estas linhas formam agenciamentos que enunciam a atualidade da aids.

Neste cenário, como uma mulher gestante que vive com HIV/aids inventa uma vida? O ranço conservador que, no Brasil do ano de 2016, avança sobre as políticas públicas fala por sua prática. Como as Redes de Atenção a Saúde (RAS) e suas legislações dão conta da multiplicidade que este mapeamento do cuidado produz? Como a Rede Cegonha e o conceito de maternidade amplamente reproduzido pelos meios de comunicação lida como com uma mulher que se apresenta gestante e vive com o HIV?

A experiência na Coordenação Municipal de DST/aids e Hepatites Virais não cristalizou roteiros de cuidado para as mulheres que se inventam gestantes vivendo com HIV/aids, mas acionou a perscrutação destes territórios que se inventam vivos e moventes sem que se consiga limitá-los e enquadrá-los em respostas simplórias advindas da norma.

O campo da aids exige que fiquemos atentos às movimentações que se dão em velocidade acelerada e para analisá-lo é mister que se atualize seus conceitos clínicos, epidemiológicos, sociais e filosóficos para que potencializemos os saberes que se produzirão na pesquisa.

A aids na contemporaneidade é atravessada por elementos biopolíticos de controle, mais intensamente, sobretudo, pelas tecnologias duras de diagnóstico e tratamento. Assim, o enunciado “testar e tratar” amplamente difundido por agências internacionais como OMS, Unids e Unicef, para citar alguns organismos vinculados às Nações Unidas, tem hegemonizado os cuidados pertinentes à epidemia de aids.

A resposta brasileira, que ficou mundialmente conhecida, apontava elementos de envolvimento dos sujeitos na idealização e prática das políticas públicas referentes à problemática da aids. Movimentos sociais desde o advento dos primeiros casos de HIV/aids no Brasil se posicionaram, organizaram-se e atuaram como protagonistas da vida que se inventava com HIV/aids. O cenário atual é de relação de forças entre a perspectiva que de engendrou em meados dos anos oitenta e a atualização das ferramentas biomédicas (diagnóstico e tratamento), presentes no discurso das instituições formais de saúde. O controle destas populações pelo conhecimento racional científico é uma das linhas desta cartografia.

A usuária guia Flavia e sua cartografia atravessa as linhas que se produzem neste trabalho, põe em movimento os conceitos que se desenvolvem nesta dissertação, tais como, viver com HIV/aids, família, religião, maternidade, Unidade Básica de Saúde, Rede Cegonha, vulnerabilidade social, preconceito, discriminação e violência. Uma fala emblemática é quando ela diz que foi muito massacrada nas gestações que vivenciara. É possível ser violento a pretexto de desejar exercer o cuidado?

A pesquisa, então, preconiza a experimentação, a imersão no território vivo onde as linhas produzem um cuidado. A vivência com os sujeitos que animam e tecem esta cartografia inclui a implicação do pesquisador que, nesta perspectiva, é também sujeito analisado e analisador. As experiências produzem vida, e esta pesquisa é, certamente, vida em movimento.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a produção do cuidado de uma gestante vivendo com HIV/Aids, com foco no protagonismo dos trabalhadores e usuárias, na produção de redes vivas, utilizando a cartografia.

2.2 ESPECÍFICOS

- Mapear a experiência de produção do cuidado de uma gestante vivendo com HIV/aids a partir da Rede Cegonha.
- Traçar a experiência de produção do cuidado de uma gestante vivendo com HIV/aids no território existencial.
- Compreender o processo de subjetivação de uma mulher vivendo com HIV/aids.

3 MARCAÇÕES TEÓRICAS: A CARTOGRAFIA E SUAS LINHAS

A cartografia, na definição tradicional, é a arte de construir mapas considerando as características do território que se pretende abordar. Há uma multiplicidade de elementos que compõem estes mapas de acordo com o interesse do viajante, do observador. A arte de construí-los, no entanto, possui as mais variadas formas e técnicas.

O movimento de maio de 1968 na França influenciou significativamente artistas, cientistas e filósofos franceses na produção do conhecimento. Era um período de profundos questionamentos políticos sobre os paradigmas do campo da arte, da ciência e da filosofia. O movimento de 68, assim, seguiu ecoando na produção que se seguiu, e Gilles Deleuze e Félix Guattari estão imersos neste território vivo.

Gilles Deleuze, filósofo, leitor de Friedrich Nietzsche, apropriava-se dos autores da filosofia, da arte e da ciência para criar seus conceitos. Escreveu monografias sobre Hume, Kant, Bergson, Nietzsche, Leibniz e Spinoza, para citar alguns do campo de filosofia, criando conceitos com estes autores sem almejar a representação e a identidade tão cara ao academicismo. Deleuze no livro *Conversações* disserta sobre sua produção: “Não tenho ilusões: ainda estão cheios de um aparato universitário, são pesados, mas tento sacudir algo, fazer com que alguma coisa em mim se mexa, tratar a escrita como um fluxo, não como um código.” (DELEUZE, 2004a, p.15).

O esforço em fazer mexer o conhecimento que se assenta em um sedentarismo dócil, acadêmico e permitir que os fluxos criativos possam fomentar formas de lidar com a produção do conhecimento, sob outros marcos que, eventualmente na história, tenham sido deixados à margem é a motivação de Gilles Deleuze.

Félix Guattari não tem formação definida, transitou sobre vários campos como a militância política comunista, a experiência clínica em La Borde, participou dos seminários de Lacan e por último a atração pelo discurso esquizo. Em entrevista realizada em 1972 sobre o livro *Anti-Édipo*, Guattari fala sobre os modos de vida que o fazem e a produção com Deleuze:

Ora, esses quatro lugares, esses quatro discursos não eram apenas lugares e discursos, mas modos de vida, necessariamente um pouco dilacerados. Maio de 68 foi um abalo, para Gilles e para mim, bem como para tantos outros: na época não nos conhecíamos, mas mesmo assim este livro [*Anti-Édipo*], atualmente, é uma continuação de 68 (DELEUZE, 2004a, p.25).

Esta curta passagem sobre os autores que operaram o conceito de cartografia nos modos de produzir saberes é necessário para que situemos historicamente uma teoria e

saibamos quais as linhas que atravessam e constroem uma prática acadêmica. A vida de Deleuze e Guattari estão implicadas em seus textos fluxos e de forma imanente, pois, esta teoria não é devedora da transcendência, antes é fomentada por intensidades e afetos que a fazem vibrar.

Deleuze e Guattari não criaram roteiros seguros para a aquisição do conhecimento, afinal não se trata de desvelar o que está escondido esperando nossa descoberta ou de coletar dados ali expostos prontos à nossa apropriação. É preciso produzir, funcionar, fazer se movimentar. Sobre os livros, instrumento de pesquisa, ele assevera:

(...) consideramos um livro como uma pequena máquina a-significante; o único problema é 'isso funciona, e como é que funciona?' Como isso funciona para você? Se não funciona, se nada se passa, pegue outro livro. Essa outra leitura é uma leitura em intensidade: algo passa ou não passa. Não há nada a explicar, nada a compreender, nada a interpretar" (DELEUZE, 2004a, p.16).

O que faz uma pesquisa funcionar? Este é o questionamento que Deleuze põe em xeque para que iniciemos a compreender o que ele e Guattari vão tratar por cartografia. Estes abandonam a ideia de essência, de representação e identidade e se interessam pelas circunstâncias em que os acontecimentos ocorrem, pelas intensidades e afetos que algo engendra, pelos processos de desterritorialização e reterritorialização, pelos agenciamentos, todos conceitos que atravessam os textos de Deleuze e Guattari.

Por muito tempo eles [os conceitos] foram usados para determinar o que uma coisa é (essência). Nós, ao contrário, nos interessamos pelas circunstâncias de uma coisa: em que casos, onde e quando, como, etc.? Para nós, o conceito deve dizer o acontecimento, e não mais a essência (DELEUZE, 2004a, p.37).

A cartografia se interessa pelo movimento, pelo processo, não prescinde de nada que possa contribuir para produzir um mapa existencial composto de linhas as mais variadas como a vida em sua complexidade inapreensível na totalidade. A cartografia, assim, seria uma escrita que encarna e que só é possível experienciando o mundo.

As linhas que uma cartografia pretende produzir podem ser de três tipos, a saber, linhas de segmentaridades duras, linhas de segmentaridades moleculares e as linhas de fuga. Não há, todavia, linhas mais importantes que outras, elas ocorrem ao mesmo tempo, sempre no meio e estão todas interligadas.

As linhas de segmentaridade duras dizem daquilo que é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído. São linhas que enquadram os sujeitos em relação ao

trabalho, sexo, família, escola, vida em linearidade organizada que pode ser percebida mais facilmente pelo cartógrafo em decorrência do significante.

As linhas de segmentaridade moleculares são da ordem do movimento, elas desterritorializam o que estava sedentário, traçam pequenas modificações, fazem desvios, delineiam quedas ou impulsos, passa-se por essas linhas alguns devires ou micro-devires que destoam, por exemplo, da “história dos indivíduos” (DELEUZE; PARNET, 1998).

As linhas de fuga irrompem em processo de criação, é um rompante que desarticula o mapa para depois gerar novas conexões. As linhas de fuga escapam ao enquadramento da vida, é uma explosão ou acontecimento. Difícil de nomear ou conceituar essa linha, pois, embaralha o significante e nos coloca em suspenso sem um território protegido por fronteiras bem delineadas. As linhas de fuga não têm território. “O que chamamos por nomes diversos – esquizoanálise, micropolítica, pragmática, diagramatismo, rizomática, cartografia – não tem outro objeto que o estudo dessas linhas, em grupos ou indivíduos” (DELEUZE; PARNET, 1998, p.146).

As questões, portanto, que configuram um estudo que se pretende cartográfico atravessam estas linhas. Quais os segmentos duros que compõem o mapa que estamos construindo? Quais as linhas flexíveis? Quais os fluxos e quais os limiares? Quais as linhas de fuga que irrompem na ruptura dos limiares? Como se organizam as linhas em relação às forças que estão em jogo?

O rizoma é a imagem que Deleuze e Guattari se apropriaram da botânica para dizer da produção de saberes de que tratam sua filosofia. Rizoma é uma espécie de caule ou radículas que não se percebem os limites com precisão, espalham-se de forma subterrânea e horizontalmente. A ideia deste conceito se encontra na introdução do livro *Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia* (volume um da edição brasileira) para ilustrar o funcionamento do livro que pode ser apreciado a partir de qualquer ponto sem prejuízo na leitura.

Um rizoma não cessa de se conectar com as várias forças que o compõe, formando um mapa vivo em que a ideia de origem e finalidade não se enquadra, está sempre em processo, no meio. Não existem pontos ou posições num rizoma como numa estrutura ou uma árvore, somente linhas. Desta forma a imagem do rizoma escapa da ideia de essência ou algo a ser desvelado, pois tudo está à disposição do encontro e em relação engendrando as mais variadas conexões.

O conceito de rizoma nos remete à ideia de rede, esta tão cara às reflexões sociais contemporâneas e mais precisamente ao campo da saúde. Esta rede nos marcos do pensamento de Deleuze e Guattari é uma necessidade vital, em outras palavras, só existimos

na trama dessas redes. Tramamos nossas redes vitais no contato com o outro, nos agenciando, criando rupturas no instituído ou trilhando caminhos esquadrihados que nos assegure a almejada segurança.

As redes também se interconectam em campos que a priori não identificamos a possibilidade do encontro. O território é maleável e está sujeito a desterritorializações e reterritorializações no processo que o constitui. Estas redes possuem múltiplas entradas e saídas que não permitem a previsão ou captura pelo pesquisador mais apressado. No interior destas redes há sempre produção, seja de vida ou de morte, seja de criação ou fascismos os mais variados.

A mercê de não possuir uma técnica dura que oriente o pesquisador que deseje produzir uma pesquisa cartográfica, o exercício de construção do mapa-rizoma é marcado pelo rigor. Captar as linhas vivas e em processo que atravessam o problema da pesquisa em sua multiplicidade requer o envolvimento do pesquisador na complexidade do território existencial. Para tanto, “A questão se coloca da seguinte maneira, mesmo em função da ciência pura: pode-se progredir se não se entra em regiões distantes do equilíbrio?” (DELEUZE, 2004b, p.124).

Deleuze no livro *Crítica e Clínica* (2004b) nos coloca a questão acima, somos convidados no campo da ciência pura a organizar, a dar sentido aos fluxos como se fosse possível equilibrar. Importa-nos atentar que a construção de uma cartografia envereda por regiões distantes do equilíbrio, da totalidade, da identidade sedentária. Um rizoma está sempre em desequilíbrio, afinal este território em processo, esta micropolítica é animada pelo permanente encontro de forças gerando intensidades e fluxos.

O encontro das forças que se movimentam na cartografia está relacionado às relações de saber e poder discutidas na obra de Michel Foucault e vividamente atuantes no interior das relações que o próprio chamará de microfísica. Deleuze comentando Foucault:

O Poder delinea uma segunda dimensão irreduzível à do Saber, embora ambos constituam mistos concretamente indivisíveis; mas o saber é feito de formas, o Visível, o Enunciável, em suma, o arquivo, enquanto o poder é feito de forças, relações de força, o diagrama (DELEUZE, 2004a, p. 115).

O saber e o poder estão profundamente imbricados e para Deleuze são concretamente indivisíveis. Uma cartografia está atenta aos diversos usos destes conceitos na produção da vida. A academia encarnada na ciência, por exemplo, alimenta o saber que é visível, quantificável, enunciável e que esteja nos marcos da representação. As relações de poder feitas de forças intensificam o elemento eminentemente político do manuseio destes saberes.

Uma cartografia é um investimento político porque desarranja o cenário visível e implica os agentes envolvidos em sua confecção. A produção das subjetividades está pautada na experimentação, na relação, nos encontros que, entretanto, jamais estão dados. Estão permanentemente em movimento e se desterritorializando através das linhas de fuga que escapam ao processo de enquadramento. O movimento, assim, não se dá por negação ou contraditório, mas por produção, criação e devires.

O desafio da utilização da cartografia como prática possível na pesquisa é experimentar as diversas linhas que a compõe com conceitos vivos em toda a obra de Gilles Deleuze e Félix Guattari e outros atores apropriados e desterritorializados por eles como Foucault, Nietzsche, Kafka, Bergson, Spinoza entre outros, sem nenhuma sistematização ou roteiro enunciável como preconiza o saber. A cartografia insere-se, portanto, como uma máquina de experimentação por fora do enquadramento estatal, do organismo de saberes fazendo emergir as intensidades, as linhas de fugas, os devires que escapam aos modelos estabelecidos.

3.1 CONVERSÇÕES: SAÚDE COLETIVA E CARTOGRAFIA

A Saúde Coletiva é constituída de várias forças que atuam tensionando o campo na produção de saberes. Este campo, todavia, é constituído de uma multiplicidade de elementos que nossa análise não pretende esgotar. Com efeito, tratamos aqui de algo vivo e que requer uma multiplicidade de ferramentas metodológicas e conceituais para produzir saberes.

Autores que inspiram estas ferramentas de análise, como Gilles Deleuze, Félix Guattari e Michel Foucault, não descartam nenhum elemento na condução das suas pesquisas. Da mesma forma compreendemos que não há uma hierarquia entre os conhecimentos ou nenhuma ferramenta é mais legítima para a construção de um saber. Gilles Deleuze e Félix Guattari (2004) dissertam sobre a horizontalidade do conhecimento que emerge da ciência, da filosofia e da arte e que borrar as fronteiras destes campos não desqualifica o saber produzido.

No fazer cartográfico do pesquisador qualquer força, intensidade, objetos e sujeitos em relação, podem afetar os atores agenciados que constituem o território vivo do mapeamento analítico. Confeccionamos, então, um mapa aberto com as singularidades, as multiplicidades, os acontecimentos e as linhas de fuga.

O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um

grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação. Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas. (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p.22).

Neste espaço que poderíamos tratar por um platô de intensidades, foram criadas conexões entre as produções levantadas pela revisão no campo da Saúde Coletiva pondo os artigos em contato com produções que problematizam o fazer da cartografia.

Ferigato e Carvalho (2011), por meio de uma revisão bibliográfica que se pretende já utilizar mecanismos de uma cartografia, escrevem artigo que problematiza a pesquisa qualitativa e a cartografia no campo da saúde. Trata, também, a experiência da pesquisa qualitativa, oriunda de outras tradições das ciências sociais e humanas, atua sobre a pesquisa em saúde e a forma como a cartografia se apropria de técnicas de produção de dados e análise para pensar as problematizações do campo da saúde.

A Saúde Coletiva na sua constituição em meados da década de 60 estabelece conversações com as ciências humanas e sociais, mais especificamente com a referência marxista e a teoria crítica que se posicionavam na linha de frente contra o regime político vigente no período. Desta forma a Saúde Coletiva em sua gênese já se utiliza de ferramentas conceituais oriundas das pesquisas qualitativas.

A partir de então uma quantidade crescente de pesquisas denominadas como metodologias qualitativas foram se articulando ao campo da Saúde Coletiva, e nosso questionamento diante deste cenário é quais as possibilidades e limites destas metodologias? Quais as aproximações e distinções entre outras propostas de ferramentas para a produção de saberes? (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Segundo Ferigato e Carvalho (2011) as pesquisas denominadas qualitativas até o início do século XX aproximavam-se do modelo positivista que condicionava os conceitos, métodos e técnicas. A pesquisa qualitativa atua nos problemas de pesquisa que os métodos quantitativos tradicionais possuem limitações para lidar com a complexidade do problema de pesquisa.

A etnografia emerge no início do século XX como um deslocamento do fazer pesquisa na seara denominada qualitativa. O etnógrafo passa a atuar no território, no meio do “objeto” que almeja refletir e produzir conhecimento. São autores deste período, os “etnógrafos solitários”, Radcliffe-Brown, Margaret Mead, Gregory Bateson e Malinowski, estes buscavam uma “objetividade” para sua experiência no campo, desejavam uma interpretação válida,

confiável e objetiva dos fatos observados. O desejo destes pesquisadores ainda era ser tão rigoroso quanto a pesquisa quantitativa. (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

O deslocamento proposto pela vanguarda da etnografia movimentou os pesquisadores que se interessam por uma dinâmica diferente das pesquisas que se engendram no positivismo. O desejo, no entanto, de se aproximar de uma objetividade mensurável e que esteja estatisticamente demonstrável ainda acalenta o fazer de pesquisadores que se pretendem qualitativos. A pesquisa qualitativa congrega em seu proceder uma multiplicidade de fazeres que desestimula qualquer referência à homogeneização, portanto, há pesquisas qualitativas que ainda se referenciam na mensuração e quantificação dos dados e outras que desterritorializam a representação, as identidades e a objetividade criando saberes igualmente potentes.

Os trabalhos de pesquisa que se definem como qualitativos devem atentar para a complexidade histórica do território que estão imersos, o contexto do “objeto” (sabemos que o objeto na cartografia é, também, o próprio cartógrafo) e a experiência que o pesquisador vive, mesmo sabendo que a pesquisa qualitativa pode significar diferentes maneiras de fazer em consonância com o espaço-tempo em que é produzida (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Definir um enquadramento em que as pesquisas qualitativas possam se situar e que saibamos identificá-las como receita para a serialização na produção do conhecimento e de saberes é uma tarefa inalcançável. As pesquisas qualitativas são múltiplas e estão condicionadas à vida do pesquisador e ao contexto histórico e territorial que o mesmo está imerso.

O objetivo de Ferigato e Carvalho (2011) e, em certa medida o nosso, não é a comparação entre as pesquisas qualitativas e a cartografia, pois elementos constitutivos da pesquisa qualitativa como, por exemplo, a *interpretação* no campo da hermenêutica não tem centralidade na cartografia. O cartógrafo interessa-se antes em produzir o mundo, construir realidades do que interpretá-lo.

A cartografia, diremos isso reiteradas vezes, não descarta qualquer elemento *a priori*, assim as pesquisas de cunho quantitativo também são forças importantes para a produção do mapa existencial, suas linhas e seus relevos gestados pela prática do cartógrafo. O cartógrafo está aberto aos encontros que o processo da pesquisa pode proporcionar e seu corpo, que extrapola a constituição orgânica, afeta-se pelas intensidades que se movimentam com o problema que o impele a pensar e produzir.

Para pensar o presente é preciso problematizá-lo. O presente não segue uma linearidade apreensível que submete os sujeitos aos saberes acumulados pela razão ou lógica,

tendo o passado, o presente e o futuro como sequência inabalável. Há, todavia, descontinuidade nesta pretensa linearidade, e a força da análise reside em desconfiar das evidências, das referências e dos caminhos já previamente traçados na construção dos saberes.

O esforço acadêmico da estabilização das nossas crenças que almeja um saber estático e amparado por relações de poder hegemônicas no campo, empobrece a produção dos saberes. O sujeito atravessado pela multiplicidade que o faz, analisável pelas ferramentas metodológicas na pesquisa científica, com roteiros bem definidos e estruturados já pode ser observado *a priori* pelas lentes da ciência ou saberes atualizados que orientam o olhar do pesquisador? Parece-nos confortável lançar mão somente de saberes anteriores sobre os sujeitos pautados na identidade e representação que o reifica. O sujeito composto de um agenciamento coletivo, por multiplicidade, escapa à representação e força o pensamento a produzir o que ainda não se consegue pensar. O ato de pensar somente é possível quando forçado pelas circunstâncias e, reproduzir, não é pensar (DELEUZE, 2004a; VAZ, 1992).

O exercício do pensamento de algo que o incomoda, que o afeta é o combustível do cartógrafo e ele não se dá somente por uma vontade racional ou voluntária, mas por algo que desloca, que o faz movimentar, é involuntário (ULPIANO, 2016). Desconfio que não possamos encomendar uma cartografia a alguém, não é algo que possamos nos apropriar momentaneamente do roteiro e produzir conhecimento se utilizando das ferramentas fixas ao método, antes, a cartografia que para Deleuze e Guattari (2004) também pode ser denominada de esquizoanálise, micropolítica, rizomática, diagramas entre outros conceitos, é sempre uma produção singular.

Quando tratamos de cartografia temos o ímpeto de sistematizá-la em um método que seja apreensível, roteiro seguro para produzir saber que seja generalizável e que possa responder aos problemas vivos em múltiplos campos do saber. Deleuze e Guattari jamais sistematizaram um método denominado cartografia. O conceito de cartografia foi cunhado e posto em conexão a outros conceitos como rizoma, territorialização, desterritorialização, reterritorialização, espaço liso, espaço estriado, linhas de fuga, linhas segmentarizados, linhas molares e moleculares, acontecimento entre outros (GUATTARI; ROLNIK, 2005; ROLNIK, 1989).

A potência de um conceito movediço como a cartografia que resiste à captura apressada de instituições cristalizadas pelo poder instituído e estagnado causa certo desconforto, principalmente na academia. Afirmam ainda Deleuze e Guattari no texto seminal para os teóricos da cartografia, Mil Platôs, volume um no texto *Introdução: Rizoma*: “De

forma alguma pretendemos ao título de ciência. Não reconhecemos nem cientificidade nem ideologia, somente agenciamentos” (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p.34).

As práticas em saúde estão necessariamente no encontro entre sujeitos, no entanto, estes sujeitos não são universais, mas produto contingente de diagramas de forças e da produção ininterrupta de subjetividade que os atravessam. Esta característica dos sujeitos compondo agenciamentos estimula estratégias metodológicas e procedimentos investigativos mais abertos e inventivos (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

A força da cartografia não está no reconhecimento do status científico, mas na potência da caixa de ferramentas conceituais e as linhas que a confecção do mapa farão emergir para produzir saberes que atuem junto ao problema que impeliu o pesquisador ao ato de pensar e criar.

No campo da Saúde Coletiva autores como Emerson Merhy, Tulio Franco, Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, Sabrina Ferigato, Sérgio Carvalho, Ricardo Teixeira, entre outros, tem utilizado as ferramentas de autores da Filosofia da Diferença nas suas produções acadêmicas. No entanto, uma questão vem à tona: por que há um número reduzido de artigos publicados em revistas indexadas para o campo da Saúde Coletiva quando refinamos a busca na revisão em bases de dados com os descritores “Saúde Coletiva” e “Cartografia” utilizando marcadores booleanos?

O campo da Saúde Mental tem utilizado o termo cartografia em quantidade significativa de artigos publicados em revistas indexadas no campo. Na Saúde Coletiva, por sua vez, haveria alguma resistência à publicação de produções que lançassem mão destas ferramentas de produção de saberes? É certo que possuímos muitos trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses que enveredam pela confecção de uma cartografia, estão disponíveis na rede mundial de computadores em repositórios de teses. Estes trabalhos não alcançam as revistas por desinteresse de seus criadores? Não há interesse das revistas em publicar trabalhos com esse desenho advindo da Saúde Coletiva? A cartografia não possui legitimidade científica como conhecimento válido?

As questões estão dadas, e por ora, permanecem sem respostas. Todavia, é certo que estas questões se conectam às relações de força do interior do campo de Saúde Coletiva onde coexistem o conhecimento próprio da epidemiologia, gestão e políticas de saúde e as ciências sociais e humanas.

Uma parte das questões acima está conectada com a potência política que o fazer cartográfico engendra. A cartografia é, também, um ato político que tensiona os saberes cristalizados por poderes estabelecidos, reificados, desconstruindo-os e pondo-os em

movimento. Aquela não se enquadra em territórios definidos por fronteiras e retira do pesquisador a pecha da neutralidade e da produção do conhecimento objetivo e dócil (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010).

Há pesquisas em saúde na atualidade que utilizam ferramentas de autores da Filosofia da Diferença para produzir conhecimento com o processo saúde-doença-intervenção imerso no agenciamento que conecta usuários e profissionais de saúde, instituições, procedimentos clínicos, diagnósticos, territórios entre outras forças (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

No que tange a este agenciamento, o cartógrafo está interessado nas relações de força que se dão nestes encontros, são os elementos políticos. Outro elemento importante é a ética que se inventa na relação do pesquisador consigo mesmo e com o outro através dos enunciados e dos valores que são potencializados no território vivo (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

A cartografia, todavia, investe na produção dos mapas existenciais destes sujeitos da pesquisa que não se constituem em corpos identitários facilmente apreendidos. A mulher, por exemplo, que vivencia a experiência de viver com HIV/aids e estar gestante não possui um referencial que a represente a ponto de universalizar o cuidado. Da mesma forma o profissional de saúde não é um personagem idêntico assimilável pelo observador-pesquisador que pode ser reproduzido em narrativas científicas. O enquadramento destes sujeitos em conceitos universais abstratos limita a análise sobre o cuidado.

As pesquisas em saúde que atuam na seara das ferramentas cartográficas compreendem o cuidado sempre produzido na relação, nos encontros que extrapolam os serviços formais de saúde e constituem redes vivas de cuidado que se articulam aos territórios criados a partir das linhas que compõem a vida do usuário (MEHRY et al, 2014).

Bichuetti et al (2005) narram uma experiência de criação de um espaço-tempo e produção de vida entre profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS), gestores, estudantes de graduação e pós-graduação problematizando o Programa Saúde da Família (PSF) interligado à sociedade mundial de controle e a prática transversal de inclusão, cidadania e solidariedade. A proposta era a confecção coletiva de um diário de bordo.

O espanto dos sujeitos que compunham aquele espaço advém da quebra da representação, afinal eles e elas se perguntavam o que se tratava aquele encontro: “Espanto nos olhos! O que é isto? Não é uma aula? Uma palestra?” (BICHUETTI et al, 2005, p.434).

Sentados, sedentários, aquelas pessoas não compreendiam que a proposta era borrar as fronteiras e desterritorializar aqueles sujeitos que se posicionavam passivos; o espanto foi o sentimento que primeiro afetou aqueles corpos instigados ao movimento. As narrativas dos

autores deste artigo revelam um desconforto inicial dos participantes ao propor um encontro diferente.

O artigo faz atravessar as narrativas do diário de bordo que foi confeccionado em movimento, no entre, no encontro, por várias mãos, vários corpos sensíveis com as citações de autores que compõem a caixa de ferramenta conceitual das cartografias, tais como Félix Guattari, Luiz Orlandi, Gregório Barenblitt, Suely Rolnik dentre outros cartógrafos.

O espanto inicial deu lugar aos devires que começaram a se constituir com acoplamentos de várias forças que aquele lugar abarrotado de multiplicidades permitia criar. Os tensionamentos são perceptíveis quando a diferença irrompe o que antes era fixo pela representação e a identidade. Os sujeitos naqueles instantes eram agenciamentos de vários elementos que os constituíam e permitiam expressar-se por fluxos.

A mudança, a diferença que a experiência disparou revelou uma máquina de produção de vida em que os saberes se transversalizam e os sentires são interconectados tornando possível a imanência da insígnia: *há vida na saúde* (BICHUETTI et al, 2005).

O cartógrafo está interessado no processo, no que faz movimento naquele território e que estimula a desterritorialização, os acontecimentos, as linhas de fuga. O espaço tempo em que as linhas de força formadoras da cartografia vão desembocar é inapreensível *a priori*, exigindo a implicação do pesquisador com seu corpo sensível a captar as intensidades e afetos. Esta foi a força motriz encampada pela experiência do encontro entre profissionais de saúde, gestores e estudantes narrada por Bichuetti (2005) utilizando o Diário de Bordo que, todavia, extrapola a técnica de coleta de dados da tradição da pesquisa qualitativa.

No Diário de Bordo era possível narrar “as viagens” de cada sujeito-multiplicidade presente ao instante sem a pretensão de encontrar uma verdade, antes permitindo que fosse constituído um agenciamento coletivo de enunciação que tratasse do vivido.

Este texto-pesquisa-experiência foi publicado na revista Interface no ano de 2005, mais precisamente no campo denominado pela revista de “Espaço Aberto”. O “Espaço Aberto” é designado para notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico oficial da revista. O campo destacado para o “Espaço Aberto” é menor que o campo dos “Artigos” e segundo a descrição na página eletrônica da revista, este campo é para textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo de interesse da revista publicadas ordinariamente.

Uma questão escapa: a cartografia como ferramenta de produção de saberes possui a mesma potência de se legitimar no campo da Saúde Coletiva que uma pesquisa produzida sob

as referências de verificação e medição cartesiana-positivista, sob os auspícios do método objetivamente validado pela comunidade científica como caminho seguro para a produção de um conhecimento legitimado?

Esta questão emerge quando nos debruçamos sobre a produção dos saberes no campo da Saúde Coletiva. A força política e o apego às benesses vinculadas ao estado também atuam sobre os saberes que são cunhados no campo da Saúde Coletiva. O proceder da cartografia tem como premissa a percepção das forças que almejam se cristalizar para que possa exercer poder no campo, em outras palavras, as relações de saber-poder tão bem expressas no pensamento de Michel Foucault é força atuante em qualquer campo institucionalizado.

O saber está intimamente ligado ao poder (FOUCAULT, 2004), isto justifica o porquê de alguns saberes se posicionarem a margem do que é legitimado pelas instituições oficiais, portadoras do conhecimento. A cartografia, a genealogia e a arqueologia (FOUCAULT, 2004) são ferramentas metodológicas de pesquisa que são sensíveis às relações de poder e constituem linhas importantes do rizoma que as compõem.

O artigo “*Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político*” trata da relação entre as políticas públicas de saúde mental e economia solidária (ECOSOL), problematiza o conceito de trabalho. Para os autores, a ECOSOL pode ser uma produção de vida, desde que o conceito de trabalho nela expresso não coadune com o mero emprego formal. O argumento dos autores está intimamente ligado com o problema da nossa pesquisa. O trabalho é linha importante de uma cartografia que se pretende produzir vida. O trabalho é ponto de partida ou ponto de chegada? (SANTIAGO; YASUI, 2015).

A produção deste artigo utilizou das ferramentas da cartografia. Afirma, todavia, que a cartografia não seria um método em si, mas uma discussão metodológica que se atualiza no encontro do cartógrafo com os territórios estudados (SANTIAGO; YASUI, 2015). A confecção desta cartografia dá conta da produção de outra paisagem, singular, a partir das experimentações e afetações dos autores junto ao território como também a pesquisa em documentos oficiais.

A cartografia compreende as relações de força e enfrentamentos que atuam no território, e o artigo relata a disputa no campo da micropolítica através da microfísica dos poderes dos sujeitos envolvidos no campo da saúde mental e ECOSOL e no campo macro com as discussões do conceito foucaultiano de biopolítica e governamentalidade da vida em nível de estado (FOUCAULT, 2005).

A saúde compreendida no seu aspecto mais amplo não se refere à adaptação dos corpos à norma preconizada pelo estado, pois, a vida sempre escapa em conexões que se

estabelecem na produção dos seus territórios existenciais. Os corpos estão situados interagindo ininterruptos com as forças de governo da vida encampada pelo estado que normatiza (FOUCAULT, 2005) e a microfísica dos poderes que reproduzem a norma ou desvia, produzindo vida com outras referências.

Elementos da cartografia e de autores como Emerson Merhy e Tulio Franco foram utilizados no artigo intitulado “*Cartografia do cuidado na saúde da gestante*”. O fluxograma descritor é uma representação gráfica do processo de trabalho em saúde, centrado na usuária com a maior riqueza de detalhes percebendo aspectos da micropolítica da produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013). Na descrição deste fluxograma linhas de produção de subjetividade são narradas pelas autoras.

A elaboração deste fluxograma foi coletiva e a implicação das autoras na produção do texto cartográfico potencializou a análise. O território vivo produzido pela cartografia aponta que mesmo com as lacunas que dizem respeito aos instrumentos diagnósticos e da terapêutica formal, que poderíamos chamar de “tecnologias duras”, o mais referido pelas gestantes foi o vínculo, o diálogo e a escuta ativa na relação com os profissionais, também chamadas de “tecnologias leves” (FRANCO; MERHY, 2013), fomentando a criação de projetos terapêuticos que envolvem a produção de subjetividade da gestante e dos profissionais de saúde na condução do pré-natal (SILVA et al, 2012).

O artigo também disserta sobre a ausência de artigos na consulta às bases de dados *Medline* e *Lilacs* quando pesquisados os descritores “gestante” e “cartografia do cuidado” (SILVA et al, 2012). Esta lacuna se expressa pela recente apropriação da cartografia pelo campo da Saúde Coletiva ou o limitado interesse do campo nas produções que se dão nesta seara? Estas questões mobilizam nosso pensamento.

A Saúde Bucal compõe a Estratégia Saúde da Família (ESF) em toda a sua complexidade e sua produção de cuidado cotidiana está imersa no território em permanente movimento. Cientes que a prática da Saúde Bucal lida com produção de saberes nos encontros que encampam no território, com subjetivações e produções de subjetividades, Silveira et al (2014) propõe a cartografia para acompanhar estes agenciamentos – produção de cuidado em saúde bucal e equipe de saúde da família – e como esta produção de vida é inventada.

O artigo trabalha com a ideia-conceito de platô como uma região contínua de intensidade, vibrando sobre ela mesma sem uma orientação precisa de ponto culminante ou finalidade. A Saúde Bucal coletiva, desta forma, seria um platô conectado a outros platôs de saberes distintos e profundamente atuantes na percepção de um cuidado que extrapola o

elemento clínico e mergulha em outros saberes como a microbiologia, a bioquímica, a epidemiologia, engenharia de materiais, a estatística e a sociologia (SILVEIRA et al, 2014).

A pesquisa também se apropria de ferramentas da Análise Institucional e os analisadores para produzir uma análise potente da atuação da equipe de saúde da família no território do cuidado em nível da atenção primária. A experiência produziu desterritorializações no proceder do cuidado entre os membros da equipe deslocando a definição do que seria saúde-doença. Compreender que um sorriso quebrado atua sobre a produção de saúde de uma adolescente é perceber o corpo não somente como um organismo, mas também composto de afetos, sensações e intensidades.

O Caso Sabiá descrito no artigo trata de uma forma ampliada o olhar sobre as práticas de cuidado. O projeto terapêutico pensado pela equipe para as necessidades de saúde daquela família considerava elementos socioeconômicos, produção de subjetividades que impediam o acesso ao tratamento entre outras linhas desta cartografia. A observância na norma que preconiza o cuidado não era o único elemento do cuidado.

A interação de saberes e articulação de práticas singulares realizadas pelos profissionais de saúde são um processo de construção e desconstrução que pode potencializar a ampliação dos horizontes para a compreensão do processo saúde-doença e a produção do cuidado (SILVEIRA, et al., 2014).

A cartografia como ferramenta de pesquisa permitiu acompanhar a construção de projetos de vida, extrapolando os planos terapêuticos normatizados e percebendo a multiplicidade e a complexidade de uma vida em processo e que está estabelecendo novas conexões com os corpos que se relacionam, seja de usuários ou profissionais de saúde.

O artigo de Barros e Jorge (2011), “*Vozes da loucura cantada: sentidos sobre a loucura e o louco em canções brasileiras*”, debruça-se sobre os sentidos do conceito de louco e loucura em canções brasileiras. Para tal empreitada eles lançam mão de elementos da cartografia para problematizar os conceitos em trinta canções brasileiras selecionados na busca do Google®. A pesquisa intenta perceber que os conceitos também estão imersos em territórios movediços que são afetados por elementos históricos, sociais e políticos.

Utilizando-se da pensadora Suely Rolnik, os autores definem a cartografia como uma conexão de linhas oriundas de uma “paisagem social”, de modo a construir um desenho que contemple os movimentos, as oscilações, os devires e as virtualidades a partir dos traços que marcam território destacado (BARROS; JORGE, 2011).

Como orientação cartográfica, Barros e Jorge (2011) põem em suspeita os passos metodológicos que são definidos *a priori*, para tanto, utilizam as pistas que atentam para a

processualidade da pesquisa tais como: desconstruir a representação de objetos a serem pesquisados; atentar para um coletivo de forças, compreender o território como existencial e em constante processo de desterritorialização, definir um campo problemático e dissolver o ponto de vista neutro do autor (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010).

Os signos, “louco” e “loucura”, estão imersos num polissemia e polifonia no discurso literomusical, há distintos modos de concebê-los e conviver nas experiências cotidianas de enlouquecimento. As produções de sentido sobre a loucura e seus personagens estão em franca relações de força ratificando as relações de micropoderes em Michel Foucault (BARROS; JORGE, 2011).

O território vivo que se produz ininterrupto com a loucura desconstrói os pares binários razão-desrazão, normal-anormal e as associações loucura-doença inspirados por descontinuidades. A experiência deste artigo se afina ao preconizado pela experiência cartográfica; utilizada para produzir um saber sem estigma de fontes, trazendo a arte e a música para conectar-se com o problema dos sentidos da loucura.

Os artigos que emaranhamos em linhas vivas deste platô estão intimamente ligados pelo desejo de se apropriar das ferramentas inspiradas na produção de autores pós-estruturalistas e produzir saberes a partir da experiência. Percebe-se a riqueza dessas produções justamente em suas singularidades e diferenças.

A referência aos artigos levantados em bases de dados brasileiras dá conta de uma produção ainda restrita no campo da Saúde Coletiva de ferramentas cartográficas de pesquisa e análise. Estes artigos, todavia, estão em conexão com o texto desta dissertação, originária do campo da Saúde Coletiva e fomentada pelas ferramentas cartográficas.

3.2 AIDS: UMA EPIDEMIA VIVA

A epidemia de aids é conhecida pela sua dinamicidade e intensa movimentação. É um grande desafio escrever e estudar sobre este agravo que até os dias atuais, passados trinta anos de epidemia, ainda é um desafio para a saúde pública. É certo que avanços significativos no campo da tecnologia de medicamentos trouxe grande vivacidade a discussão e esperança às pessoas que vivem com HIV/aids, mas há um longo caminho pela frente.

A aids possui claros determinantes sociais que ultrapassam a caracterização biomédica de um evento viral. Este agravo é profundamente marcado pelo estigma, preconceito e discriminação que torna complexa o enfrentamento da epidemia requerendo um olhando ampliado.

Atualmente a epidemia de aids apresenta-se distinta do início do anos oitenta e esta atualização estabelecerá conversações com os profissionais de saúde que se interessem pelo campo da aids no sentido de conhecer e apropriar-se das ferramentas conceituais oriundas de mais de trinta anos de pesquisa e atuação.

3.2.1 História da aids

A Acquired Immunodeficiency Syndrome (aids) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida possui uma complexidade que lhe é inerente, escapa ao mero título de infecção viral para ser constituída, também, por estigmas que a acompanham desde o fim dos anos 70 e meados dos anos 80, período dos primeiros casos de domínio público. A complexidade é a marca da epidemia de aids no âmbito da saúde pública.

Os casos que se seguiam nos Estados Unidos de um tipo raro de câncer de pele, Sarcoma de Kaposi, e pneumonia (pneumocistis carinii) característico em indivíduos imunodeprimidos chamou a atenção da comunidade científica. Estes casos estimularam a corrida nas pesquisas para descobrir o que ocasionava aquela limitação do sistema imunológico a ponto dos indivíduos jovens infectados desenvolverem enfermidades só observáveis em situação de severa imunodepressão.

O que intrigava os pesquisadores e profissionais de saúde que acompanhavam a emergência dos casos era a concentração na população específica de homens gays. O fato gerou a criação de denominações estigmatizantes que ecoam até os dias atuais como “câncer gay” e “peste gay”. Os Estados Unidos demoraram a reconhecer a epidemia de aids o que custou proliferação da aids no país e no mundo.

Em 1982 ainda não se sabia qual era o agente causador da aids, no entanto, compreendia-se a relação da infecção com práticas sexuais, uso de drogas e contato com sangue e hemoderivados. Adotou-se a terminologia de doença dos 5H que correspondia aos homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (nome em inglês dado aos trabalhadores do sexo). Dissemina-se a ideia de grupo de risco.

Somente em 1983 a equipe do pesquisador Luc Montaigner do Instituto Pasteur, na França, isolou um retrovírus de característica mutante que se transforma de acordo com o meio em que vive como agente causador da aids. Quase que concomitantemente os pesquisadores estadunidenses vinculados ao pesquisador Robert Gallo no Instituto Nacional do Câncer nos Estados Unidos também isolaram o vírus. Posteriormente este vírus foi

chamado de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), em português vírus da imunodeficiência humana.

Em outubro de 1987 a Assembleia Mundial de Saúde, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), decide transformar o dia 1º de dezembro em Dia Mundial de Luta contra a Aids, para reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão em relação às pessoas infectadas pelo HIV. No Brasil o governo brasileiro adotou a data no calendário oficial em 1988 por meio de portaria assinada pelo Ministério da Saúde.

3.2.2 Aids no Brasil

O Brasil acompanhou a tendência mundial de emergência dos casos em meados dos anos 80 do século XX. Em 1980 tivemos conhecimento do primeiro caso de aids na cidade de São Paulo somente confirmado em 1982. A aids também acometia segmento específico da população, mais precisamente os homens gays, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Os chamados grupos de risco foram enquadrados como únicos possíveis de serem infectados gerando uma falsa proteção naqueles que não se identificavam com o grupo.

Em 1983 foram notificados os primeiros casos de aids entre mulheres e crianças. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo estrutura o primeiro Programa de Controle da Aids no ano de 1984 antecipando em 01 (um) ano o lançamento pelo Governo Federal do Programa Federal de Controle de Aids pela a portaria nº 236, de 2 de maio de 1985.

Em 1985 surge a primeira Organização Não Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina chamada Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (Gapa). A resposta brasileira à epidemia da aids é marcada pelo envolvimento ativo do movimento social na construção de políticas de prevenção e diagnóstico. Neste período problematiza-se o termo grupo de risco com a inserção do conceito de *comportamento de risco*. O fato de se identificar e pertencer a um grupo não poria o indivíduo como fatalmente propenso à infecção, mas o comportamento, suas práticas definiriam os riscos.

Neste mesmo ano o teste diagnóstico que identifica os anticorpos quando da infecção pelo HIV é disponibilizado, chama-se *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (Elisa). Cria-se uma estratégia para estímulo à testagem chamado Centro de Orientação Sorológica (COAS) em Porto Alegre que posteriormente seria disseminado para vários municípios. O COAS realizaria testes específicos de aids para a população que desejasse, sem a necessidade de encaminhamento médico. Hoje os COAS se expandiram e possuem uma nova nomenclatura, são os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

No Brasil a aids ganha visibilidade com a publicização da infecção pelo HIV de artistas que tinham grande apelo popular. O ator Lauro Corona, o músico Cazuza que se tornou símbolo da luta contra a aids no Brasil, inclusive com a instituição Sociedade Viva Cazuza animada pela mãe do cantor. A atriz Sandra Bréa ícone sexual em novelas, o cartunista Henfil e seu irmão, o sociólogo Betinho e cantor da banda Legião Urbana Renato Russo são exemplos de artistas que viveram com o HIV/aids. Estes personagens contribuíram significativamente para o debate nacional sobre a aids (PEREIRA; NICHATA, 2011).

3.2.3 Aids e epidemiologia

Segundo dados da Unids (2016) no mundo, atualmente, estima-se que 36 milhões de pessoas vivam com HIV/aids, destes quase 25 milhões concentram-se na África subsaariana, a América Latina apresenta-se com aproximadamente 2 milhões de casos.

Na América Latina o Brasil é o país com o maior número de casos com aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids segundo Boletim Epidemiológico publicado pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (Brasil, 2014).

No Brasil para se estimar a quantidade de pessoas que vivem com HIV/aids são utilizadas as informações cruzadas entre os bancos de dados de notificação compulsória dos casos de HIV/aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), bem como os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). A intenção é ter um panorama mais fidedigno da epidemia no país haja vista a visível subnotificação de casos no Sinan. Esta prática de relacionamento entre as bases de dados são realizadas desde 2004 entre os sistemas de informação citados. (BRASIL, 2014).

No ano de 2014 a política de tratamento da aids no Brasil se modificou seguindo tendência mundial de aplicação da terapia antirretroviral (TARV) desde o diagnóstico de HIV/aids. Países como França e Estados Unidos já preconizavam o tratamento oportuno para quem vivesse com o vírus HIV. Esta iniciativa estava pautada em pesquisas que apontavam a eficiência do início do tratamento na qualidade de vida das PVHA e na diminuição da possibilidade de transmissão quando da adesão ao TARV (WHO, 2014).

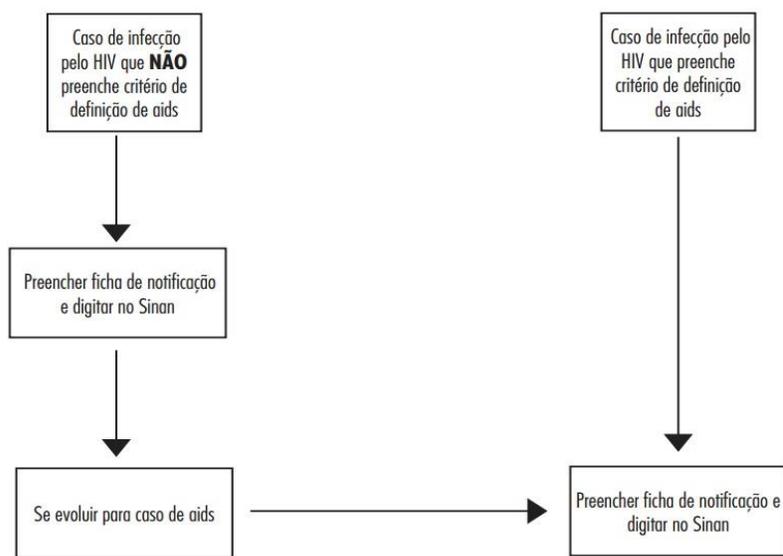
Assim, a notificação das infecções pelo HIV foi incorporada a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional pela Portaria Ministerial nº 1.271, de

06 de junho de 2014, publicada no DOU de 09 de junho de 2014 que já constava a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/aids) nos casos que atendiam aos critérios de notificação de aids (CD4 abaixo de 350 cel/mm³ e posteriormente abaixo de 500 cel/mm³), a Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2014).

Segundo a Instrução Normativa publicada em 13 de junho de 2014 que estabelece os procedimentos relacionados à notificação compulsória de casos de infecção pelo HIV no Brasil somente os critérios de definição do caso de aids Rio de Janeiro/Caracas ou CDC modificado (SCHUELTER-TREVISOL, 2013) não é suficiente para dimensionar a magnitude da epidemia de HIV/aids. Recentes tecnologias de diagnóstico e tratamento do HIV/aids foram incorporadas, modificando substancialmente a história natural da doença, permitindo identificar e intervir mais precocemente no curso da infecção. A notificação compulsória da infecção pelo HIV permite caracterizar e monitorar tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia.

Figura 1 – Fluxograma da notificação de caso de infecção pelo HIV.

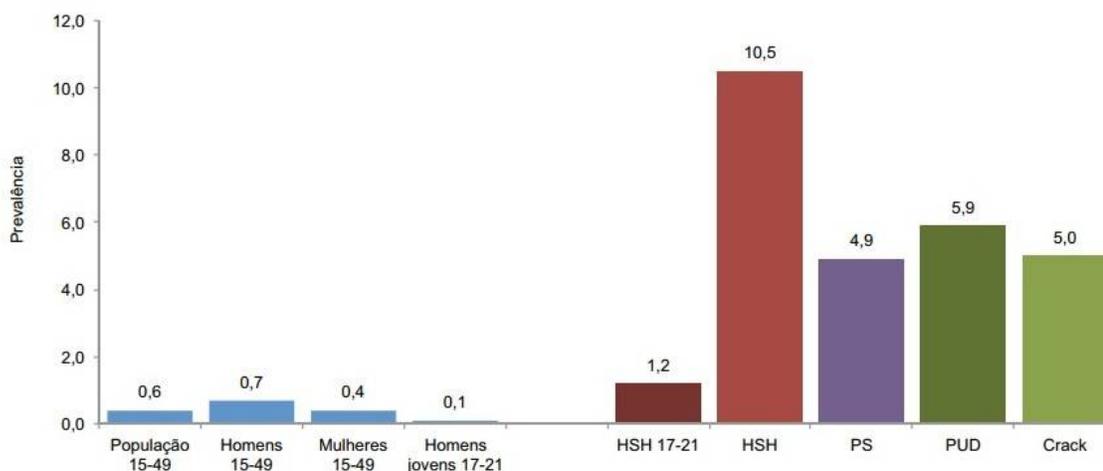
Fluxograma da notificação de caso de infecção pelo HIV



A epidemia apresenta sinais de concentração em grupos populacionais específicos. A terminologia que caracterizaria estes grupos já foi alterada no decorrer da história, atravessada pelo estigma que marca a aids. Termos como grupo de risco, comportamento de risco, populações mais vulneráveis já tentaram descrever estes segmentos da população. Atualmente o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais (DDAHV) adota a terminologia utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS): população-chave (*key population*) (WHO, 2014).

O termo foi recentemente cunhado pelas agências internacionais como Unaid e Opas/OMS para designar as populações que possuem o maior risco de infecção pelo vírus HIV, tais como homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas (UD) e profissionais do sexo (PS). Segundo a taxa de prevalência da aids no Brasil temos o seguinte gráfico:

Gráfico 1 - Taxas de prevalência segundo populações. Brasil, 2009 a 2013.



Fonte: Ministério da Saúde - Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais - Boletim Epidemiológico (Brasil, 2014a)

Quando da análise das taxas de prevalência em populações específicas é possível identificar a concentração da epidemia de aids entre as populações chaves. Estas informações ilustram a vulnerabilidade à infecção do HIV/aids de setores historicamente marginalizado socialmente que estão submetidos cotidianamente ao estigma social, preconceito e discriminação.

Uma análise apressada poderia concluir que a população geral estaria protegida da infecção pelo vírus HIV, no entanto, em números absolutos as pessoas vivendo com HIV/aids

na população de homens e mulheres heterossexuais é superior à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT).

Desta forma a resposta brasileira à epidemia de aids deve considerar as especificidades das populações e suas complexidades e atuar de forma dinâmica permitindo que o conjunto da população em geral possa lançar mão de estratégias para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Desde 1980 até junho de 2014 foram registrados no Brasil 491.747 (65,0%) casos de aids em homens e 265.251 (35,0%) em mulheres. Até o ano de 2008 as mulheres cresciam anualmente nos casos de aids diminuindo a razão entre os sexos expressos na relação de 15 casos entre os homens para 10 casos entre as mulheres. A partir de 2009, no entanto, até 2013 houve uma diminuição dos casos de aids entre as mulheres e conseqüentemente aumento dos casos entre os homens passando a relação a apontar 18 casos de aids entre os homens para 10 casos entre as mulheres (BRASIL, 2014a).

Os casos de aids no Brasil se concentram na população da faixa etária de 25 a 39 anos em ambos os sexos, entre os homens representa 54,0% e entre as mulheres 50,3% dos casos desde 1980 a junho de 2014. Os adultos, assim, são a faixa etária mais acometida pela aids, no entanto, há tendência de crescimento entre a juventude. Entre os homens das faixas etárias de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos percebe-se aumento significativo da taxa de detecção da ordem de 120,00% e 75,9% respectivamente no período de 2014 a 2013 (BRASIL, 2014a).

Este crescimento significativo na população de 15 a 24 é uma tendência da epidemia de aids denominada juvenização. Várias investidas oficiais de governos e organismos internacionais apontam para as ações de prevenção e diagnóstico entre os jovens, principalmente jovens gays. Iniciativas como o Projeto Fique Sabendo Jovem idealizado pelo Unicef de diagnóstico oportuno e retenção ao tratamento na faixa etária de 15 a 24 anos é sintomático desta tendência contemporânea da aids.

De 1980 até dezembro de 2013, foram identificados 278.306 óbitos tendo como causa básica a aids (CID10:B20 a B24), sendo a maioria na região Sudeste (61,8%), seguida do Sul (17,3%), Nordeste (11,9%), Centro-Oeste (5,0%) e Norte (4,0%). Em 2013, a distribuição proporcional dos 12.431 óbitos foi de 44,0% no Sudeste, 21,2% no Sul, 20,0% no Nordeste, 9,1% no Norte e 5,8% no Centro-Oeste (BRASIL, 2014a).

Avaliando o coeficiente de mortalidade padronizado, observa-se uma tendência significativa de queda nos últimos dez anos para o Brasil como um todo, o qual passou de 6,1 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2004 para 5,7 em 2013, representando uma queda de 6,6%. No entanto, essa mesma tendência não se observa em todas as regiões do país, pois as

regiões Sudeste e Sul apresentam tendência significativa de queda e as regiões Norte e Nordeste apresentam crescimento da mortalidade de 2004 a 2013 (Brasil, 2014a).

3.2.4 Movimento social de luta contra a aids

O movimento social de luta contra a aids teve papel definidor na resposta brasileira à epidemia de aids. Herdeiro das lutas travadas pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira (GRANJEIRO; LAURINDO; TEIXEIRA, 2009) no ímpeto do desejo de participação social e democratização do país, o movimento social de luta contra a aids resguardou estas premissas e influenciou de maneira significativa as políticas públicas ainda incipientes do começo da epidemia.

A emergência dos casos de aids no seio da comunidade homossexual contribuiu para que estes partissem para articulação da militância política no âmbito da luta contra a aids. Nos anos que se seguiram da década de 80 era difícil distinguir o que era movimento de direitos homossexuais dos movimentos de luta contra a aids (GRANJEIRO; LAURINDO; TEIXEIRA, 2009).

Em 1985 inspirado nas primeiras ações da sociedade civil surge em São Paulo o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (Gapa), primeira Organização Não Governamental (ONG) de aids a atuar no Brasil. O Gapa era composto por homossexuais, profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV/aids e seus familiares. A partir deste período vários grupos com a temática da aids foram criados com o objetivo de desenvolver atividades de intervenção na comunidade, produzir conhecimento, defender direitos e realizar o controle social das políticas de saúde.

Surge em 1986 a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) constituída por representantes do mundo médico-científico, intelectuais, político e artístico. A Abia notabilizou-se pelo incremento na produção do conhecimento e no plano político. Havia, também, movimentos atuantes dos hemofílicos e das prostitutas que se organizavam com as demandas do movimento social de luta contra a aids.

A partir de 1983 a imprensa brasileira veiculou, quase que cotidianamente, matérias de cunho alarmistas e discriminatórios alimentando o estigma sobre a aids. Em resposta, a sociedade civil se mobilizava em duas frentes, a saber, o ativismo político e a solidariedade. Termos biomédicos como “aidético” e “soropositivo” com carga pejorativa construída pela imprensa eram substituídos pelo conceito de viver com HIV/aids, afinal não se tratava de morte, mas de vida.

Neste período foram constituindo-se casas de apoio que assistiam a segmento das pessoas vivendo com HIV/aids em situações de vulnerabilidade social, muitas delas oriundas do preconceito e discriminação que marcavam a infecção pelo HIV. Permitindo reinserção social e desinternação de hospitais.

Em 1995 o movimento social de luta contra a aids no V Encontro Nacional de pessoas vivendo e convivendo com HIV e aids apresenta-se com a demanda de constituição de um movimento não jurídico sem vínculo político-partidário e religioso que denominaram de Rede Nacional de pessoas que vivem com HIV/aids (RNP+). A RNP+ congrega vários núcleos pelo país com princípios e prioridades que orientaram as atividades baseadas em ajuda mútua e defesa dos direitos humanos (PEREIRA; NICHATA, 2011).

O advento da Terapia Antirretroviral (TARV) em 1996 mudou significativamente o perfil da epidemia reduzindo a mortalidade, aumentando a sobrevida e a possibilidade de rápida reinserção social das pessoas que vivem com HIV/aids, estes elementos ressoaram na sociedade civil organizada. A demanda de universalização da TARV no SUS pautada nos princípios deste motivou a luta do movimento social para reduzir os obstáculos do alto custo destes medicamentos.

Na conjuntura neoliberal evidenciada na década de 90 em que sucessivos empréstimos advindos do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) financiavam parte significativa das atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento da resposta brasileira à epidemia de aids ia de encontro à universalização do acesso a TARV. Forte mobilização da sociedade civil organizada em campanhas para o acesso aos medicamentos em parceria com o Governo Federal contribuiu para a “quebra das patentes” de vários medicamentos antirretrovirais numa luta internacional contra os Estados Unidos nas instâncias da Organização Mundial do Comércio (OMC) com ganho de causa para o Brasil garantindo, assim, a dispensação de medicamentos antirretrovirais para todas as pessoas que vivem com HIV/aids (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Ainda nos anos 90 até os anos 2000 a Política Nacional de DST/aids que posteriormente agregou as hepatites virais no Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde consolidou a participação das organizações da sociedade civil (OSC) nos debates e ações da resposta brasileira à epidemia de aids. As campanhas e documentos oficiais lançados pelo Ministério da Saúde bem como as ações das OSC eram pautadas nas especificidades epidemiológicas da epidemia e nos direitos humanos.

Neste período, estimuladas pelo recurso financeiro internacional e nacional disponibilizado para deter a epidemia de aids, algumas instituições foram criadas esvaziadas

de discussões políticas e de ativismo com base social, enfraquecendo o movimento social de luta contra a aids. Ao longo dos anos até os dias atuais o incremento financeiro internacional tornou-se escasso mudando a face das políticas públicas que agora precisaria descentralizar.

Em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, a *Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids* que até os dias atuais orientam as ações do movimento social de luta contra a aids. O documento foi aprovado no Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG), em Porto Alegre (RS):

- I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
- II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- III - Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
- VI - Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
- IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.

X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.

XI - Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

No dia 02 de junho de 2014, foi sancionada pela presidenta Dilma Rousseff a lei nº 12.984 que define o crime de discriminação à pessoas que vivem com HIV/aids. A pena de reclusão pode variar de 01 (um) a 04 (quatro) anos caso incorra sobre demissão por motivo da doença, sobre a negação de matrícula em escolas e creches decorrente da condição sorológica, discriminação em ambientes escolares e de trabalho, divulgar a condição de vivendo com HIV/aids para fins de ofensa e recusar ou retardar atendimento de saúde propositalmente.

3.2.5 Enfrentamento da epidemia de aids: prevenção

Os primórdios da epidemia de aids quando ainda não tínhamos o aparato dos medicamentos antirretrovirais (ARV) foi marcado pela socialização de informações. Vários argumentos esdrúxulos foram utilizados para estigmatizar a aids e justificar a ausência de políticas públicas para enfrentar a epidemia. Entendia-se a aids como um agravo situado localmente de acanhadas proporções, em grupos de risco que não alcançariam, por exemplo, o modelo burguês heteronormativo (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Devido a morosidade da resposta política ao enfrentamento da epidemia nascente, a aids se alastrou rapidamente, causando perplexidade na comunidade científica e na sociedade civil. A resposta que setores do movimento social de luta contra a aids e governos interessados em enfrentar o problema lançaram mão foi a disseminação das informações que iam emergindo no avanço das pesquisas.

Materiais educativos produzidos pelas instituições oficiais e da sociedade civil foram veiculados na contramão do discurso alarmista que era transmitido na imprensa televisiva e escrita. Até hoje a produção de milhares de materiais informativos em diversas mídias atualizados pelas novas descobertas científicas no campo da saúde e das ciências sociais é método de enfrentamento à epidemia de aids.

Em paralelo à produção de material informativo o governo brasileiro investiu sistematicamente na compra, produção e distribuição de preservativos masculinos e femininos. A disponibilização universal do preservativo, sempre ao alcance da mão é meio eficaz de prevenção às novas infecções e a facilidade do acesso contribui para o uso

sistemático segundo a “Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos” (BRASIL, 2011).

Prática já recorrente no âmbito da saúde pública as campanhas sazonais foram se intensificando para dar visibilidade ao agravo que se disseminava. O carro chefe das campanhas de prevenção no Brasil é o reforço do uso do preservativo em todas as relações sexuais. Inicialmente nos idos dos anos 80 e 90 o discurso hegemônico da prevenção era do medo / terror em se infectar. Associavam-se práticas sexuais ao risco de morte iminente. Peças publicitárias com pênis sendo substituído por canos de revólveres e animais peçonhentos simulando vaginas foram amplamente disseminadas nas campanhas de prevenção às DST.

Posteriormente constatou-se que o discurso do terror não alcançava o efeito desejado pelas peças publicitárias. O advento da terapia antirretroviral (TARV) em 1996 trouxe a ideia da cronicidade da aids (DE SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2014) e as campanhas adquiriram estética e mensagem diferente do início da epidemia. As imagens das campanhas iniciam a tratar da temática sobre o prisma do prazer e a tranquilidade do sexo seguro em substituição ao medo de se infectar com o vírus HIV, além de afastar o sentimento de morte iminente com a adesão a TARV.

As campanhas foram adquirindo temáticas que dialogava com as populações chaves para o enfrentamento da epidemia como jovens gays, profissionais do sexo, usuários de drogas entre outros. De forma mais intensa as campanhas publicitárias aparecem no período do carnaval e do Dia Mundial de Luta contra a Aids com ampla repercussão na mídia.

Assim as estratégias mais tradicionais de prevenção hoje estão associadas ao diagnóstico e tratamento. As campanhas versam hoje sobre o uso do preservativo, o diagnóstico oportuno estimulando a testagem e mais recentemente, ainda incipiente no Brasil, o tratamento como prevenção (TaSP) e a utilização de medicamentos antirretrovirais (ARV) para prevenir a infecção pelo vírus HIV estratégias estas vinculadas ao conceito de prevenção combinada.

3.2.6 Aids na contemporaneidade

A comunidade científica internacional tem avançado nas pesquisas que visam o controle da proliferação do HIV no corpo humano e na transmissibilidade. Estudos recentes na Suíça e Suécia apontam que a adesão ao TARV praticamente anulava a possibilidade de transmitir o vírus HIV. Nesta perspectiva iniciativas governamentais de estímulo ao

diagnóstico oportuno incrementando a oferta de testes com o teste rápido (TR) e o TR fluido oral (GRANJEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015) são os caminhos que o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais (DDAHV) tem apostado na política nacional contemporânea.

A partir de 2009 com a Portaria do Ministério da Saúde nº 151 o governo federal intensificou a distribuição dos TR com a intenção de otimizar as testagens nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) herdeiros do COAS. Estes testes com resultado instantâneo almejavam diagnosticar oportunamente as pessoas que já viviam com HIV/aids de forma assintomática para garantir tratamento adequado e melhor qualidade de vida (DE SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2014).

O momento era de estimular o diagnóstico oportuno e a implementação dos TR também foi estimulada na Atenção Primária em Saúde (APS) principalmente para as populações chave, gestantes e pessoas acometidas pela tuberculose e nas maternidades no ato do parto. Na metade dos anos 2000 a discussão sobre a descentralização do manejo das pessoas vivendo com HIV/aids veio a tona haja vista que os casos assintomáticos diagnosticados oportunamente na APS poderiam ser acompanhados neste nível de atenção desinchando os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE).

Mais recentemente, no ano de 2013, estimulados pela experiência estadunidense de venda comercial do TR fluido oral, o DDAHV implantou esta tecnologia em parceria com as Organizações da Sociedade Civil (OSC) com o projeto *Viva Melhor Sabendo*. A realização do TR fluido oral não apresenta riscos à biossegurança de quem está realizando os testes, pois não há manipulação de fluidos corporais com possibilidade de ocasionar infecção cruzada pelo HIV.

O TR fluido oral apresenta-se como alternativa de alcance às populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pode ser realizado por membros das ONG devidamente capacitados em suas sedes ou espaço de sociabilidade das populações chave. O resultado está pronto em aproximadamente trinta minutos. O teste ainda é de triagem necessitando de exame confirmatório por TR ou Elisa segundo fluxograma previsto pelo Ministério da Saúde.

Além do incremento na oferta da sorologia outro ponto que ganha força no DDAHV é a ideia da prevenção combinada. A prevenção combinada prevê além do uso sistemático do preservativo e gel lubrificante a utilização de medicamentos orais e tópicos no enfrentamento da transmissão do HIV. O diagnóstico precoce referendado pelo aumento das testagens e a oferta do tratamento antirretroviral (TARV) para todas as pessoas diagnosticadas sem os critérios antes previstos baseado na quantidade de células TCD4 para início do TARV reflete

na transmissibilidade do HIV. Pesquisas recentes demonstram que uma boa adesão ao tratamento diminui em mais de 90% a possibilidade de transmissão impactando nas novas infecções (GRANJEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

A prevenção combinada também preconiza a realização de Profilaxia pós exposição (PEP) e Profilaxia pré exposição (PrEP). A PEP é uma medida de prevenção que consiste em prevenir a infecção depois da exposição ao HIV, como, por exemplo, em uma relação sexual com pessoa vivendo com HIV/aids em que houve penetração sem uso de preservativos, ou no caso de acidente com o uso de preservativos, tal como ruptura ou deslizamento. A PEP é realizada com a administração de medicamentos antirretrovirais por 28 dias, sem interrupção, a não ser sob orientação médica após avaliação do risco. O início desse tratamento deve ser realizado nas primeiras duas horas após a exposição ou no máximo até as próximas 72 horas. A eficácia pode decair a medida que as horas passam (ABIA, 2011).

A PEP já é praticada nas unidades de saúde no caso de acidentes com materiais perfurocortantes entre profissionais de saúde e pacientes. Em contrapartida, a PEP sexual nome cunhado para se referir aos acidentes nos atos sexuais está em fase de implantação no Brasil com iniciativas ainda pontuais, mas que já começam a ganhar força.

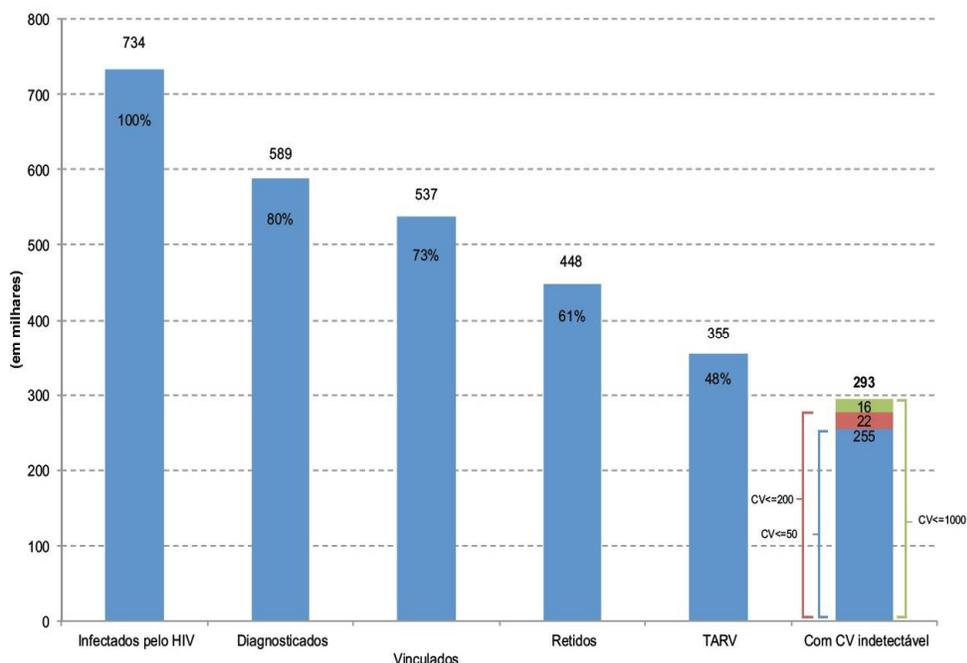
A PrEP consiste na utilização dos medicamentos antirretrovirais (ARV) para a prevenção da infecção pelo HIV. Há a PrEP oral administrada com a ingestão de comprimidos ARV e a tópica idealizada na forma de gel (ABIA, 2011). Nos Estados Unidos foi aprovada a venda comercial do Truvada®, combinação entre Tenofovir e Emtricitabine duas substâncias que compõem a TARV, utilizado entre casais sorodiscordantes para a prevenção da infecção pelo vírus HIV. A eficácia da PrEP está em fase de estudos pelo governo brasileiro através da Fiocruz, ainda não é método de prevenção validado pelo Ministério da Saúde.

Neste cenário em que o diagnóstico oportuno e tratamento universal das pessoas infectadas com o vírus HIV tem a possibilidade de praticamente eliminar a ocorrência de novas infecções impulsionou organismos internacionais a convocar os países e implantar até 2020 metas ambiciosas de diagnosticar 90% das pessoas que vivem com HIV, tratar 90% delas com TARV e com estes medicamentos tornar a carga viral de 90% das pessoas tratadas como indetectável. A meta 90-90-90 denominada pelas Nações Unidas almeja o fim da epidemia de aids no mundo até 2030 (GRANJEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

Inspirado no cenário contemporâneo da epidemia de aids o Brasil, em dezembro de 2013, recomendou o início imediato da TARV para todas as pessoas que vivem com HIV/aids independente da contagem de CD4, considerando o desejo do paciente (BRASIL, 2013). O tratamento como prevenção (TasP) tem se consolidado como política efetividade de saúde

pública no controle da transmissão. Atento a meta 90-90-90 o DDAHV tem realizado monitoramento clínico por meio do Gráfico 2 da “Cascata de Cuidado Contínuo” visando a consecução da meta.

Gráfico 2 – Cascata de Cuidado Contínuo, Brasil, 2013.



Fonte: Ministério da Saúde - Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais - Boletim Epidemiológico (Brasil, 2014a)

Atualmente estima-se que 734 mil pessoas vivam com o HIV/aids, das quais 80% (589 mil) já possuem o conhecimento da sua sorologia. Aproximadamente dois terços (537 mil) das PVHA estão vinculadas a algum serviço de saúde e 448 mil (61%) continuaram retidas no serviço. Das 355 mil PVHA que estavam em TARV, em 2013, 293 mil apresentaram supressão da carga viral (CV), com valor inferior a 1.000 cópias/mL, e 255 mil possuíam carga viral indetectável (inferior a 50 cópias/mL) (BRASIL, 2014).

Até 2030 há um longo caminho a ser percorrido para alcançar as metas previstas. O DDAHV movimenta-se com o aumento da oferta de testes para o diagnóstico oportuno variando as metodologias, o acesso universal aos tratamentos desde o diagnóstico com fins de tornar a resposta brasileira em conexão com as pesquisas científicas e política mundial de enfrentamento a epidemia de aids.

3.2.7 Aids e mulheres

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana (aids) é conhecida pela sua dinamicidade e intensa articulação com uma multiplicidade de elementos que atuam sobre a produção de subjetividade dos sujeitos que atuam sobre este território, a saber, as pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), os profissionais de saúde, os pesquisadores, entre outros. Debruçar o olhar sobre este agravo, passados trinta anos de epidemia, ainda é um desafio para a saúde pública. Avanços significativos no campo da tecnologia de diagnóstico e tratamento fomentaram grande vivacidade a discussão e esperança às PVHA, mas há outros elementos que interagem com a epidemia ainda crescente de aids.

A aids apresenta variações de tendências ao redor do mundo. Atualmente estima-se que 35 milhões de pessoas vivam com HIV/aids (PVHA) no mundo (WHO, 2014). No Brasil, até junho de 2015, há cerca de 800 mil PVHA (BRASIL, 2015). A região Nordeste, segundo o Boletim Epidemiológico lançado pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais (DDAHV) em 2015, apresentou 14,6% dos casos de aids. Segundo Informe Epidemiológico publicado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) em 2015, desde o primeiro caso em 1983 até dezembro de 2014 foram notificados 16.998 casos de aids no estado (CEARÁ, 2015). Fortaleza, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui 9.300 casos notificados de aids.

Segundo estimativa de prevalência de HIV em parturientes no Boletim Epidemiológico lançado em 2014 pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil é de aproximadamente 12.000 casos por ano (BRASIL, 2014). Na contemporaneidade urge como necessidade a compreensão da saúde da mulher de forma complexa e transversalizada pela construção histórica tanto da mulher, como do feminino.

A aids possui claros determinantes sociais que ultrapassam a mera caracterização biomédica de um evento viral. A complexidade deste agravo que reproduz práticas de estigma, preconceito e discriminação disseminados por todo o corpo social aponta para uma análise múltipla que pretenda produzir saberes em contato com a diferença e o rompimento com elementos identitários que se enquadre em fronteiras bem definidas.

Esta pesquisa se pretende manejar as atualizações de saberes que transitam no campo do HIV/aids com a confecção de uma cartografia imergindo no processo vivo de produção do cuidado de mulheres que vivenciam uma gestação e a experiência de viver com HIV/aids em

conexão com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as redes produzidas pelas usuárias, esta empreitada dialoga com o conceito de redes vivas (MERHY et al, 2014).

O conceito de feminização da epidemia ganhou força no idos dos anos 2000. Em março de 2007 foi lançado pelo Ministério da Saúde envolvendo o Programa Nacional de DST e Aids, a Área Técnica de Saúde da Mulher, A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, vinculada à Presidência da República, e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) o *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST* que realçava as vulnerabilidades das mulheres às infecções por DST e HIV/aids.

Este plano já almejava inserir no enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST as conexões com as ações vinculadas ao movimento de mulheres e às políticas públicas que se gestavam da construção política das mulheres. A aids e consequentemente as DST estão profundamente imbricadas com elementos sociais que vulnerabilizam às mulheres. O plano, todavia, previa uma ação intersetorial como resposta à epidemia de aids e outras DST (BRASIL, 2007).

A violência sexual e doméstica a qual as mulheres estão submetidas cotidianamente e que atualmente é tema recorrente nos meios de comunicação e pauta de uma multiplicidade de movimentos sociais é determinante para a vulnerabilidade às infecções de DST. As situações de violência às quais as mulheres estão submetidas impedem a prática de prevenção e a promoção de saúde e impõe vulnerabilidades à infecção pelo HIV/aids e outras DST por retirar o protagonismo sobre seu próprio corpo.

A limitação do campo da saúde que se define como Saúde da Mulher à proteção e os cuidados relativos à maternidade e às campanhas pontuais que enquadram as mulheres em reprodutoras ou aos seios em alusão à prevenção do câncer de mama privilegiando uma representação de mulher que não alcança a produção de subjetividades ininterrupta e suas singularidades.

As DST estão relacionadas aos agravos que mobilizam a saúde pública e que se configuram como problemas ainda graves no cenário brasileiro como a sífilis congênita, o HPV e o herpes como disparadores do câncer de colo uterino. Uma DST ainda aumenta em 18 vezes o risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2007).

As questões de raça e etnia também estão ligadas às infecções por DST no Brasil. O racismo evidente nas práticas sociais e institucionais, também conhecida como vulnerabilidade institucional, prolifera os obstáculos para o acesso aos serviços de saúde, aos postos de trabalho digno e decente, à educação e à assistência social para citar instituições que estão na base das políticas públicas de estado. Esta limitação no acesso aos serviços básicos e

a franca escalada da violência entre a população parda e negra caracteriza outra tendência da aids: a pauperização (COSTA; SILVA, 2013).

A infecção pelo HIV/aids é crescente entre as populações com menor poder aquisitivo e que se encontram na linha da pobreza, privadas de bens básicos e de oportunidades que favoreçam a produção de saúde. A exclusão do mercado de trabalho e do acesso às políticas públicas de seguridade e proteção estão presente em mulheres que se descobrem vivendo com HIV/aids (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014).

O período que se compreende como juventude, segundo preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) até os 29 (vinte e nove) anos de idade, também apresenta vulnerabilidade à infecção pelo HIV. A temática da sexualidade ainda encontra obstáculos para ser discutido dentro das escolas. O projeto intitulado Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) que atuava com várias tecnologias de protagonismo juvenil e educação entre pares perdeu força na atual conjuntura política.

O Programa Saúde na Escola (PSE) que envolveu o SPE nas suas diretrizes não se apropriou das tecnologias deste e a política de levar a temática das DST e aids para os espaços escolares foi sistematicamente sendo minada. A vida social é bombardeada diariamente por imagens e práticas que utilizam a temática erótica e sensual nos meios de comunicação, nas músicas, filmes e novelas e o fácil acesso na rede mundial de computadores é uma realidade, no entanto, falta aos jovens elementos para saber lidar com a produção de saúde e a vivência de uma sexualidade que não os submeta ou os paralise. Os dados de gravidez não planejada na adolescência apontam para a limitação da política de prevenção às DST na juventude.

À medida que se priva a juventude das informações e tecnologias que possam constituir ferramentas de prevenção e promoção de saúde na sua produção de vida abre-se uma lacuna para a vivência de experiências que limitam a juventude em sua potência de vida.

As mulheres nesse cenário de violação de direitos básicos apresentam vulnerabilidades dilatadas em razão da privação da educação no contexto da pobreza ou gravidez não planejada em que podem estar submetidas, na dificuldade de negociação de práticas preventivas com os parceiros ou a negação do tratamento em conjunto pelos parceiros no caso das DST (como sífilis, HPV, herpes) que possam se manifestar, no trabalho precoce para prover a casa de bens básicos e a exploração sexual bem presente nas mulheres que vivenciam a pobreza. Importante frisar que estas características não são específicas das mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica, mas acontecem em outras classes sociais porque o gênero é um elemento importante para se discutir a feminização das infecções pelo vírus HIV.

Os estudos neste campo do HIV/aids entre mulheres chamam a atenção para a problematização das questões relacionadas à saúde da mulher numa perspectiva de gênero. O corpo feminino é marcado pela identidade da feminilidade normativa de cada época. Neste sentido, é imperativo problematizar o referencial de gênero, transversalizado também pelas classes sociais e pelas raças/etnias, para se compreender as peculiaridades do corpo feminino que vivem com HIV/aids e que se encontra gestante, sendo este um problema de saúde complexo e multifacetado que fomenta olhares plurais para a criação de rede de cuidado integrais e resolutivas em saúde.

Diante destes elementos apresentados, o presente estudo tem a pretensão de mapear a produção do cuidado de um caso complexo de uma mulher vivendo com HIV/aids a partir da Rede Cegonha (RC) de Fortaleza/CE. Assim, a partir da reflexão das questões biopsicossociais envolvidas na produção de vida destes corpos femininos, esta pesquisa se propôs a acompanhar as experiências que atravessam o processo saúde–doença, também marcadas pelo estigma de viver com HIV/aids, mediante a produção das narrativas dos sujeitos praticantes e construtores das redes temáticas com o intuito de conhecer como as abordagens terapêuticas que se organizam nas redes de cuidado são direcionadas às mulheres vivendo com HIV/aids.

Esta pesquisa, no entanto, extrapola as RAS e os serviços formais de saúde para acompanhar uma mulher que vive com HIV/aids e suas produções de subjetividade no território onde vive. Partimos do pressuposto de que uma mulher produz o cuidado no território onde atua, em conexão com outros sujeitos, outras tecnologias, outras afecções que escapam às formalidades institucionais, afetada por outros elementos que ela julga potente ou não para dar conta do problema que a mobiliza. A RC, assim, será um ponto que tangencia a pesquisa, mas não é o fim último. Não se trata, todavia, de avaliar a RAS se a mesma observa as diretrizes que preconiza e apontar soluções, antes, produziremos saberes com as mulheres, os profissionais de saúde, os familiares, entre tantos que estão inseridos no mapa-rizoma destas mulheres que vivem com HIV/aids.

A cartografia, todavia, investe na produção dos mapas existenciais destes sujeitos da pesquisa que não se constituem em corpos identitários facilmente apreendidos. A mulher, por exemplo, que vivencia a experiência de viver com HIV/aids e estar gestante não possui um referencial que a represente a ponto de universalizar o cuidado. Da mesma forma o profissional de saúde não é um personagem idêntico assimilável pelo observador-pesquisador que pode ser reproduzido em narrativas científicas. O enquadramento destes sujeitos em conceitos universais abstratos limita a análise sobre o cuidado.

A construção do mapa-rizoma com as gestantes vivendo com HIV/aids é composta por incontáveis linhas que o atravessam, tais como a construção do agenciamento que compõe o sujeito mulher, o devir mulher, a vivência da maternidade, a experiência do casamento, a fé religiosa, o amor aos filhos, os encontros com profissionais de saúde, a situação de vulnerabilidade social, os poderes que se exercem na comunidade, o machismo cotidiano, a descoberta da sorologia reagente para o HIV, o estigma e o medo de ser reconhecida como uma pessoa vivendo com HIV (VON ZUBEN; RISSI; GUANAES-LORENZI, 2013), entre outros.

3.3 AS REDES COMO CONDIÇÃO PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO: REDES DA ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE CEGONHA

A implantação da Rede Cegonha (RC) está articulada com a estratégia das Redes de Atenção a Saúde (RAS). As RAS objetivam “promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica” (BRASIL, 2011a, p.05).

O campo da Saúde Coletiva tem se debruçado sobre as experiências das RAS no SUS e algumas produções foram vieram à tona problematizando as práticas ou teorizando sobre elas, principalmente a inspiração advinda das redes de saúde dos Estados Unidos e Europa. Estes artigos dos autores Mendes (2010), Kuschnir e Chorny (2010), Silva (2011), Cecilio et al. (2012) e Gomes (2014) estão na seara das análises macropolíticas e em pequena medida atravessadas por elementos micropolíticos.

Nossa conversação sobre redes se concentrará nas análises micropolíticas inspiradas na caixa de ferramentas conceitual de Túlio Franco (2013) e Merhy et al. (2014) que por seu turno beberam da fonte da Filosofia da Diferença. Para iniciar não há hierarquia entre os sujeitos envolvidos nesta análise, pois, os usuários destas redes, a partir das experiências de encontros e desencontros, vão construindo novos agenciamentos para acessar os serviços de saúde, fazendo variados usos das ofertas e obstáculos que estão ao seu alcance (CECILIO et al, 2012).

O protagonismo que o usuário exerce na vivência destas redes já aparece em artigos que não necessariamente lançam mão das ferramentas da Filosofia da Diferença, mesmo assim já apresentam problematizações das prescrições que normatizam a prática do cuidado

para a eficiência em vários setores, seja social ou financeiro ainda presentes nas análises sobre as redes formais e discussões acadêmicas.

Uma premissa que percorrerá nossa análise é que o cuidado sempre se produz em rede, nos três níveis de atenção ou mesmo no interior de uma unidade de saúde há microrredes que atuam na produção do cuidado de encontro entre usuários e profissionais de saúde. Em todo o momento há articulação entre as unidades e entre as equipes, são redes de relações (FRANCO, 2013).

Nestas redes produzidas nas relações, em ato, todos os trabalhadores da unidade de saúde estão envolvidos, mesmo os que não são profissionais de saúde, porque contribuem de alguma forma para o território vivo que se engendra naquele espaço. Logo, este agenciamento do cuidado usuário-profissional de saúde extrapola os sujeitos formalmente instituídos.

Qualquer profissional da equipe pode disparar um projeto terapêutico que constituirá uma rede rizomática de cuidado com outros agentes seja do mesmo território ou de outro. Faz-se rizoma com as múltiplas conexões. Supera-se, assim, a ideia de serviços com rede versus serviços sem rede, as redes são condições do cuidado, mesmo nas redes prescritivas e protocolares de cuidado que taxamos de normatizadas e serializadas (FRANCO, 2013).

Há organizações de cuidado que são produtos e ao mesmo tempo produtoras das ações singulares dos sujeitos que se colocam como protagonistas, sem uma hierarquia definida, já que o exercício de poderes opera numa microfísica em que todos exercem poder sobre todos (FOUCAULT, 2004) sejam usuários ou profissionais de saúde.

As redes rizomáticas de cuidado são constituídas de saberes e fazeres, tecnologias e subjetividades que produzem o cuidado quando do movimento destas na micropolítica do trabalho vivo. Estabelecer ligações entre as diversas linhas desta rede rizomática é intrínseco à atividade laboral. Sozinho não se consegue criar projetos terapêuticos que movimente a necessidade de saúde que está dado, a relação e o exercício de todos os sentidos é que produz cuidado.

A dicotomia entre as tecnologias duras e leves é um falso problema. Não há na produção do cuidado a supremacia das tecnologias duras como aparato complexo e de perfil resolutivo, mas a complexidade e o refinamento do cuidado pelo uso de tecnologias leves também são definidoras de potência de vida. Dentro de uma mesma unidade de saúde podemos ter o cuidado normatizado e serializado e o trabalho relacional, singular, que se produz como acontecimento.

O investimento maciço atual do Ministério da Saúde por meio do DDAHV em tecnologias de diagnóstico e tratamento para o HIV/aids em oposição ao trabalho

micropolítico das relações entre as pessoas para produção de uma cultura singular de manuseio de ferramentas para uma vida menos vulnerável como o protagonismo merece uma análise pormenorizada.

As redes rizomáticas está centrada na ética do cuidado, operando por tecnologias relacionais como motor da produção do cuidado (FRANCO, 2013). Nestas redes há uma autonomia dos trabalhadores que trabalham como profissionais de saúde e estes exercem sua singularidade no trato com as necessidades de saúde dos usuários. Regular a atuação destes profissionais pela norma legislativa não é possível em sua plenitude, a produção de subjetividade desses sujeitos é sempre singular e se conecta com o território vivo em que está imerso. Este sujeito trabalhador não é uno, é um sujeito singular atravessado por várias intensidade e afecções que o faz. A gestão destas redes, portanto, adquire um caráter autogestionário por parte dos profissionais e gestores que exercem seu trabalho vivo em ato.

Uma rede não é perene ou sedentária, quando se rompe, mais adiante se conecta a outras redes dando prosseguimento à produção do cuidado, refaz-se com outros elementos. Este rompimento pode dar margem ao irromper de uma linha de fuga que gera algo novo, inesperado.

Os corpos destes sujeitos que tecem as redes estão abertos às afecções, por isso a impossibilidade de reificá-los ou sedentarizá-los. Estas afecções que fazem os corpos vibráteis (ROLNIK, 1989) vão criando formas de produzir a vida, assim, estes corpos escapam à formatação orgânica que lhe é atribuída. A capacidade de afetar e ser afetado são ingredientes para a produção de redes vivas que trataremos mais adiante.

Ainda compartilhamos da ideia de redes muito centralizadas, normatizadoras, com saberes autoproclamados legítimos na produção do cuidado e que toma o outro, o usuário, como agente passivo, como objeto da ação, desprovido de conhecimentos e desejos. Este saber, amparado pela cientificidade, parte do pressuposto que detém o conhecimento da melhor forma de viver, a maneira mais saudável.

Uma gama significativa de serviços de saúde age daquela forma, amparados por protocolos, burocracias organizacionais, não percebem as multiplicidades e singularidades e desinveste forças nas éticas existenciais desses sujeitos sociais que vivenciam os serviços de saúde. Quando o usuário adentra os muros da unidade de saúde parece haver apagamento de toda a sua vida e este se torna previsível para a ação do cuidado protocolar. Cada usuário possui modos de existência que muitas vezes causam tensionamento com os profissionais, estes tensionamentos podem paralisar ou gerar algo novo.

As ações de cuidado devem estar abertas ao outro, este outro como protagonista e produtor de sua vida, não somente objeto da ação de saberes instituído. O mundo ou a afirmação da vida devem exercer-se, também, dentro das unidades de saúde que não se encontram apartada deles.

Os usuários constroem sua própria rede a partir das conexões que estabelecem em suas vidas. Estas conexões produzem agenciamentos que impossibilita a captura por enquadramentos apressados, são difíceis de ser capturadas, são caminhos nômades que habitam vários territórios conectados.

A experiência micropolítico, no entanto, fura os muros institucionais, relacionando-se com o fora. A produção viva das redes atua sobre as relações de poder, as conexões existenciais, multiplicidades e agenciamentos. A rede formal preconizada pelo Ministério da Saúde sugere a ideia de controle, governabilidade, previsibilidade e manejo dentro da racionalidade, no entanto, os sujeitos singulares que atuam neste território produzem outras conexões com territórios inclusive que escapam aos instituído como as redes vivas.

As redes vivas são fragmentárias e não possuem um território sedentário, é antes nômade. Montam-se e desmontam-se a partir de qualquer ponto que os usuários ou profissionais de saúde estejam em relação, sua lógica ou sentido não são orientados pelo formalismo, são inventivas e singulares (MERHY et al, 2014).

A RC pode ser uma disparadora da produção do cuidado, mas ela será atravessada por múltiplas outras redes fomentadas por usuárias e profissionais de saúde. Os sujeitos singulares dessas redes conectam-se com outros sujeitos, com outras instituições. Cada sujeito singular é uma rede viva que se movimento elaborando saberes, construindo e compartilhando cuidados. As redes nunca estão dadas pela descrição e o ato protocolar, mas produzidas e desconstruídas por acontecimentos.

A representação de usuários e profissionais de saúde, além de outros sujeitos singulares que atuam na produção do cuidado e na conexão entre as redes não pode ser reificada por universais abstratos. Os conceitos ou representações universais abstratas não alcançam a vida que se inventa no encontro e nas relações.

A pesquisa intentou conhecer quem são os sujeitos singulares que atuam no território da produção do cuidado de mulheres vivendo com HIV/aids que experienciaram uma gestação aos cuidados da RC, afinal, esta singularidade de cada sujeito é que inventa a rede existencial ou a rede viva. Os profissionais das instituições formais ainda estão desconectados das multiplicidades de existências que eles atendem (MERHY et al, 2014).

O processo de desaprender para que o novo possa emergir é importante para a produção do cuidado. As redes vivas ficam mais evidentes à medida que nos implicamos na pesquisa e abrimos a atenção para que não afastemos os devires, como nos adverte Gilles Deleuze. A produção do cuidado singular se potencializa quando abrimos mão de conhecimentos a priori e criamos *com* e não *sobre* algum problema que nos faz movimentar.

Este cenário ressoa o problema que movimenta esta pesquisa: como as gestantes vivendo com HIV/aids produzem suas redes vivas de produção do cuidado?

A Rede Cegonha, criada em 2011 no âmbito do SUS, almeja oferecer assistência à mulher no que concerne ao planejamento familiar, confirmação da gravidez, pré-natal, parto e puerpério, bem como assistência à criança durante os dois primeiros anos de vida. A RC objetiva: a) fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; b) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e; c) Reduzir a mortalidade materna e infantil. Nas prerrogativas da RC está prevista a oferta, no pré-natal e no parto, dos exames sorológicos para infecção pelo HIV entre outras DST.

A proposta da RC faz conexão com a política nacional de DST/aids e hepatites virais em pontos que preveem o diagnóstico e tratamento destes agravos nos períodos do pré-natal e do parto. A portaria Nº 1459, de 24 de junho de 2011 que institui a RC no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) também trata sobre enfoque de gênero e os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes atentando para o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos.

O texto legislativo, no entanto, não estabelece estratégias e diretrizes para a produção dos elementos acima no âmbito da RC, afinal, a vivência desta rede de cuidados trata-se de uma tecnologia leve (FRANCO; MERHY, 2013), uma prática que se dá na relação. A referência a universais abstratos como o conceito de direitos humanos e diversidade cultural, étnica e racial não tem efetividade se escapa aos elementos éticos, em outras palavras, a experimentação nos contextos de produção do cuidado no âmbito da RC é que fomentará uma ética própria daquele problema.

A política nacional de DST, aids e hepatites virais reproduz uma tendência atual encampada por países como os Estados Unidos e a Europa de estimular a testagem e o tratamento como prática para frear a mortalidade por aids e a disseminação da infecção. Pesquisas apontam que a terapia antirretroviral (TARV) bem administrada e com adesão justificando marcadores que apontem o controle da carga viral tornado-a “indetectável” quase

anula a possibilidade de infecção é o chamada *TASP* (treatment as prevention) ou tratamento como prevenção (GRANGEIRO; CASTANHERA; NEMES, 2015).

A partir desta orientação da política nacional múltiplas tecnologias de diagnóstico para as DST e aids foram disseminadas em território nacional como o teste rápido (TR) e o teste rápido com fluido oral com a justificativa da importância do diagnóstico oportuno. Associado ao diagnóstico um novo consenso do manejo clínico das PVHA sinaliza para a oferta da TARV a partir das primeiras consultas. As pessoas que ainda não desenvolveram aids podem iniciar a terapêutica sem se referenciar no marcadores de CD4 (molécula que se expressa na superfície de algumas células T, tem a ver com os anticorpos) e carga viral.

A tecnologia de TR rapidamente se associou ao pré-natal e justifica a testagem de HIV e sífilis entre as mulheres. Segundo Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2015) as mulheres realizaram mais testes diagnósticos para HIV que os homens e estes dados estão ligados às testagens no pré-natal. Em contrapartida as políticas públicas de prevenção e promoção tem perdido força como o SPE, campanhas sobre prevenção às DST e aids para trabalhadoras do sexo que foram barradas pelo Congresso Nacional, entre outras medidas. A aposta da política nacional de DST e aids é na hegemonia das tecnologias duras (diagnóstico oportuno e tratamento) em detrimento do movimento social e das relações da produção de cuidado que se engendram nos encontros e nos contatos que produzem subjetividades.

No ano de 2013 o Ministério da Saúde por meio do DDAHV publicou o *Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes* no âmbito da RC preconizando a capacitação em TR para os profissionais que atuam no pré-natal e no parto. No entanto o referido texto não discute a produção de cuidados tendo a gestante como ativa no processo nem os profissionais de saúde que utilizarão aquela tecnologia e ainda as forças vivas que afetam os corpos quando se trata da aids em mulheres.

No texto oficial do guia o aconselhamento é problematizado como ferramenta importante para o diagnóstico e tratamento. Trata a sexualidade como um tabu por parte dos profissionais de saúde e atenta para a importância destes conhecerem melhor seus sentimentos e valores para lidar com as DST e aids (BRASIL, 2013a).

O território onde se produz o cuidado está em permanente tensão pelas forças que o compõe. O território da aids e da política de saúde materno-infantil agrega uma multiplicidade de linhas que estão interconectadas e tensionando a ação do trabalho vivo em ato.

Identificando que o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os

atos produtivos em saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor saúde, e portanto o território em disputa pelas várias forças interessadas nesse processo (MERHY, 2002, 37).

Elementos como o enfoque de gênero, o respeito à diversidade cultural e étnica previstos na portaria que institui a RC; o machismo, a pobreza, a violência, a religião, tratadas no plano de enfrentamento à epidemia da aids e outras DST; a indústria farmacêutica e as tecnologias do campo da saúde que emergem na política nacional de DST e aids estão, todas, em tensionamento e produzindo processos de subjetivação e cuidados. A prescrição de qualquer enquadramento da vida escapa quando da ação do trabalho vivo em ato. Esta pesquisa experimentará a produção viva do cuidado, em ato e gerada na relação entre os sujeitos.

A RC como uma política pública nacional de atenção às mulheres gestantes corre o risco de despersonalizar as gestantes quando marcadas pela serialização do cuidado prescritivo e normativo em detrimento da diferença e da singularidade que irrompem o corpo destas mulheres (CARNEIRO, 2013). A prática do trabalho vivo em ato singulariza a produção do cuidado com elementos que compõem tanto a usuária gestante e o profissional de saúde. O cuidado, desta forma, é sempre singular, fomentado na ética do encontro entre os corpos e, ainda, manuseia as ferramentas e tecnologias que estão ao alcance destes corpos.

O cuidado produzido na relação entre os vários sujeitos no território dos serviços de saúde opera produção de subjetividade, por fluxos de intensidade e afetos que circulam no seio do agenciamento do processo saúde-doença-intervenção. Pensar o cuidado somente pelo viés da norma, inscrito em regras e prescrições ou na observância do que está registrado na legislação como cuidado integral não alcança a complexidade que a pesquisa cartográfica enseja.

A vida, no entanto, antes de adentrar os serviços de saúde e as redes formais, já está produzindo o cuidado ou a resposta às necessidades de saúde dos sujeitos. As mulheres vivendo com HIV/aids estabelecem conexões com o território em que está atuando e as várias forças que a constituem, a saber: com a família, a religião, suas crenças e saberes disponíveis (CARNEIRO, 2013).

O cuidado em saúde por vezes é pensado com a definição do outro em parâmetros já pré-estabelecidos, encaixando-o em um modelo que responderia as suas queixas. (BERNARDES; QUINHONES, 2009). O outro neste contexto, o usuário que vivencia as práticas de cuidado, não é percebido em suas singularidades e encontra-se separado do agenciamento que compõe os profissionais de saúde. Importante, todavia, assinalar que a

produção do cuidado atravessa estes limites borrando as fronteiras identitárias entre profissionais de saúde e usuários que buscam os serviços de saúde.

Quem, todavia, produz o cuidado? É possível experienciar o cuidado fora dos espaços preconizados para realizá-lo como, por exemplo, unidades básicas de saúde (UBS), unidades de pronto atendimento (UPA), serviços de atendimento especializado (SAE), hospitais terciários? As diretrizes, normativas e protocolos que orientam os profissionais de saúde são capazes de produzir cuidado integral? São questões que emergem na processualidade desta pesquisa.

A vida é ativa e pulsa nos profissionais de saúde que praticam o cuidado. Cada um deles é atravessado por vários afetos e intensidades que os mesmos lançam mão no trato com as usuárias do serviço. O encontro com as usuárias desencadeia nos profissionais de saúde vários sentimentos que atuam como ferramentas na prática do cuidado. As normas técnicas e textos legislativos são apenas uma ferramenta desta prática, pois, a formação, a família, a religião, as concepções políticas também estão atuantes como instrumentos do profissional de saúde.

A ideia de profissional de saúde é atravessada por uma multiplicidade de elementos. *A priori* um profissional de saúde é aquele que vivencia uma experiência formativa em instituições legitimadas pelo estado para ser autorizados a atuar como cuidador das pessoas que requeiram. Quais as forças que atuam neste ímpeto de ser cuidador? A motivação é o prazer em cuidar? O desejo de ter uma profissão que o provenha financeiramente? A impossibilidade de fazer outra coisa no momento? O profissional de saúde atual em singularidade, em outras palavras, é também constituído em relação com os elementos que o fazem e outros sujeitos. O conceito de profissional de saúde não é assimilável por identificação ou reconhecimento e o cuidado é produzido na relação, no trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

A prática do cuidado em saúde será diferente a cada encontro, em outras palavras, não há prática que se repita mesmo inspirada por norma protocolar. A observância às diretrizes que fomentam as Redes de Atenção à Saúde (RAS) em sua completude não garante um atendimento eficaz em termos biomédicos ou que alcance a satisfação do usuário do serviço de saúde na assistência as suas necessidades de saúde. A potência de vida do encontro para o cuidado extrapola a consecução da norma, ela está amparada na relação entre cuidador e pessoa (sem hierarquias), são linhas moleculares que escapam às organizações binárias, ao que se atribui ser a mulher como um conceito universal abstrato (DELEUZE; GUATTARI, 2004a). Esta relação profissional de saúde e usuário do serviço também pode borrar as

representações que estes sujeitos encarnam fazendo as relações de força se movimentar no interior do mapa que produzimos.

A RC tem como premissa fomentar o protagonismo das gestantes na produção do cuidado na gestação e parto. A medicalização da vida que submete os corpos das mulheres às tecnologias duras e procedimentos preconizados por lógicas políticas e financeiras afetam a produção de vida e decisão pelo cuidado que elas intentam construir. Há uma grande aderência formal ao pré-natal, no entanto, os números de mortalidade de mulheres e crianças são elevados. O planejamento familiar das mulheres e homens que não desejam ter filhos não é pautado na RC, revelando que a condição da mulher experienciar a política pública está condicionada à concepção do feto em diante, o processo que desemboca na maternidade e paternidade ainda não efetivada está ausente dos textos normativos (CAVALCANTI et al, 2013).

O cenário que se avizinha sugestiona uma modalidade de medicalização da vida como caminho seguro a plena vivência da maternidade. A vivência da sexualidade tem admitido diretrizes e procedimentos estatais e normatizações de conduta formal com o intuito de diminuir os riscos como a imposição de mulheres ao parto cesariano (CARNEIRO, 2013). O estudo do disciplinamento dos corpos data de tempos remotos. Estes corpos são esquadrihados pela racionalidade médica (FOUCAULT, 2003) e a ordem social instituída para serem mais produtivos e úteis ao corpo social que se transformava.

Os dados epidemiológicos, o discurso biomédico da gestão pública oficial, a medicalização da vida e das práticas sexuais, a submissão dos corpos e seu pleno controle, a heteronormatividade e as práticas de machismo institucional e social, este cenário ilustra a política nacional de saúde no que tange as políticas públicas no campo materno-infantil e do enfrentamento do HIV/aids e outras DST configurando-se no que Foucault definiu como biopolítica (FOUCAULT, 1997).

A saúde compreendida no seu aspecto mais amplo extrapola a adaptação dos corpos à norma preconizada pelo estado, pois, a vida sempre escapa em conexões que se estabelecem na produção dos seus territórios existenciais. Os corpos estão interagindo ininterruptos “[...] com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a "população" enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de ‘fazer viver’” (FOUCAULT, 2005. p.294).

O poder de “fazer viver” é este poder embasado em discurso científico e político que definem como uma vida deve proceder para atingir seu máximo de potência nos moldes capitalísticos. Antes do nascimento desta biopolítica em meados do século XVIII, o estado

tinha o poder de “fazer morrer”, em outras palavras, tinha o poder sobre a vida e a morte das suas populações, principalmente daquelas que desviavam à norma e gerava desconforto.

Associado ao poder está sempre o saber. A biopolítica opera o saber e o poder para controlar as populações.

Deleuze (2004) comentando Michel Foucault dirá que o poder é uma segunda dimensão irreduzível ao saber; o saber é feito de formas, o visível, o enunciável, o arquivo, enquanto o poder é feito de forças, relações de força que o conceito de biopolítica se apropria para funcionar. “A cultura também é um modo de administração da vida cotidiana. [...] As práticas de governo também são práticas de governo das mentalidades, dos afetos, das relações, dos comportamentos” (BERNARDES; QUINHONES, 2009, P.156).

A RC pode, também, produzir sujeitos profissionais de saúde que percebam as singularidades de cada gestação até a realização do parto como acontecimento que escapa à medicalização da vida e operam com a multiplicidade de elementos do território existencial como a vida que se movimenta, os valores, as crenças e desejos que atuam no processo de subjetivação das mulheres. A experiência narrada na vivência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) com as gestantes no âmbito da RC deslocou a compreensão dos estudantes quanto aos cuidados atinentes ao período gestacional (TERTULIANO et al, 2014).

4 O MÉTODO DE CONFEÇÃO DA CARTOGRAFIA: PRODUÇÃO DO MAPA

4.1 NATUREZA E TIPO DO ESTUDO

Este é um estudo cartográfico. A cartografia é um conceito operado por Deleuze e Guattari (2004) para produzir saberes lançando mão de uma multiplicidade de elementos que não se define *a priori*, em outras palavras, tudo pode compor uma cartografia desde que esteja em relação com o problema de pesquisa que mobiliza o cartógrafo e componha o mapa que ele deseja confeccionar.

O cartógrafo acompanha os processos, estando alerta para os elementos que saltam aos olhos observando as relações e as conexões que os sujeitos envolvidos no problema de pesquisa vão tecendo. O pesquisador também tece suas conexões e, em dado momento, intersecciona com os sujeitos da pesquisa, neste instante os saberes são produzidos por agenciamentos coletivos, estabelece-se alianças.

Bourdieu, Chamboredon e Passeron em *Ofício do Sociólogo* (2010) nos alertam sobre a tentação de ceder às facilidades metodológicas enquadradas em “receitas de cozinha científica” ou “engenhocas de laboratório” e afirmam que qualquer experiência metodológica, por mais rotineira que seja, deve ser problematizada, repensada, tanto em si mesma quanto em função da singularidade que a pesquisa enseja.

A cartografia não foi sistematizada como método apreensível e aplicada sobre um objeto definido *a priori* para ser medido e verificável pela observação neutra de um pesquisador. Esta pesquisa foi produzida pela profunda implicação do pesquisador e o problema que o envolve na confecção deste mapa analítico com várias entradas e saída e sem uma centralidade enunciável.

Na confecção da cartografia a posição do pesquisador é atuar *com* e não *sobre* o objeto de sua observação. Logo, o pesquisador está implicado na construção da pesquisa, não a observa em posição de neutralidade, confunde-se e é igualmente sujeito e objeto.

O rigor da cartografia consiste em perceber as posturas políticas na construção do rizoma, as relações de força que atuam no território. É mister que considere todas as linhas sem hierarquias entre elas e que permita o livre trafegar dos fluxos instituintes pelo mapeamento-rizoma.

Resta que a compreensão, a explicação e a implicação designam igualmente operações do entendimento [...]. Com efeito, compreender é a razão interna que dá conta dos dois movimentos, explicar e implicar [...]. E a implicação não é de modo algum o contrário da

explicação: aquilo que explica implica por isso mesmo, o que desvela vela (DELEUZE, 2002, p.82).

Os dois movimentos, explicar e implicar coexiste nos processos de compreensão, eles não são dicotômicos. Deleuze afirma que a explicação requer a implicação, são operações de entendimento. O cartógrafo não deve temer a implicação com o receio de enviesar a pesquisa, pois, há potência, também, nesta forma de produzir saberes.

O cartógrafo estará no território aberto aos elementos salientes que convocará sua atenção (KASTRUP, 2007). Estes elementos certamente compõem os processos de subjetivação do cartógrafo e não podem ser desvinculados dele.

4.2 CAMPO EMPÍRICO

A pesquisa fez imersões entre os sujeitos que atuam no âmbito da Rede Cegonha, mais precisamente gestantes, profissionais de saúde e gestores de saúde, no município de Fortaleza, capital do Ceará. O caminhar do cartógrafo fomentou os territórios que foram experimentados e produzidos pela cartografia.

O campo, todavia, não foi definido *a priori*, de qualquer forma, as unidades de saúde e o território existencial das gestantes constituíram espaços propícios para a confecção da cartografia. Os territórios existenciais são aqueles em que a usuária produz sua vida e transita, a saber, sua casa, a igreja, casa de familiares, serviços públicos, serviços privados, qualquer espaço que a usuária habite e componha seu processo de subjetivação. Os caminhos eram marcados pela contingência, eram incertos e estavam abertos ao encontro.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo são uma mulher gestante e que vive com HIV/aids, que vivenciaram no mínimo uma gestação depois da implantação da RC e os sujeitos que constituem a produção do cuidado no seu território existencial, profissionais de saúde, familiares e amigos. A usuária guia em algum momento transitou pela rede de cuidados dos serviços formais de saúde. Este momento foi vivenciado pelos profissionais de saúde e gestores que produziram uma narrativa identificando como um caso complexo.

O caso complexo é aquele que põe a rede de cuidado em crise e traz como consequência a grande necessidade da utilização de práticas cuidadoras ofertadas pelo sistema. A mulher que emerge desses casos é a usuária guia que disparará a produção da cartografia (GOMES, MERHY, 2014). Os casos complexos foram levantados em oficinas

com profissionais de saúde e gestores depois da apresentação do projeto. Posterior ao levantamento, os pesquisadores de posse destes casos decidiram qual o caso que será acompanhamento.

O percurso que o cartógrafo encampa com a usuária guia na produção do cuidado constrói um mapa de múltiplas conexões com profissionais de saúde, companheiro, filhos, familiares, comunidade religiosa, trabalho e lazer, todos estes sujeitos tecem a cartografia em ato. Estas pessoas são igualmente sujeitas desta cartografia. Considera-se a cartografia como um território formado por relações de força em movimento sempre no meio do mapa-rizoma.

À medida que acompanhamos os traços tecidos pela usuária guia na produção de sua vida no território existencial, implicados neste caminhar, estaremos confeccionando a cartografia. No caso desta pesquisa em específico, a produção do cuidado tecida por uma mulher que vive com HIV/aids e os sujeitos que ela encontra em suas redes vivas em permanente relação de força compõem este mapa. O desafio, portanto, é compreender o devir mulher gestante vivendo com HIV/aids que emerge da cartografia, singular, sem representá-lo em categoria inerte, pois um devir não é imitação, representação ou similitude, mas criação, linha de fuga e desterritorialização. (DELEUZE; PARNET, 1998).

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Uma cartografia não utiliza a prática de coleta de dados, antes, esta intenta produzir os dados na relação, no encontro entre os sujeitos que se conectam com o problema da pesquisa. Para Bosi (2012) não há nada a coletar, nem dados cujo significado se aproxime de uma suposta objetividade que se revele de forma direta ou por antecipação, o que se processa na pesquisa são construções que se engendram nas relações sociais e não em reprodução de técnicas definidas por antecipação.

Utilizamos a imersão nos territórios onde atuam os sujeitos da pesquisa. Realizamos encontros com a usuária guia e os profissionais de saúde nos espaços que fazem sentido na produção do cuidado destes sujeitos, os serviços de saúde. Estes encontros produziram conversações que foram registradas em áudio com a anuência dos participantes e em diário de campo com as impressões do cartógrafo. Foram realizadas conversações em profundidade que expôs as produções de subjetividade com temas geradores advindos do problema desta pesquisa, tais como, gestação, aids, cuidado, inventar-se mulher, saúde, entre outros.

As conversações que emergem na produção do mapa-rizoma sempre são atravessadas de elementos políticos (PASSOS; BARROS, 2010). Não há um discurso neutro, asséptico e

objetivo que tratemos por dado empírico coletável. Convém que posicionemos a conversação no meio do território existencial, animada por várias forças que o institui sem cessar. As conversações entre o pesquisador e os sujeitos estão em movimento como a vida das pessoas. Não há possibilidade de cristalização de qualquer um dos atores que as compõem, afinal, todos estão em processos de desterritorialização e reterritorialização, ininterruptos.

A motivação desta pesquisa posiciona os elementos metodológicos numa prática em que a precisão não tenha a ver com exatidão, mas com o compromisso e interesse, implicação na realidade e intervenção (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010). A produção destes dados se deu durante todo o período da pesquisa até a confecção do texto final.

4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A cartografia será confeccionada lançando mão da caixa de ferramentas conceitual oriunda da Filosofia da Diferença e a teoria pós-estruturalistas encerradas em autores como Gilles Deleuze, Félix Guattari e Michel Foucault. A caixa de ferramentas conceituais é a teoria utilizada como lentes para pensar o problema desta pesquisa. Esta teoria, segundo Deleuze, deve fazer funcionar para que um processo de criação possa dar prosseguimento à produção de saberes (FOUCAULT, 2004).

Na cartografia não divide as fases da análise e discussão dos dados produzidos pela pesquisa. A produção dos dados se dá em articulação com os conceitos (lentes e ferramentas) que nos auxiliam na processualidade da pesquisa. Dessa forma, a condução da pesquisa já é marcada pelos conceitos os quais o pesquisador imerso no território utiliza.

O roteiro da cartografia é construído no processo, sua centralidade, portanto, não é a linearidade e a serialização de uma pesquisa marcada por passos pré-estabelecidos. Os acontecimentos e as singularidades que se dão na produção da vida são mais importantes que as repetições quantificáveis, desta forma, a cartografia não tem pretensão de expor uma verdade generalizável, antes, perceber o que singulariza (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

A análise consistirá da operação de conceitos como rizoma, acontecimento, devir, desterritorialização, multiplicidade, singularização, linhas de fuga cunhados por Deleuze e Guattari (2004), disciplina e biopolítica em Foucault (FOUCAULT, 2003; FOUCAULT, 2005), micropolítica do trabalho vivo em ato, tecnologias leves, leve-duras e duras e redes vivas em Merhy e Tulio Franco (FRANCO; MERHY, 2013; MERHY, 2002; MERHY et al, 2014).

4.6 PERSONAGENS EM RELAÇÃO: OS ENCONTROS DO CUIDADO

A eleição da usuária guia que anima esta cartografia teve início numa oficina organizada em parceria com a Coordenaria Regional de Saúde (CORES) da Secretaria Regional V (SR V), território à sudeste da cidade. Esta oficina agregou a gestora da CORES, gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), profissionais de saúde e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) destas UBS. O projeto de pesquisa foi apresentado aos presentes que oportunamente iniciaram a socialização de casos complexos vivenciados na Rede Cegonha (RC) e Rede Oncológica (RO) em suas respectivas UBS.

Este caso que analisamos não foi socializado publicamente na roda formada pela oficina. A profissional enfermeira preferiu procurar um membro do grupo de pesquisa em particular para narrar o caso. A enfermeira relatava a história de uma mulher, três vezes gestantes, vivendo com HIV/aids desde a primeira gestação em 2009 e que não aderiu ao tratamento antirretroviral. A última gestação datava de 2013. A argumentação desta mulher que passaremos a tratar por Flavia era de que não precisava utilizar nenhum medicamento, pois havia sido curada por deus e estava bem, ela e os filhos.

Imediatamente identificamos o caso por complexo, afinal, a própria equipe da UBS já não sabia como lidar com caso. A presença das crianças visivelmente comovia os profissionais de saúde envolvidos. Para a enfermeira presente à oficina e nossa primeira interlocutora, a Flavia era refratária a qualquer tentativa de frequentar um Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids (SAE). O caso já havia mobilizado outros profissionais de saúde entre ACS, médicos e enfermeira, além do coordenador da UBS.

O cenário da pesquisa é marcado por cinco momentos com a participação dos pesquisadores da Universidade Estadual do Ceará (UECE):

- Participação na reunião da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS). Esta reunião almejava discutir os caminhos que os profissionais fariam no intuito de superar os obstáculos do caso Flavia. A reunião foi registrada em áudio;
- Presença na consulta de avaliação e encaminhamentos com o médico generalista da UBS realizada na associação de moradores na comunidade. Este encontro não teve registro em áudio;
- Entrevista com a usuária guia no trajeto da UBS até o SAE onde realizaria atendimento. Entrevista registrada em áudio;
- Entrevista individual com a enfermeira e a ACS nas dependências da UBS. Entrevistas registradas em áudio;

- Entrevista individual com a usuária guia nas dependências da UBS. Entrevistas registradas em áudio.

A construção da cartografia iniciou com um convite da equipe de saúde da UAPS para que os pesquisadores da UECE pudessem acompanhar a discussão do caso com a presença da ACS, a enfermeira e dois médicos que de alguma maneira havia contribuído com a atenção à usuária. Esta reunião previa a construção de estratégias para lidar com o caso da Flavia. A pesquisa, segundo eles, trouxe novo fôlego para o caso. Um dos pesquisadores da UECE, na ocasião, ainda compunha a gestão municipal na Área Técnica de DST/aids e Hepatites Virais. Fato que certamente influenciou na escolha e investimento deste caso em questão.

A presença deste pesquisador trouxe certo alento aos profissionais que ansiavam por uma forma de assistir à Flavia e seus dois filhos. Então, o papel de pesquisador e gestor público se fundia na figura do pesquisador. Assim, observava e também atuava como elemento implicado naquele cenário.

Os sujeitos (em nomes fictícios, exceto do pesquisador) que compõem esta cartografia são:

Flavia, usuária guia;

Nivia, ACS;

Alessandra, Enfermeira UBS;

Jorge, esposo da Flavia;

Helio, médico de família e comunidade da UBS;

Eric, médico pediatra;

Diego, pesquisador.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução n.º466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos, garantindo autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Além disso, todas as atividades de produção de dados somente iniciaram após o consentimento verbal do entrevistado e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garantindo o sigilo dos informantes.

Este estudo é parte de uma pesquisa nacional intitulada “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem

usa” com parecer favorável no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE com o número 880.223 em 20/11/2014.

O resultado desta pesquisa poderá incrementar as reflexões sobre as práticas de cuidado entre as mulheres que vivem com HIV/aids atentando para as singularidades na produção de vida destas.

5 DESCOBERTAS CARTOGRÁFICAS: A REDE CEGONHA E A INVENÇÃO DA VIDA NA GESTAÇÃO COM HIV/AIDS

A produção dos dados considerou a vivência no próprio território onde o cuidado é praticado e o encontro com os corpos que estão interligados nesta prática. Assim, os encontros se deram nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para observação *in loco* e conversações com os profissionais de saúde e gestores destas unidades, bem como as usuárias do serviço materno-infantil. Na cidade de Fortaleza, a gestão atual optou por renomear a UBS com Unidade de Atendimento Primário em Saúde (UAPS).

A primeira fase da pesquisa consistiu em visitar seis UAPS, uma de cada SR, para conhecer o território e fomentar conversações com os gestores destas unidades, profissionais de saúde que atuam na RC e usuárias que utilizavam o serviço de saúde. As visitas não foram previamente agendadas e buscávamos nos inserir na dinâmica do serviço de saúde. A pesquisa tem autorização junto à SMS para adentrar e conversar com os gestores e profissionais de saúde. As conversações eram articuladas com temáticas que enveredavam pela RC, tais como, maternidade, atenção materno-infantil, pré-natal, parto, entre outras. A conversa era espontânea e não houve registro de áudio, utilizamos anotações em diário de campo.

A segunda fase foi acompanhar uma gestante vivendo com HIV/aids a partir da experiência dos profissionais de saúde no âmbito da Rede Cegonha. O processo de acompanhamento desta mulher transbordou a rede formal de cuidados da atenção primária e alcançou os territórios existenciais dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado. Os encontros com os sujeitos se deram na UAPS e no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids (SAE).

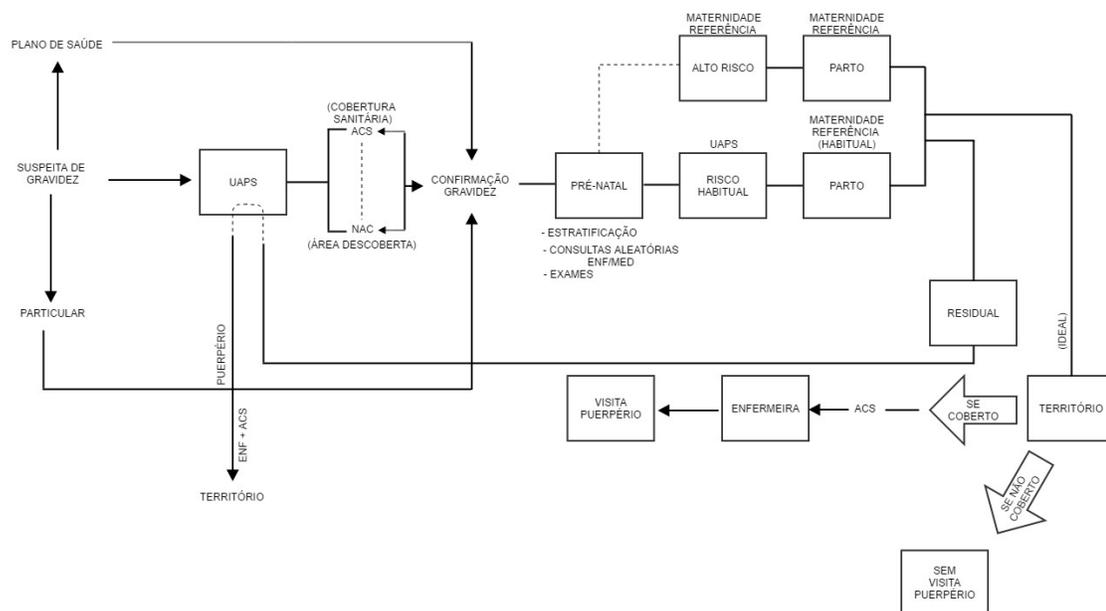
Os sinais que emergiam daqueles territórios e afetavam o corpo sensível do pesquisador foram captados para instigar a produção de saberes desta dissertação. O vivido se conectava às marcações teóricas antes observadas para gerar uma atualidade que era absolutamente imanente, pois vivenciada em seu presente, em movimento próprio.

O encontro com os sujeitos impulsionou a criação da cartografia em sua singularidade. A vivência no território permite a compreensão do cuidado que se constrói na relação, todo ele agenciado com os modos de subjetividade que lhe é próprio.

5.1. REDE CEGONHA EM FORTALEZA

As seis regionais de Fortaleza foram visitadas neste estudo para a compreensão dos fluxos construídos pelas gestantes. As narrativas das gestantes, dos profissionais de saúde e gestores concentraram as ações para a criação do fluxograma abaixo ilustrado. Este fluxograma, no entanto, não representa a política da Rede Cegonha enrijecido, há, todavia, singularidades de cada território que produzem o cuidado às gestantes a partir de várias linhas que o compõe. As singularidades de cada território foram observadas no território, revelando os arranjos micropolíticos que se articulam aos macropolíticos e produzem o cuidado a partir destes elementos interconectados.

Figura 2 – Fluxo Rede Cegonha Fortaleza



Fonte: elaborada pelo autor.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é elemento importante da política que por ora analisamos, pois, impacta no acesso à Rede Cegonha. Segundo o relatório gerado pelo Portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php) acessado em 02 de abril de 2016, o município de Fortaleza tem cobertura estimada de 50% de

Equipes de Saúde Família. Para a rede de cuidados materno-infantil do município de Fortaleza as gestantes que estão em territórios cobertos pela ESF são captadas pelos (as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que orientam sobre os cuidados no pré-natal. As gestantes que não se encontram em territórios cobertos pela ESF devem se dirigir ao posto de saúde e agendar as consultas diretamente no Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) das UBS.

As gestantes que não residem em território coberto pela ESF ficam na expectativa da abertura de vagas dos médicos e enfermeiros responsáveis sanitários por outros territórios para que possam ser atendidas e iniciar o pré-natal. As consultas devem ser alternadas entre médicos e enfermeiros e os exames garantidos em tempo hábil.

As Unidades de Atendimento Primário em Saúde (UAPS), nome adotado pela gestão municipal atual para designar as UBS, estão nos seis territórios das Secretarias Regionais (SR) de Fortaleza. Cada SR está vinculada a duas maternidades de referência: uma de risco habitual e outra de alto risco. As gestantes devem ser informadas da maternidade que realizará o seu parto e caso seja identificada uma gestação de risco deve seguir o pré-natal também na maternidade de referência.

Após o parto as mulheres que habitam um território coberto pela ESF segue acompanhada pela ACS e a enfermeira responsável pela área, já as puérperas que não possuem cobertura de equipes de saúde da família precisam se deslocar à UAPS para realizar os atendimentos atinentes a este período. Este cenário é ideal e representa uma espécie de rede protocolar da cidade de Fortaleza para o atendimento às gestantes.

“Vivemos tempos de esfriamento da estratégia que introduziu a rede materno infantil intitulada Rede Cegonha”, estas são palavras de um gestor de UAPS na cidade de Fortaleza, responsável por um território vivo e complexo numa das regionais mais populosas da cidade. Em outro território, igualmente grande e populoso, com complexidades singulares, a agente comunitária de saúde não conhecia o termo Rede Cegonha. As redes de cuidado formal variam de acordo com o território e funcionam articulados aos sujeitos e equipamentos instalados nos espaços.

Cada SR possui singularidades no manejo destas gestantes no pré-natal. A proximidade com uma maternidade, os profissionais obstetras que a rede municipal dispõe no território, os profissionais capacitados para a realização dos testes rápidos de HIV e sífilis, a parceria com um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) localizado estrategicamente no centro de um território vulnerável, o assédio de clínicas privadas populares na realização dos exames de imagem, todas estas linhas compõem esta rede de

cuidado que está em funcionamento utilizando desta multiplicidade de elementos.

Na cidade de Fortaleza a emergência de agravos agudos sistemáticos que tensionam os serviços de saúde no sentido de uma resposta efetiva, tais como o recente surto de sarampo na cidade de Fortaleza e a emergência da Chikungunya e Zika vírus, movimentam a estrutura numa postura monotemática sazonal para amenizar as crises e, ainda, as mudanças no comando do Ministério da Saúde para responder às demandas de articulação política, altera o quadro de profissionais que conduzem as políticas públicas. Estas alterações podem ocasionar o “esfriamento” da Rede Cegonha citado pelo gestor.

A observação no período aponta para eclosão dos recentes casos de microcefalia associados à infecção pelo Zika vírus, pondo em xeque a Rede Cegonha como instrumento capaz de funcionar com estes recentes elementos. As reflexões e implicações sobre este caso ficarão mais evidentes no período porvir, este mapeamento, portanto, trabalha com as gestantes, os profissionais de saúde e os gestores estão construindo e praticando a Rede Cegonha.

A cobertura de aproximadamente 50% da ESF vai de encontro à premissa, prevista em portaria normativa, da vinculação e do acolhimento destas gestantes nos serviços da atenção primária e maternidades. A busca e a assistência dos ACS às gestantes e às puérperas residentes nestas áreas descobertas ficam comprometidas. As mulheres que moram nestas áreas descobertas se deslocam à UAPS e são inseridas à rede de alguma forma, por vezes, elas se deslocam diretamente à maternidade pública ou às maternidades privadas que realizam procedimentos com fins políticos. A pesquisa identificou uma maternidade, com estrutura e qualidade duvidosa, que oferece serviços em troca de favores políticos.

As barreiras no território, a saber, geográficas, violência, indisponibilidade do profissional de saúde para o exercício do cuidado na atenção primária, ausência de vínculo à maternidade que realizará o parto, são forças que desvitalizam a produção do cuidado das gestantes que vivenciam estes territórios e impedem que os fluxos fluam para um atendimento que potencialize a vida. As gestantes que estão nestas condições, todavia, buscam com as ferramentas que dispõem em mãos o cuidado que almejam, elas tecem o mapeamento de suas próprias redes vivas (MERHY et al., 2014).

Há potência nos gestores e profissionais de saúde, é possível visualizar nos encontros os quais são protagonistas, possuem autonomia e que se dá no plano das relações, é o que tratamos por trabalho vivo em ato na produção do cuidado, utilizando-se das singularidades que o encontro proporciona (MERHY, 2002). Para um gestor da UAPS, nenhuma gestante sai das dependências do serviço sem uma resposta, os profissionais que estão atuando naquele

momento devem acolhê-la e praticar uma escuta ativa que proporcione um caminho a ser traçado em conjunto. Assim, alguns profissionais se revezam no atendimento das gestantes que estão em área descoberta pela ESF, em contrapartida há profissionais que se negam a praticar o atendimento à usuárias que não estão situadas nos territórios sanitários preconizados.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza hoje possui um contrato com uma Organização Social (OS) que se responsabiliza pela realização dos exames laboratoriais das gestantes no pré-natal. Segundo um enfermeiro responsável pelo pré-natal das gestantes, atualmente os exames estão prontos e disponíveis em tempo hábil, mas nem sempre foi assim, é cíclico, há momentos de descontinuidade dos exames devido a ausência de repasse de recursos para a OS e há outros em que os exames são realizados normalmente, no entanto, já se levantou suspeita sobre a qualidade destes exames contratados, quando comparados aos exames de outros laboratórios, principalmente da rede privada.

Os exames de imagem, no entanto, possuem algumas peculiaridades e variações de acordo com a SR em que a unidade de saúde esteja alocada. Há um sistema de solicitação de exames que integra a oferta dos exames à demanda oriunda das UAPS, é feito um cadastramento do usuário no NAC que aguardará o dia e o horário que fará o referido exame, no caso clássico das gestantes, a ultrassonografia. As narrativas das usuárias e de alguns profissionais é que estes exames via sistema são demorados, às vezes extrapola o período preconizado do atendimento no pré-natal. Diante deste fato, uma série de conexões é realizada para que se consiga realizar o exame em tempo hábil e isto varia entre as SR.

Há os que orientam às gestantes realizarem a ultrassonografia em clínicas privadas com preços populares. A motivação pode ser a exiguidade do tempo para apresentar o exame nas consultas do pré-natal ou alguma vantagem de ordem política ou econômica. O discurso cristalizado que o serviço público tem menor qualidade que o serviço privado também alimenta a prática do exame em clínicas populares que, para um gestor, apresenta qualidade duvidosa e serviço pouco criterioso.

Em outro território de uma SR a proximidade física de uma maternidade pública de referência proporciona a realização dos exames de imagem rapidamente em suas dependências, exceto quando o equipamento está danificado, neste caso as clínicas privadas são uma alternativa. Outra possibilidade é o gestor da UAPS acionar a coordenação municipal de saúde materno infantil que por sua vez atua com a regulação dos exames e agiliza a realização dos mesmos. Houve relatos que nem todos os exames marcados são realizados porque o usuário já fez em outro local devido a demora na oferta e realização.

Estas experiências demonstram que as redes possuem fluxos que burlam os textos normativos na intenção de proporcionar o atendimento em tempo hábil. Usuárias, profissionais de saúde e gestores inventam a rede rizomática de cuidado de acordo com os elementos que estão acessíveis no território que atuam.

O cenário atual da Rede Cegonha em Fortaleza lida com a ausência de equipamentos para a realização do atendimento de qualidade como, por exemplo, a descrição de um sonar com funcionamento precário para todas as equipes da UAPS, as salas que não são próprias para o atendimento da atenção primária, pois são adaptadas de prédios antigos, a impossibilidade de proporcionar a visita da gestante à maternidade de referência onde será realizado o parto por não dispor de veículos que possam fazer este traslado, segundo alguns gestores por não ser prioridade naquele momento. Este cenário não é aplicado a todos os serviços, há diferenças significativas de um serviço para o outro, mas há também similitudes. Observam-se, em toda a rede, profissionais enfermeiros e médicos que se esmeram no atendimento das gestantes, gestores que criam um serviço que estabeleça conversações entre os entes que atuam na unidade, parcerias com universidades que proporcionam melhorias na estrutura física de algumas unidades, serviços que funcionam pautados nas boas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo referência nacional do cuidado com estas gestantes, contratação de enfermeiras obstetras 24 horas nas maternidades e outras potências que emergiram no mapear da pesquisa.

O cenário nacional atual de grandes reviravoltas políticas com a descontinuidade do governo eleito nas últimas eleições traz novos elementos para se pensar a Rede Cegonha. A ofensiva neoliberal capitaneada por setores conservadores certamente ressoará sobre a política de cuidados materno-infantil. Na esfera municipal a gestão atual foi reeleita para o quadriênio 2017-2020 e não apresenta sinais que mudará a condução das políticas de saúde, incluindo a materno-infantil. Pesquisas que se seguirão farão a análise e avaliação destas mudanças que ainda se encontra em virtualidades.

O mapeamento da produção do cuidado se debruçará com a usuária guia nos elementos micropolíticos que constituem esta pesquisa.

5.2 O MAPA DO CUIDADO E SEUS PRATICANTES: PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A UAPS da SR V é situada na periferia de Fortaleza. O aspecto físico não é agradável. Há corredores estreitos, pessoas amontoadas na entrada onde se realiza o cadastro para os procedimentos da UBS. A enfermeira Alessandra já estava na UBS nos aguardando, mas

ainda faltavam alguns profissionais que vinham de outros espaços ou estavam atendendo ao público.

Iniciamos a conversa dentro do consultório mesmo. Na ocasião conhecemos a personagem Nívia, ACS, que conhecia a usuária guia no território e já estava presente. A Nívia é bastante envolvida com o caso. Atualmente, no entanto, não é mais responsável pelo território onde reside a Flavia, mas segue acompanhando o caso devido a confiança e o vínculo que construiu com a usuária.

A ACS iniciou seu trabalho na UAPS em 2010, neste período a Flavia já estava na sua segunda gestação. Apesar da usuária já viver com HIV/aids, a Nívia não teve acesso a esta informação imediatamente e os cuidados relativos à gestação era realizado em hospital privado, somente na terceira gestação, em 2013, foi que a profissional da saúde soube da condição sorológica da Flavia.

O sigilo é um direito das Pessoas que Vivem com HIV/aids (PVHA), afinal, esta condição ainda é bastante estigmatizada na atualidade. Apesar dos avanços que as pesquisas científicas galgaram no decorrer de mais de trinta anos de epidemia ainda são presentes práticas de preconceito e discriminação, inclusive oriundas dos profissionais de saúde. Justifica-se o receio da Flavia, conhecido pelos profissionais de saúde, em identificar-se como uma PVHA.

É visível o envolvimento da ACS com a usuária principalmente quando da angústia e o receio que a mesma apresenta ao nos avistar enquanto pesquisadores. Nívia achou estranho quando demonstramos o interesse em registrar o áudio da nossa conversa, afinal, ela sabia que o maior receio da Flavia era que a informação do estado sorológico dela fosse disseminada. Precisamos ratificar que as informações seriam sigilosas e que as informações que obtivéssemos comporia exclusivamente a pesquisa que iniciávamos.

Mesmo receosa, a Nívia começou a narrar suas experiências com a Flavia, desde o início, em 2010. Na sua fala foi recorrente a questão da dificuldade no convencimento para a presença na UAPS, optando, não raro, pela ameaça de perda do benefício do Programa Bolsa Família (BF):

Como é que eu consigo trazer a Flavia pra qualquer coisa? Ameaçando o Bolsa Família!
“Você vai porque se não eu vou cancelar! (NÍVIA, ACS).

Além da ameaça de cancelamento do BF, vários pretextos foram inventados para garantir a presença da Flavia na UBS, tais como, anemia no bebê e exames que precisavam ser repetidos. Os exames de HIV da Flavia e do bebê da terceira gestação foram realizados

sem o consentimento dela, haja vista a Flavia ser radicalmente contra realizar qualquer exame de HIV.

Porque quando a gente resolve fazer os exames nas crianças, ela não aceita. O Dr. Eric, pediatra, diz que é pra acompanhar uma anemia que ele tem (ALESSANDRA, ENFERMEIRA).

Então, assim, a do esposo, ele foi feito, foi falado que era pra HIV. O dela foi colhido... Ela pergunta assim “Vou fazer exame de sangue?” Aí eu “Vai!” E ela “Vão pedir aquele?” Aí eu: “Não!”, mas foi pedido por trás, até mesmo porque mudou de laboratório e tal, tem que gerar contra prova. Tem esse negócio né? Toda vez que tem que fazer exame, tem que mentir (NÍVIA, ACS).

Então, os profissionais de saúde que compõem a equipe lançaram mão de várias estratégias para sensibilizar a Flavia no sentido de garantir o tratamento ao bebê na terceira gestação, inclusive de práticas inadequadas para o caso.

A observação da reunião, depois discutida entre os pesquisadores, fez emergir certa hesitação da equipe diante da situação exposta. Havia sempre certa angústia quando se tratava do manejo correto das PVHA. Observamos informações pouco precisas em relação à atualização sobre HIV/aids, eram evidentes as dúvidas e desconhecimento da rede municipal de assistência e dos SAE.

Não se sabia exatamente qual o caminho de referência da rede à saúde materno-infantil de mulheres vivendo com HIV/aids e crianças expostas. O caso era tratado com temor pela equipe que centrava suas energias na criança, tentando argumentar com a Flavia neste sentido.

Não é assim, você pode, você tem todo o direito de não se cuidar. Agora com a criança é diferente! (NÍVIA, ACS).

Só que eu só disse que não ia largar o caso pela questão da criança, a minha questão mesmo é só a criança, pra ver o que vai ser feito, porque como vi as alterações e ele tão novinho... (NÍVIA, ACS).

A minha visão, posso estar errado, mas ela como pessoa adulta pode dizer assim: “Tenho HIV, não vou me tratar, mesmo que eu não passe pra ninguém, posso morrer com o HIV!”, mas o caso da criança pode até ser um caso de polícia, porque é negligência, você não tem o direito de condenar o seu filho à morte (ERIC, MÉDICO).

À medida que a Flavia resistia às investidas da equipe de saúde que começava a tratar o caso com informações mais ríspidas sobre a saúde da criança, esquecia, a equipe, de esclarecer a mesma sobre como é viver com HIV/aids, como funciona o tratamento, as reduzidas possibilidades de desenvolver aids e de infectar alguém quando da utilização dos medicamentos antirretrovirais e o direito dela de garantia do sigilo. A Nívia declarou na reunião que a enfermeira Alessandra, em certa ocasião de atendimento à Flavia, foi às lágrimas pela sensação de impotência no trato do caso.

A gente está fazendo o que pode, mas ela também é muito difícil. Ela desconversa, ela não quer falar sobre o assunto, quando você conversa, ela começa a puxar outro assunto. Aí na última vez que ela veio “Olha doutora eu já tive, lhe agradeço muito porque a senhora me ajudou no meu pré-natal, mas não quero mais falar sobre isso” (ALESSANDRA, ENFERMEIRA).

Alessandra, a enfermeira, esteve envolvida com o caso desde o início, a sensibilidade para as demandas que tratam da maternidade a afetava em virtude do desejo de engravidar. Alessandra estava em tratamento para que pudesse engravidar. O desfecho foi uma gestação de trigêmeos. O desejo de engravidar da enfermeira não se afinava ao possível desleixo que a Flavia aparentava no trato com a sua gestação. É provável que esta situação contribuisse para o desconforto da Alessandra diante as negativas da Flavia.

A enfermeira relatou, também, o receio de lidar com as demandas de saúde que a infecção pelo HIV sugestia. Flavia foi o primeiro caso com HIV que a Alessandra teve contato e acompanhou rotineiramente. Nunca havia realizado a entrega de um exame reagente para o HIV em sua prática na enfermagem, teme a reação do usuário diante da revelação do diagnóstico. Alessandra não tinha segurança em manejar o caso, buscava auxílio nos colegas médicos.

A figura do médico Hélio destoava do cenário apreensivo que se desenhava. Para a ACS e enfermeira, o médico era o único que a Flavia respeitava pela postura firme e serena que ele exercia.

Mas no dia que ela veio falar com o doutor Helio, ela ficou tão nervosa, que ela se tremia todinha. Deu dor de barriga, foi várias vezes lá no banheiro da associação. Me abraçou forte e pediu pra eu ajudar. Ele é bem tranquilo, mas ele é bem firme nas coisas (NIVIA, ACS).

Outro aspecto que mereceu nossa atenção foi a fala da enfermeira e da ACS ao tratar do atendimento praticado pelo médico Helio:

O peso de o Helio ser homem e ser médico, pra ela já é uma abordagem para o tratamento mesmo da doença (ALESSANDRA, ENFERMEIRA).

Ela com a gente é tão irônica e com ele ela não foi (NIVIA, ACS).

Diante das afirmativas das duas profissionais de saúde sobre o respeito que o médico Helio exerce sobre a usuária convém fazer algumas questões para a construção desta cartografia da produção do cuidado: O que fundamenta a fala da enfermeira e da ACS? Qual a diferença do atendimento do Helio em relação aos outros profissionais da saúde? O que acontece para que a Flavia respeite as recomendações do médico de família? Há, realmente, a confiança e a legitimidade do cuidado nas mãos do gênero masculino? São indagações que escapam nas narrações dos personagens.

Outro aspecto bastante saliente na pesquisa é a religião. Por várias vezes a condição de frequentadora da igreja evangélica aparece nos relatos da Nívia. A usuária guia, citada pela ACS, atribui à fé em deus a cura ou controle da sua infecção. É provável que tenha relatado testemunho em sua igreja de superação da infecção pelo HIV/aids e que o fato de estar frequentando os serviços de saúde possa gerar comentários sobre a cura que ela testemunhou, inclusive, em relação ao seu esposo que também professa religião neopentecostal de outra matriz.

É visível o descontentamento da Nívia quando a Flavia questiona a sua fé:

Quando eu falei da questão que ela ia cuidar da criança e tudo, ela deu muita risada e disse “Olha para o meu filho! Nívia, que Deus é o teu?” Aí começa a questão da crença, da fé. Ela não deixa nem você falar (NÍVIA, ACS).

A vivência da fé pautada na orientação dogmática de várias tradições religiosas interfere, sem dúvida, na produção do cuidado nos diversos serviços de saúde. Há, certamente, influências tanto advindas dos profissionais de saúde, funcionários dos serviços de saúde, quanto dos usuários. O caso que nos debruçamos tem a temática da religião como ponto importante, afinal orienta as ações da Flavia.

Logo após a reunião de discussão sobre o caso, acordamos que tentaríamos encontrar a Flavia para iniciar o contato visando a construção da narrativa dela sobre sua vida. A ACS solicitou que ela fosse atendida com o médico Helio, na associação de moradores localizada na comunidade próxima à residência dela. Por ocasião desta consulta o médico realizaria avaliação clínica do estado de saúde dela e ofereceria uma conversa esclarecedora com o pesquisador Diego Medeiros, membro da pesquisa e na ocasião ainda assessor técnico da Área Técnica de DST/aids e hepatites virais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS).

5.3 A USUÁRIA GUIA FIANDO AS LINHAS DA CARTOGRAFIA

O final da reunião na UAPS deixou uma série de questionamentos e reflexões entre os pesquisadores. O desejo de conhecer aquela mulher que mobilizava a atenção de uma série de profissionais de saúde despertando um misto de temor e descontentamento e tentar construir as conexões que motivam a postura dela diante do fato de ser uma mãe vivendo com HIV/aids e ter duas crianças expostas.

Poucos dias se passaram da reunião e recebemos a ligação confirmando a consulta da Flavia com o médico generalista Helio nas dependências da associação de moradores do bairro em que ela reside. É frequente o atendimento aos usuários da UAPS pelos profissionais

de saúde naquele prédio visando facilitar o acesso. O local do atendimento é adaptado dentro da sala de informática da instituição. Lá, no prédio, também é realizado atendimento jurídico, havia uma fila, e esta instituição é mantida por vereador eleito em Fortaleza. Prática recorrente de parlamentares nas comunidades.

Marcamos de encontrar o médico Hélio na UAPS e seguimos em direção à associação. O acordo era que ele iniciaria o atendimento e ofereceria uma conversa com o pesquisador Diego também trabalhador da SMS. Nesta conversa o Diego estaria à disposição para esclarecimentos quanto ao diagnóstico, tratamento e prevenção do HIV/aids. A ideia era convencê-la a iniciar o acompanhamento no SAE. Quando chegamos à associação a Flavia e seus dois filhos já estavam presentes. Ela seria a primeira da fila.

O médico Helio iniciou a consulta e logo em seguida convidou o pesquisador para adentrar a sala. Imediatamente tivemos contato com a Flavia, mulher jovem, 29 anos. Uma aparência vigorosa, sem demonstrar qualquer característica que indicasse uma infecção pelo HIV, ela já escapava à representação de uma mulher desvitalizada pela condição sorológica. Estávamos de posse das informações socializadas pelos profissionais da UAPS. Imaginávamos a usuária bastante refratária aos caminhos que indicaríamos para cuidar da infecção pelo HIV/aids e garantir a assistência aos filhos que de alguma maneira estavam expostos. Ela nos surpreendeu.

Flavia estava disponível a contribuir com o início do seu tratamento. Tinha o desejo de realizar exames de carga viral e CD4 para saber sua condição de saúde. Possuía algumas dúvidas sobre a infecção pelo HIV. O pesquisador explicou sobre a epidemia de aids e as PVHA que residem em Fortaleza que realizam seu tratamento com sucesso e vivem relativamente bem. Na conversa ela foi adquirindo confiança. Imediatamente foi solicitada à SMS uma data de atendimento no SAE. A consulta estava, então, agendada para cinco dias adiante. Ela confirmou que iria.

A Flavia apresenta temor de envolver os filhos nos cuidados relativos à infecção pelo HIV/aids. A vida com o HIV/aids era uma coisa dela, não havia necessidade de assistir aos filhos que segundo narrava não estão infectados com o vírus HIV. Quando da terceira gestação, o bebê nasceu na Maternidade Federal de referência e depois do nascimento foram, os três, encaminhados ao Hospital Infantil de referência. Logo depois do parto na Maternidade Federal, a Flavia ficou internada durante uma semana, na ocasião o bebê recebeu a medicação para o tratamento de crianças expostas, além da fórmula láctea por seis meses. Em seguida ao internamento, a Maternidade Federal encaminhou para o Hospital Infantil, lá foi realizado o

exame na primeira filha que verificou não viver com o HIV e no bebê que a partir daquele momento seria acompanhado mensalmente.

Quando nos encontramos com a Flavia, o bebê, o segundo filho, já estaria realizando os exames para confirmar se teria soroconvertido. Os profissionais na UAPS já haviam realizado uma sorologia para o bebê, sem o consentimento dela, com sorologia reagente. O resultado reagente se deu em virtude da técnica de TR que não pode ser administrada em bebês com menos de 18 meses. Na consulta ela se comprometeu a não protelar o acompanhamento do filho no Hospital Infantil.

Os filhos da Flavia estavam lá fora. Ela demonstrava ansiedade pela consulta que se estendia um pouco mais e tinha receio do que as pessoas que aguardavam na fila iriam imaginar. O médico, por outro lado, demonstrava insegurança quanto ao manejo de uma PVHA. As atualizações sobre a epidemia de HIV/aids que trazíamos era uma novidade. Emerge, pois, uma questão: as atualizações na prevenção, diagnóstico e tratamento da epidemia de HIV/aids não alcança a atenção primária em saúde? A RC está preparada para lidar com estes casos? Informamos sobre a pesquisa que estávamos realizando e que desejaríamos conversar sobre sua história de vida. Ela disse que pensaria na possibilidade e que nos comunicaria. Este encontro não foi registrado em áudio, apenas em caderno de campo.

5.4 TRAJETÓRIAS PRODUZIDAS AO CAMINHAR

Era preciso criar estratégias para conversar com a Flavia e idealizamos uma conversa registrada em áudio numa possível carona saindo da UAPS até o SAE, consulta esta agendada no último encontro dela com o médico Hélio e o pesquisador Diego.

A ideia foi socializada com a ACS que prontamente acionou a Flavia sobre a possibilidade da carona. Para a nossa surpresa ela aceitou o convite, produzimos a primeira entrevista com a nossa usuária guia.

Flavia chegou à UAPS previamente combinada para o encontro com uma hora de atraso. Andava apressada, com óculos escuros. Adentrou as dependências da unidade a passos largos. Aguardávamos a usuária guia na recepção da UBS, no entanto, ela não nos viu. Levantei e fui atrás dela dentro da UAPS, já estávamos atrasados para a consulta no SAE. A convidei para entrar no carro, foi explicado sobre o consentimento para a realização da pesquisa e a assinatura para iniciar a conversação.

A nossa usuária guia tem 29 anos, conta que foi abandonada pelo pai aos seis anos de idade, sua mãe, hipertensa, teve um acidente vascular cerebral e apresentou sequelas que a acompanhou até sua morte quando Flavia tinha 17 anos. Flavia, então, teve que iniciar o trabalho cedo para prover a subsistência e comprar os medicamentos da mãe. Foi cuidadora da mãe até a sua morte. Naquele período trabalhava cuidando de crianças para receber uns “agrados”. A situação inspirava cuidados e ela cedo deixou de estudar para trabalhar.

Atualmente, Flavia trabalha vendendo cosméticos, realizando faxinas quando aparece ou pequenos bicos com familiares e é beneficiária do Programa Bolsa Família (BS). A UAPS não é território agradável, segundo Flavia, e suas visitas à unidade está condicionada à manutenção do BS.

Vivenciou três gestações nos anos de 2009, 2010 e 2013. A primeira gestação, no ano de 2009, foi descoberta de forma tardia em exame adquirido na farmácia entre o quarto e quinto mês da gestação.

Na primeira gestação, quando eu fui descobrir, eu já estava com cinco meses, mas não tinha barriga, era bem pequenininha. Descobri com cinco meses já, foi isso. Porque não atrasou né? Tipo assim, não veio direitinho, mas menstruei normal, aí eu não desconfiava né? Aí quando eu fui fazer o exame deu que eu estava gestante (FLAVIA).

Quando da descoberta da sua condição gestacional, Flavia tentou realizar o pré-natal na atenção primária, no entanto, instrumentos para a realização dos exames eram escassos ou faltava, ela tentou duas vezes na UBS, mas desistiu. Flavia, então, foi orientada à ir numa Maternidade Municipal iniciar o pré-natal por uma contratante dos serviços de faxina que conhecia profissionais de saúde daquela maternidade e, assim, iniciou o pré-natal na instituição. Foi no contexto do pré-natal que Flavia soube da sua condição sorológica para o HIV.

No exame do pré-natal deu alteração. Aí tudo bem né? Eles me ligaram, foram muito prestativos, entendeu? Aí tudo bem eles cuidaram de mim, eles passaram remédio para proteger a criança, ficaram de marcar a cesárea né? Todo aquele plano (FLAVIA).

O diagnóstico para HIV em mulheres é comum que ocorra nos exames previstos no pré-natal. Pois, há uma compreensão ainda vigente que a infecção por HIV/aids está localizada em determinados grupos sociais, tais como homossexuais, trabalhadoras do sexo, travestis e usuários de substâncias psicoativas, são os chamados “grupos de risco”. Esta nomenclatura ficou em desuso com o desenvolvimento do cenário da epidemia de HIV/aids que alcançou também outros grupos sociais que escapam à ideia de “grupo de risco”.

As mulheres heterossexuais e casadas não se enquadram naquele estereótipo de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV/aids, sendo rara a solicitação do exame fora do contexto do pré-natal. Esta atitude coloca em risco quantidade significativa de mulheres que possuem vida sexual ativa e que se acredita imune à infecção pela condição de vivenciar um relacionamento estável e heteronormativo.

No ato da descoberta de diagnóstico reagente, já no hospital onde realizou o pré-natal, Flavia afirmou sentir-se tranquila apesar do choque. Iniciou o relato da fé que professava, fato que marcará momentos significativos da narrativa.

Eu sou uma pessoa que eu venho de uma família cristã. No momento eu confesso que não me abalou. Claro e evidente que eu fiquei, assim, chocada. Mas aí eu respirei fundo e orei muito a deus para ter misericórdia. Dali em diante eu não sentia nada, até hoje não sinto nada. Só que eu não progredi tipo assim eu não segui em frente o que eles falaram pra mim ficar no tratamento, nas consultas, abandonei (FLAVIA).

A condição de estar gestante influenciou a reação da usuária guia sobre o diagnóstico e o início do tratamento. Não havia tempo para muitos lamentos, era a primogênita que estava gestando e havia a necessidade de cuidar para que a bebê não nascesse com o vírus. Iniciou o tratamento antirretroviral (TARV) no período da gestação, seguindo as orientações que os profissionais do hospital sugeriam.

Eram dois [comprimidos] deste tamanho aqui [gesticulava com as mãos] um de manhã e um de tarde. Tipo assim, era muito remédio de manhã e de noite. Tinha que ser em jejum de manhã. Eu tava que não aguentava porque ficava querendo botar pra fora, mas eu sempre tomava. Nunca deixei de tomar até o nascimento da bebê. Ela [profissional de saúde] até falou “você tem que tomar até a neném nascer”. Aí eles deram todas as dicas: que eu ia ter cesáreo, que eu não ia amamentar, que tinha muita possibilidade da criança não infectar. Tipo assim, 100%, como não começou do início, mas, ainda pode proteger a criança você tomando os medicamentos. E nisso eu fiquei, eu fiz, tomei os remédios (FLAVIA).

Flavia aderiu ao TARV na primeira gestação e realizou todos os exames no hospital. Relatou o bom atendimento dos profissionais deste hospital durante o período gestacional. No nono mês a Flavia sentiu dores e se dirigiu ao hospital que havia feito o pré-natal para o trabalho de parto, segundo ela já estava com quatro centímetros de dilatação.

Eu fiquei lá deitada esperando de touca. Aí no caso ela [médica] veio me examinar, ouvir o coração da criança, aí ela até pensou que o aparelho não estava funcionando, era a história dela né?, pegou outro e disse: “Flavia, você está sentindo essa menina se mexer?” Ai eu peguei e falei assim: “Tô, eu sinto direto ela se mexer”, aí ela disse: “não to conseguindo detectar o coração”. Aí tudo bem as pessoas falam que quando uma criança tá pra nascer para de mexer (FLAVIA).

A demora no atendimento foi decisiva, segundo a Flavia, para o óbito do bebê na primeira gestação. A morosidade com que os profissionais de saúde que estavam no hospital trataram o caso é expressado pela Flavia com tristeza.

[...] demoraram a me atender, a menina ficou presa, só que a história dela [médica] disse que a menina nasceu morta. A menina não chegou a chorar porque a menina ficou presa. Ficou presa bem uns quarenta minutos aí eu: “valha, chama a doutora!” Eu dizendo que a menina estava nascendo e elas: “tá não mãezinha” [profissionais de saúde], só que a neném já tinha passado. Elas foram levantar o vestido quando viram a menina já estava nascendo mesmo, eu já estava perdendo as forças, eu já estava desmaiando. A neném não veio né? A neném faleceu infelizmente (FLAVIA).

A descrição da usuária guia ilustra a precariedade do atendimento no hospital em relação à estrutura física e à organização dos profissionais para lidar com situações limites como o caso de uma gestante vivendo com HIV/aids. Ao final do processo da primeira gestação, a Flavia abandonou o TARV e desolada seguiu para o interior sem o esposo. Disse que precisava pensar, pois, havia ficado desiludida da vida. Ainda em 2009 quando conheceu seu diagnóstico, Flavia não sabia a quem contar. Precisava conversar com o esposo, tinha receio da reação dele. Tinha na irmã uma confidente que a ajudou na conversa com o esposo.

Na época eu fiquei muito apreensiva, com aquilo só dentro de mim. Não consegui falar pra ninguém. Aí que eu conversei foi minha irmã que é confidente minha. Foi ela que conversou com meu esposo em 2009 mesmo e ele ficou chocado né? Eu não tive coragem de conversar é tanto que eu fiquei assim na primeira vez que eu fiquei sabendo de 2009 da bebê que perdi, eu fiquei assim tão emocionada que eu quis ficar sozinha, aí fui embora de casa (FLAVIA).

O esposo da Flavia aparece em alguns momentos da narrativa. Está presente na descoberta do diagnóstico reagente para o HIV, na religião e no desejo de realizar uma laqueadura. Em exames realizados neste período que compreende a narrativa da Flavia e dos profissionais de saúde todos os resultados dele deram não reagente, eles são um casal sorodiscordante.

O que eu vou falar, o que eu vou fazer? Ai nisso ele fez os exames já naquele tempo mesmo. Não deu nada (FLAVIA).

Para o casal está situação não é muito clara. O esposo da Flavia pergunta como isso é possível já que não utilizam o preservativo em todas as relações sexuais. Flavia justifica a infecção pelo manejo inadequado de materiais perfuro cortantes quando trabalhava em salões de beleza, inclusive no fato de haver se acidentado quando tratava as unhas de um

homossexual. Vê-se nesta passagem o imaginário da aids e seus “grupos de risco” ainda atuante na atualidade. Segundo a Flavia nunca houve relações eventuais extraconjugais.

E não deu nada. Aí tudo bem a gente sempre se gostou um do outro. Acabamos voltando juntos. Aí voltamos que a gente é casado mesmo. Tanto ele é cristão como eu também. Aí a gente resolveu voltar. Que nós somos casados mesmo no papel (FLAVIA).

Pouco tempo depois do isolamento da Flavia ela reatou o casamento com o esposo. Os dois professam a mesma fé neopentecostal, no entanto são de igrejas diferentes, isto gera certo conflito entre o casal, pois Flavia relata que seu esposo pratica proselitismo o que magoa Flavia em certos momentos. Há uma forte influência da religião nas decisões e posicionamento da nossa usuária guia. São recorrentes as referências a deus e à igreja e associa à fé a saúde que goza junto dos filhos e do esposo.

Que por mais que tivesse acho que a pessoa fica um desespero, que eu vou te falar viu? Que uma pessoa ... eu até comentei com meu esposo, é “meu filho” vou falar uma coisa viu? Uma pessoa que não tem conhecimento, pra ela não tem fé que a gente sabe que existe um pai no céu que é por nós. Então a gente tem que ter fé, muita fé em qualquer ... em tudo, em tudo a gente tem que ter fé. Por mais que você possa receber alguma coisa aqui na Terra, tudo que você precisa diz “meu deus me ajuda para que dê certo”. Imagina uma coisa impossível que você pode só cuidar, mas não vai conseguir mudar, então, você tem que ter fé porque se você não tiver fé como é que você vai ter força? Aí a pessoa não tem fé fica vendo logo um bicho de sete cabeças . “Pronto, acabou tudo, pronto!”. É triste (FLAVIA).

A religião é uma linha importante que atua sobre a decisão do cuidado e a forma com ele será produzido. A aids devido o estigma e o tema de sexualidade que ela encarna provoca uma série de narrativas de pecado, cura e salvação visíveis em templos religiosos. As religiões de base cristã ainda possuem obstáculos quando do trato das sexualidades, é um tema tabu. A infecção pelo HIV/aids está associada às práticas promíscuas, está intimamente ligada ao sexo fora da proteção do casamento. No caso específico da Flavia há uma proteção do casamento, afinal, a infecção segundo ela não se deu pela via sexual, mas por acidente com perfuro cortante.

Flavia relatará na narrativa dois “testemunhos” religiosos que tomou conhecimento por terceiros de uma possível “cura” da infecção pelo HIV/aids. Todos eles no âmbito da igreja e da fé. Há indícios na fala da ACS que ela também lançou mão do testemunho da “cura” dela e dos filhos na igreja em que frequenta. Inclusive o receio de tocar no assunto da infecção com os profissionais e com o esposo, já que havia testemunhado em plenária religiosa o exercício da sua fé e conseqüentemente o livramento da infecção pelo HIV/aids.

Tem muito na internet isso: testemunho. Muito. Então quando eles começam a ter fé em deus, faz um propósito com deus, eles pedem com tanta fé que eu tenho certeza também, que eu também tenho um testemunho porque eu pedia com tanta fé que meus filhos viessem com saúde, porque eu também tenho dois filhos hoje e os dois tem saúde, os dois comprovados no papel (FLAVIA).

O receio que alguém descubra a sua condição sorológica a acompanha cotidianamente, na relação com os profissionais de saúde, na relação com a igreja, com a comunidade e com seu esposo. Isso impedia inclusive uma aproximação dos profissionais de saúde para a produção do cuidado.

Rapaz... eu me sinto bem, mas quando eu tenho assim algum encontro, alguma consulta eu me sinto bem tensa (FLAVIA).

Eu não sei. Eu fico direto cobrando meu esposo: “Você falou para sicrano? Olha eu estou confiando em você, viu?” Porque pra mim, todo mundo tá sabendo. Eu acho assim, eu estou guardando uma coisa que eu quero que seja só minha. Aí eu fico assim, apreensiva, mas fora isso eu me sinto bem porque ... eu acho assim, que eu não posso mudar essa história, eu não posso mudar, mas eu tenho fé que deus por mais que o papel possa mostrar alguma coisa seja o que deus quiser enquanto ele estiver me sustentando com a saúde que eu tenho até hoje que ele me deu. Na hora que ele quiser fazer a mudança está na mão dele. O que é que eu posso fazer? Quem sou eu... entendeu? (FLAVIA).

O caso da Flavia era tratado como impossível, já que os profissionais na UAPS não conseguiam sensibilizá-la e não sabia como fazê-lo. Quando da nossa visita à unidade havia uma tensão, inclusive com discursos acalorados de que já tinha acionado Conselho Tutelar, Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) e faltava apenas a polícia. Era inadmissível, segundo os profissionais de saúde, que ela não iniciasse o tratamento e não assistisse aos seus filhos no que tange à exposição ao HIV.

Por que, então, a dificuldade de acesso à usuária guia por parte da UAPS? O que está por trás desse ranço com a UAPS? Por que os profissionais consideravam este caso um caso de alta complexidade? Estaria, talvez, associado à impotência diante da exposição das crianças? Faltariam elementos por parte da UAPS para lidar com o caso? Elementos estes como as atualizações das linhas que compõem a epidemia de aids na contemporaneidade? São questões que emergem neste caso e que extrapola a Rede Cegonha tocando outras redes, formais e informais, as redes vivas.

Em 2010 a Flavia encontrava-se novamente gestante. De início ficou apreensiva, pois a condição de viver com HIV/aids e de ter vivenciado a morte da primeira filha gerava angústia.

Em 2010. Eu fiquei “meu pai eterno...” Eu fiquei muito apreensiva por conta do problema, dos exames né? Da gestação antiga que não tinha sumido ainda né? Eu não voltei lá. “Meu deus do céu, o que vai ser agora senhor?” Aí eu comecei né? Fui para o pré-natal no posto. Na época eu morava no Conjunto Ceará. Eu fui ali para o Autran Nunes [bairro de Fortaleza]. Aí nunca tinha médico ba ba ba... (FLAVIA).

A UBS foi procurada pela Flavia, mas os obstáculos do acesso às consultas a afastou novamente e não insistiu na assistência naquela unidade. A Rede Cegonha ainda não tinha sido implantada no município de Fortaleza, no entanto, a experiência da usuária guia nos remonta a precariedade na assistência às gestantes na atenção primária.

Na ocasião da segunda gestação, Flavia estava trabalhando e tinha a possibilidade de contratar um plano privado de saúde, ela assim o fez. Mesmo vivendo com HIV/aids ela conseguiu contratar o plano e iniciar o pré-natal no hospital privado que ela preferiu manter em sigilo. Tinha receio do valor básico contratado não permitir a realização do pré-natal nas condições que ela se encontrava. Iniciou os exames e o acompanhamento neste hospital privado. A sorologia reagente para o HIV não demorou a ser citada e a realização de outro exame solicitado para confirmação.

Eu já estava com dois meses e entrei no plano com três. Mas aí eles ... deus me ajudou, mas eu só sei que deu certo. Fiz exame, aí disseram que deu alterado nesse [exame de HIV]. Faltou só esse que deu alteração. “Ô Jesus me abençoe e agora? O que vai ser?” Porque eles não aceitam, né? Assim em casos de doenças crônicas ainda mais o precinho que eu pagava né? O precinho que eu pagava não dava certo não. Aí coletaram de novo, “olha, vou coletar de novo”. Só que eu não cheguei a pegar. Aí eu falei assim: “E no caso dos outros exames está bem? Porque eu falei para eles que eu tinha que ter cesárea. “Não, ter cesárea pra que? Não, está tudo ótimo com você.” (FLAVIA).

Depois da fala da profissional de saúde do hospital privado que estava tudo bem quanto aos exames, que não havia necessidade de ser realizada uma cesárea a Flavia relaxou. Levou a gestação como se não fossem necessários cuidados específicos pela condição de viver com HIV/aids. Nunca foi buscar o exame confirmatório para HIV, no entanto, aquela dúvida a acompanhou por algum tempo gerando angústia e receio.

Nisso passou o tempo eu tive que ter a bebê. Tu acreditas que a minha filha, ela mamou e eu dei mama pra ela porque eu fiquei tão, sei lá, eu dei mama para a minha filha, me relaxei mais confiando no senhor, fiquei só deus sabe. Mas, eu fiquei assim, “meu deus”, por que eu não peguei os exames? Ai pronto, deixei para lá, deixei pra lá (FLAVIA).

A ausência de informações mais consistentes por parte da equipe de saúde que atendia no hospital privado ficou evidente. No ato do parto os profissionais de saúde colocaram o bebê nos braços da Flavia para amamentar, desta forma configura-se que não foi realizado teste rápido (TR) para HIV na cesárea. Não recebeu nenhuma informação sobre amamentação e amamentou a criança até o terceiro mês da gestação do terceiro filho que viria em 2013. Exames de HIV recentes atestam que a segunda filha não está infectada.

Estamos cronologicamente já sob a implantação da RC, com a terceira gestação da Flavia no ano de 2013. Quando descobriu a gravidez ainda amamentava a filha oriunda da segunda gestação. Neste meio tempo não aderiu ao TARV.

[...] aí nisso que eu fico me perguntando. Tu não acreditas não? Porque olha o peito... Tu não fica não se perguntando “tu já viu história assim?” Da criança mamar, mamar.. olha pra tu ter ideia eu não sabia... Meu amor para você ter uma ideia até antes d’eu saber que estava grávida, que eu fui saber que estava grávida do bebê com três meses ia fazer quatro quando eu descobri que estava grávida ela ainda mamava até dois meses (FLAVIA).

A partir da terceira gestação é que a UAPS de referência para a pesquisa aparece no mapeamento da Flavia. Ela procurou a UAPS, com o auxílio da ACS, para iniciar o pré-natal, já não dispunha do plano de saúde. No pré-natal a enfermeira constatou a infecção pelo HIV e tentou encaminhar para a Maternidade Municipal de referência do serviço primário de saúde com o auxílio de um médico que trabalhava na unidade e no referido hospital.

Flavia consentiu, com alguma resistência, a ir para o hospital que possui um SAE na sua estrutura. O hospital é uma maternidade que chamamos de Maternidade Municipal 1. Flavia, então, solicitou que sua irmã a acompanhasse, no entanto, aconteceu um fato constrangedor com a assistente social do serviço de saúde, em que a profissional de saúde abordava os usuários questionando se os mesmos se tratavam dos “doentes” que seriam atendidos. Flavia assim descreve a profissional de saúde:

Ela é assistente social, toda rabugenta. Minha irmã me defendendo, porque minha irmã estava do meu lado [...] “Você também é doente?” [indaga a profissional de saúde do hospital], desse jeito, gostei não... Ai meu Deus do céu, por isso eu escolhi outra maternidade, porque é longe... (FLAVIA).

Depois deste incidente Flavia não retornou à Maternidade Municipal 1. Os profissionais da UAPS, ainda tentaram encaminhá-la a outro hospital que trataremos por Maternidade Municipal 2, mas devido a distância, no período do pré-natal, ela não se disponibilizou a ir. A terceira opção da UAPS foi encaminhá-la à Maternidade Federal. Flavia, enfim, se vinculou à Maternidade Federal e relata bom atendimento deste serviço no pré-natal, fez uso da TARV como profilaxia para proteger o bebê. O parto ocorreu nesta maternidade, foram realizados os procedimentos para a criança exposta. Flavia e seu filho permaneceram uma semana internados na Maternidade Federal, nesta ocasião o bebê recebeu as medicações preconizadas e a mãe foi esclarecida dos cuidados atinentes ao tratamento e controle do HIV.

Quando recebeu alta, Flavia foi encaminhada para o Hospital Infantil de referência para prosseguir com o acompanhamento dela e do bebê.

A Maternidade Escola me deu total apoio, me mandaram para eu ir logo ao Albert Sabin para fazer exame nos dois. Imagine se eu não fosse tinha até o perigo d'eu perder a guarda dos meus filhos que elas [profissionais Albert Sabin] mesmo falaram. Que eu posso mandar na minha vida, mas meus filhos são inocentes. Aí pronto meu filho, num instante eu corri. Confiando no meu deus. (FLAVIA).

Em duas ocasiões houve pressão e ameaças para que a Flavia realizasse os procedimentos referentes aos cuidados preconizados na RC. O primeiro foi a iminente perda do benefício do Programa Bolsa Família caso não se apresentasse à UAPS para coletar exames e a segunda foi a possibilidade de perda da guarda das crianças caso não realizasse os exames e tratamentos adequados ao manejo da infecção pelo vírus HIV no Hospital Infantil.

A prática de ameaças com a perda de benefícios é comum na condução dos procedimentos para o cuidado diante dos obstáculos dos usuários em seguir as prescrições dos profissionais de saúde. As limitações de várias ordens sejam elas de tecnologias duras, leveduras e leves na produção do cuidado a partir dos serviços de saúde desestimula o acesso do usuário (FRANCO; MERHY, 2013). Há, também, o desejo de acessar os serviços privados que ainda são avaliados positivamente pela população.

Consta nas narrativas que na terceira gestação ela reiniciou a TARV e seguiu as recomendações preconizadas pelo pré-natal até o nascimento, no entanto, depois do parto, ela abandonou o tratamento, mas seguiu os cuidados não amamentando o filho, retirou a fórmula láctea por seis meses na maternidade que realizou o parto e seguiu realizando os exames do terceiro filho no Hospital Infantil de referência até confirmar sua soroconversão com mais de 18 (dezoito) meses de idade.

O prurido com a atenção primária, nesta terceira gestação, se deu em dois momentos, o período do pré-natal quando houve muitos obstáculos para vincular a Flavia a alguma maternidade e a resistência dela em se reconhecer reagente e se tratar para o HIV e o período pós-parto quando o bebê estava acompanhado pelo Hospital Infantil e os profissionais não tinham informações precisas sobre o que acontecia.

Diante da precária comunicação entre a UAPS e o Hospital Infantil, os profissionais da atenção primária, receosos, realizavam exames de HIV na família, por vezes sem o consentimento, desconfiavam que a Flavia amamentasse a criança como fez com a primogênita. O teste rápido (TR) para HIV da Flavia deu reagente e do terceiro filho também deu reagente devido o mesmo se encontrar ainda com os anticorpos da mãe e o TR não é

indicado para crianças menores de 18 (dezoito) meses. O exame reagente da criança apressava os profissionais que acreditavam correndo contra o tempo para salvar a criança. Flavia, realmente, se ausentava de algumas consultas no Hospital Infantil, mas estava acompanhada pela profissional naquele serviço. A profissional do Hospital Infantil, segundo a narrativa da Flavia reagiu dessa forma sobre os exames realizados na atenção primária:

[Flavia se referindo ao comentário da médica] Esse aqui [teste rápido] nunca se faz numa criança porque vai dar positivo, Flavia, o seu filho não tem nada, eu cuido dele desde novinho, pode ficar tranquila. (FLAVIA).

A sensação de impotência registrada pelos profissionais de saúde da UAPS fez com que o caso da Flavia fosse encaminhado à Comissão de maus tratos da unidade de saúde e denunciado no Conselho Tutelar. A denúncia desembocou na visita do Conselho Tutelar à residência da Flavia, fomentando a curiosidade da comunidade e o receio da Flavia que sua condição sorológica fosse publicizada.

[...] eu falei que o conselho tutelar foi atrás de mim, o conselho tutelar foi atrás de mim me expondo... Se meu esposo não estivesse lá na calçada na hora, quem era que ia receber o recado? Ai ele, ele falou lá pros pais dele que ela [funcionária do Conselho Tutelar] tava me chamando, todo mundo queria saber o porquê, ai ela disse: “Quero saber como tava as crianças...” (FLAVIA)

A denúncia ao Conselho Tutelar partiu da UAPS. O fato narrado pela Flavia à médica que a acompanhava no Hospital Infantil gerou revolta. Flavia queria levar os exames confirmando os cuidados que dedicava aos filhos ao Conselho Tutelar em resposta à exposição que foi submetida, a médica do Hospital Infantil reagiu da seguinte forma:

“Eu não vou dar não, você não vai levar o exame, pode mandar ela aqui se ela quiser falar comigo. Isso é coisa que se faça, você pode até dar parte dela”. “Doutora, mas num é porque eu me neguei a tomar os remédios quando eu tava gestante dele, entendeu”, ai ela “Mas mesmo assim, você quer levar?”, ai eu, “Quero, eu preciso levar, eu vou levar pra acabar logo com essa conversa”, ai ela disse que eu nem fosse levar lá não, mas mesmo assim eu fui lá deixar no conselho tutelar porque ela [funcionária do Conselho Tutelar] disse que eu fosse deixar o exame dele. Pra acabar, pra não ficar atrás de mim eu fui lá e deixei dos três, do pai e dos filhos, entendeu? (FLAVIA)

A vida da Flavia foi condicionada em grande medida pela força do poder estatal sobre os corpos. A usuária guia teve sua vida devassada em virtude da não observância da norma, ela se refere a este período da gravidez como uma tortura. A sua culpa em expor a família ao HIV já a atormentada, além do receio do estigma e preconceito que uma vida com HIV/aids ainda carrega.

Que eu não aguento mais ser torturada não. Fui muito torturada na gravidez (FLAVIA).

E eu vou ser sincera, meus filhos não estão bem? Meu marido não tá bem? Nós não estamos fazendo tudo bem direitinho? Então mexa só comigo, porque... Né não, eu penso assim, mexa só comigo... É tanta coisa na minha cabeça Diego sobre isso... (FLAVIA).

O seu filho, sua filha e seu esposo não vivem com HIV, os cuidados com o filho da terceira geração findou com a soroconversão. Em virtude da “tortura” referida pela Flavia, ela porta os exames plastificados dos filhos e do esposo quando precisa frequentar algum serviço de saúde, provavelmente para provar que é uma mãe e esposa cuidadosa e que a desconfiança dos profissionais de saúde sobre sua índole não procede.

A pesquisa estimulou a Flavia a retomar o seu tratamento. Ela tem o desejo em realizar a laqueadura e tratar de questões odontológicas que a atormentam. A usuária guia, então, foi encaminhada à Maternidade Municipal 2, a mesma que no pré-natal foi indicada para a Flavia e que devido a distância ela não quis ser atendida lá. A Maternidade Municipal 2 é, também, um SAE especializado em mulheres gestantes com HIV. Flavia se vinculou ao SAE, reiniciou a TARV, mas no momento que findamos esta pesquisa ela estava ausente do serviço. Refere-se a dificuldade em administrar os medicamentos antirretrovirais pelo desconforto.

Minha filha, a pessoa fica é doente viu com esse remédio. É pra matar mais rápido, tu sabia Diego? É sim. Fica é doente que eu já andei pesquisando aí com as pessoas que são doentes. Fica é doente. Acaba o homem inteiro, a pessoa morre, é pra pessoa morrer logo. Tomando esse remédio é pra morrer logo. Vai tomar tu todo dia esse remédio pra ver o que tu sente. Quase não desce... É horrível... Teve um dia que eu vomitei ele, eu tive que tomar outro. Tomei outro depois em pedacinhos pra ver se descia... Mas não conta essas historia pra ninguém não viu? (FLAVIA).

A administração dos medicamentos antirretrovirais é bastante incômodo nos primeiros meses, a adesão requer um vínculo ao serviço e modos de subjetivação que atuem sobre a decisão de tomar ou não. A preocupação da Flavia é claramente seu esposo e filhos e a situação assintomática como a dela, de negação da infecção, de crença no testemunho a deus da sua boa condição de saúde, dificulta a adesão ao tratamento que causa profundo desconforto. Flavia, atualmente não está frequentando o SAE.

Nas conversações a referência aos filhos e ao esposo causa sempre comoção. Há uma relação conflituosa com o esposo que atravessa a religião, a frieza com que às vezes é tratada (em alguma medida pela sua condição sorológica), as dificuldades materiais que surgem em alguns momentos. Flavia não permite que conversemos com seu esposo, o Jorge conhece a

situação sorológica da Flavia desde a primeira gestação em 2009, mas em alguns momentos eles não tocam no assunto, é como se não existisse esta condição. Flavia se emociona ao tratar do esposo.

Falar dele é difícil. Ele como amigo é bom, mas como esposo é difícil até de falar [Choro]. Mas eu sou uma pessoa Diego, como eu já falei, eu sou uma mulher cristã, eu tento manter a fé e manter a calma [...] Eu penso nos filhos. Eu vou pra onde com essas crianças? Pagar aluguel, ficar pra lá e pra cá?. Ter que trabalhar? Porque eu não vou ficar só esperando. E aqui e acolá a gente se entende, senta e conversa, aí eu fico esperando a luz aparecer, entendeu? Ele fala que gosta de mim, que tá comigo, mas tá comigo mais bem longe, entendeu?. Ele fala fala: “Tô contigo, mas pode ir”, sozinha, entendeu? (FLAVIA).

Flavia se ressentida de perder o esposo, da situação em que as crianças ficariam na ausência do pai. Ela teme que a condição de saúde dela o afaste dela, o relacionamento já está frio, há pouco companheirismo. Assim, ela se apegando a fé cristã, mas as distintas igrejas do casal parece ser elemento desagregador dentro de casa. Flavia vive uma multiplicidade de elementos que a esmaga: o cuidado incondicional com os filhos provendo-os dos provimentos necessários, a condição de viver com HIV, o medo de perder o esposo. Há pouco espaço para a potência de vida neste emaranhado de linhas.

A desvitalização da Flavia que ficou ausente no seu processo terapêutico formal está expressa em características que remontam à depressão. O receio de ir à UAPS, o pânico de ser reconhecida como uma mãe incompetente, o enclausuramento em casa sem vontade de sair ou produzir algo.

É isso, às vezes, ninguém me vê. As minhas vizinhas falam: “Valha Flavia tu tá onde? Nunca mais te vi.” Elas ligam pra mim: “Tu tá em casa?” “Tô”, “Valha mulher nunca mais te vi, a gente nunca mais conversou”, eu digo assim, “Pois eu tô em casa”. Não sei se já aconteceu com você assim, eu acho que já, porque com todo mundo acontece, você não quer sair pra nada. Pra nada mesmo. Quando não precisa comprar nada na mercearia, pronto meu filho, ninguém me vê não... Ninguém me vê, amanhece e anoitece lá em cima. Fico normal dentro de casa... Não fico... Com certeza, cuidado normal, fico gerando tudo no meu pensamento, pensando em tudo em relação a minha situação, entendeu? Aí de repente da assim... Uma crise de choro por dentro sabe? Mas, eu fico lá dentro de casa, mas não deitada que as crianças não deixam né? (FLAVIA).

A produção de um cuidado que almeja potencializar as pessoas que são sua matéria-prima deve necessariamente passar pela compreensão do processo de subjetivação dos envolvidos nesta criação. O cuidado é sempre singular e criado no trabalho vivo em ato.

6 CONVERSÇÕES ENTRE OS CORPOS

O mapeamento cartográfico do processo de produção do cuidado da usuária guia Flavia revelou as conexões que ela estabeleceu para dar conta de um problema que impulsionava sua vida a se movimentar. Este problema inicial foi uma gravidez com a sorologia reagente para o HIV.

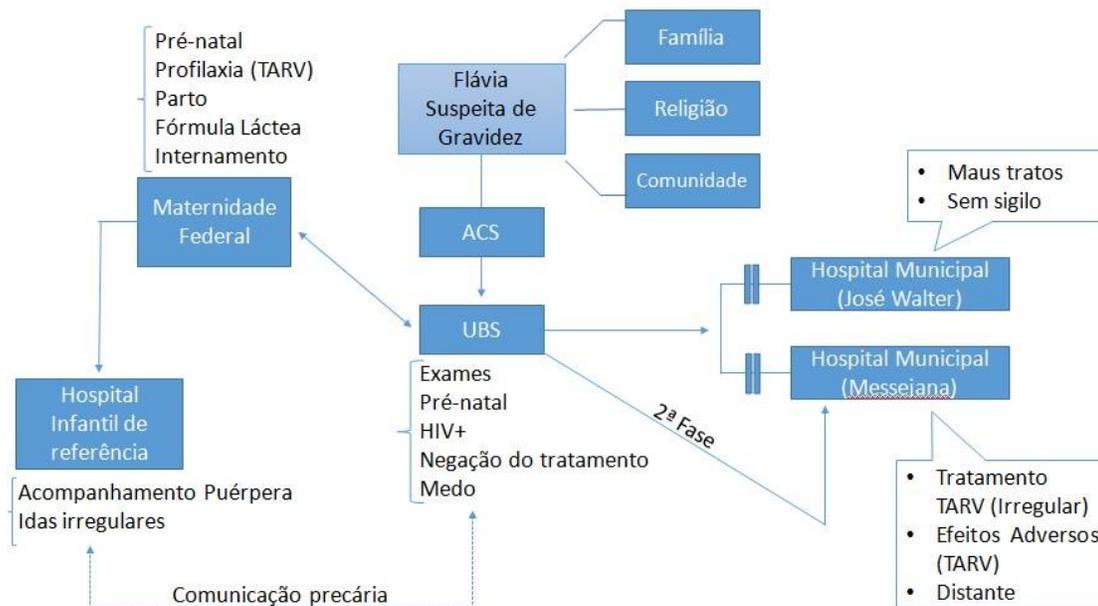
O problema não é uma deficiência, é a essência da vida. Ou como dizia um pensador recentemente morto, chamado Michel Foucault, a vida é a ontologia do problema. Ou seja, todo vivo traz com ele o problema. Qual problema? Ele percebe o movimento e ele tem que devolver o movimento. (ULPIANO, 2016)

O problema que o filósofo Claudio Ulpiano trata é condição da vida e está profundamente imbricado com os movimentos que a vida enseja. A vida é problemática, ela nasce sobre o plano do problema, todo ser vivo traz com ele o problema e todos os vivos trazem com eles infinitos mundos possíveis (ULPIANO, 2016). O problema, então, não está na ordem da negatividade, ao contrário, afirma uma positividade na criação dos mundos possíveis.

A usuária guia, movida por um problema vital, estabeleceu conexões com outros corpos e outras vidas. “Todo vivo é um centro de indeterminação. Por que centro de indeterminação? Porque nunca se prever o que o vivo vai fazer”. (ULPIANO, 2016). A vida da Flavia e o trabalho vivo em ato dos profissionais de saúde não poderiam ser previstos, afinal, o que chamamos por cuidado não pode ser preconizado.

O caminho por estes centros de indeterminação, os corpos vivos, revelou uma articulação de elementos que de alguma maneira atuaram com a vida dos sujeitos na produção do cuidado. A figura abaixo registra alguns pontos desta cartografia atinentes ao processo da terceira gestação da usuária guia, entretanto, não se pretende esgotar.

Figura 3 – Fluxo 3º Gestação da Flavia



Fonte: elaborada pelo autor.

A Flávia suspeitou da gravidez ainda amamentando a primeira filha, no ano de 2013. O período já tinha a influência da situação sorológica reagentes para HIV, a perda da primeira filha no ato do parto, a família como centro motor da vida da Flávia, principalmente a filha e agora o filho, a comunidade que era encarada com desconfiança e receio da descoberta da condição sorológica e a religião que confortava pela fé, mas gerava conflito em virtude da igreja distinta que o esposo frequentava e, ainda, a situação financeira desconfortável. O corpo da Flávia era atravessado por essas linhas que constituíam problemas geradores de movimentos.

A atenção primária surgiu com a atuação da ACS Nívia no território e uma relação de afeto com a Flávia. Nívia articulou a ida e a vinculação da Flávia ao pré-natal na UAPS e acompanhou todo o processo conectando sua vida e seus pressupostos ao cuidado que era ofertado pelo serviço de saúde. Nívia se angustiou com a postura refratária da Flávia que não queria frequentar a UAPS para ser cuidada, esta angústia foi compartilhada por outros membros da equipe de saúde.

A produção do cuidado, orientado pela angústia, lança mão de roteiros culpabilizantes. É claramente perceptível a culpa atuando na produção de subjetividade da Flávia e dos profissionais de saúde que orbitam sobre e com as redes vivas de cuidado.

Aragón (2007) afirma que é possível criar “espaços de subjetivação”, para além dos saberes que o conhecimento formal resguarda. Abrir espaços de encontros que não se sabe de partida quais mapas produzirão.

Poder criar um ritmo próprio de encontros, que dê conta – na medida do possível – das agonias, desfazer os roteiros culpabilizantes, “trata” e ensina tanto o médico quanto a paciente, pois age na coletividade de planos que os aproxima e separa, e promove um experimentar do processo de abertura para afetação. Ou seja, sair do registro de formação e troca de conteúdos (ARAGÓN, 2007, p.145-146).

Os encontros que se produzem deve afirmar a possibilidade de produzir o cuidado borrando as fronteiras estabelecidas pelo saber-poder do campo da saúde. O profissional de saúde e a usuária possuem saberes que podem vitalizá-los mutuamente, desde que estejam abertos a experimentação sem a chancela do conhecimento legitimado de partida. Os encontros de cuidado produzem afetações que podem fomentar cuidado potente diminuindo o sofrimento.

A cartografia da Flavia evidenciou uma série de encontros. O encontro com a vulnerabilidade social, a qual esteve envolvida desde muito jovem na condição familiar que a impulsionou para o trabalho de subsistência precoce e as preocupações de ordem prática como, por exemplo, a alimentação diária. A primeira maternidade, o diagnóstico de uma vida com HIV, os cuidados profiláticos e a morte do bebê produzem uma subjetividade reativa. A culpa por ser uma mulher que vive com um vírus estigmatizado e a morte prematura do seu primeiro filho dão pistas de como a Flavia se posiciona fora do roteiro preconizado para o cuidado formal em saúde.

Experienciar uma gestação vivendo com HIV/aids é uma experiência condenada socialmente e perigosa. A condição soropositiva da Flavia não lhe dá o direito de decidir sobre como viver sua maternidade, ela já não tem o controle sobre seu corpo e está submetida à norma protocolar. Os encontros que se sucederam com os profissionais de saúde, mais intensamente na terceira gestação, apontam claramente a submissão do corpo da Flavia ao processo de medicalização da vida utilizando-se da ferramenta da culpa e das ameaças.

Os profissionais de saúde no afã de praticar o cuidado já não conseguiam escutá-la, apenas apreendiam a postura reativa da Flavia ante as investidas por vezes violenta da norma que é alimentada por um regime de verdade médico. A verdade sobre a vida da Flavia já não a consultava e estava inscrita na norma protocolar do cuidado, esta, todavia, ainda marcada por uma objetividade científica que não interage com o que há de vivo e mutável na produção do cuidado.

O afastamento da singularidade de cada instante – por adesão a um receituário qualquer de vida – tolhe, abafa, a possibilidade de encontro (ARAGÓN, 2007, P.147).

A singularidade que a Flavia criava em suas redes vivas de cuidado era esmagada por um receituário que se impunha para que fosse aderido, abafando o que há de contingente, ou seja, a condição de expressão dos afetos de forma livre. Percebe-se o desconforto de ambas as partes e o sentimento de impotência que o encontro proporcionou.

A análise moralista que posiciona o bem e o mal é evitada no corpo desta pesquisa. Os profissionais de saúde que reproduzem disciplinadamente o saber-poder da norma que preconiza o cuidado não os fazem por desejar desvitalizar a sua usuária, ao contrário, o desejo que se produz neste encontro é de cuidar, de vê-la em boas condições. Por outro lado, a Flavia não é a vítima que merece ser conduzida ao status de inquestionável, ela é atravessada por linhas, alimentadas pela própria, que pode criar processos que a maltratem sem a participação das redes formais de cuidado.

Em tempo, a mesma equipe da UBS pode interagir de forma diferente com usuários distintos. O trabalho vivo em ato não resguarda um proceder que se repete indistintamente, o encontro sempre proporciona algo de singular. Os corpos, também, são constituídos de sentimentos, muitos advindos de um senso comum proliferado por uma multiplicidade de instrumentos sociais, desde a família, escola, imprensa e outros espaços socialmente constituídos. Estes sentimentos vivem em todos os sujeitos que atuam socialmente.

“O médico precisa ter capacidade de escuta, de *escuta à vida*, de tornar-se outro no contato com as pessoas adoecidas, com seu sofrimento. Precisa reconstruir seu próprio saber e não apenas aplicá-lo automaticamente (FERLA, 2007, p.329). Estenderia a escuta à vida por todos os profissionais de saúde e usuários que precisem vivenciar o cuidado. A escuta é ferramenta rara na contemporaneidade, lidamos com os ruídos que os movimentos acelerados da vida proporciona, mas, a escuta que percebe o sujeito como produtor de vida, como ser movente e absolutamente singular é rara. Escuta-se os discursos do saber que enquadra a vida na aplicação dos conceitos biomédicos, generalizando a forma. O encontro é produtor de saberes e a manutenção de uma identidade estática não contribui para a inventividade.

A Flavia não era a imagem de uma mulher gestante que vive com HIV e que não se sente bem nos serviços de saúde, ela é constituída por incontáveis linhas que a pesquisa deu visibilidade. A cartografia precisa escutar a vida, e extrair dessa escuta um mapeamento que acompanha os processos da vida em movimento.

Assim, mais do que progresso tecnológico e o fortalecimento corporativo, é preciso ir fundo no que produz adoecimentos, no que serializa e disciplina os sonhos, no que bloqueia a emergência de projetos mais saudáveis e democráticos da sociedade e no que aprisiona o humano a identidades fixas e definidas aprioristicamente. (FERLA, 2007, p.333).

O que adoce a Flavia não é o HIV que vive no seu corpo, mas a discriminação e o estigma, a medicalização da vida, o machismo que a faz temer uma vida solitária e que não permite o companheirismo entre o casal, a vulnerabilidade social que ela está inserida. Estas questões não são saneadas com tecnologias duras nos serviços de saúde, mas com ferramentas que potencializem o cuidado, como, por exemplo, a escuta.

O pesquisador imerso neste rizoma, implicado com o caso, investe, também sua subjetividade na produção da cartografia. Afinal ele imerge neste cenário, igualmente atravessado por preconceitos, intenções, lógicas acadêmicas, poderes institucionalizados pelo estado, jugo de uma academia apequenada pela lógica neoliberal, pouco afeita à produção de saberes que desterritorializa e reprodutora de um conhecimento dócil. Corpo submetido, dócil, arremessado sobre um cotidiano vivo que faísca ao movimentar (FOUCAULT, 2003).

O que salta aos olhos nesta pesquisa está diretamente ligado à prática política do pesquisador. As lentes epistemológicas que o pesquisador utiliza permite ver um território com o corpo todo, o corpo sensível. Este corpo é afetado de forma ininterrupta pelas forças do campo da saúde. A pesquisa teria validade científica? “[...] não se deve antes interrogar sobre a ambição de poder que a pretensão de ser uma ciência traz consigo? As questões a colocar são: que tipo de saber vocês querem desqualificar no momento em que dizem ‘é uma ciência?’” (FOUCAULT, 2004. p. 172)

O questionamento da cientificidade de uma pesquisa é condição primeira de um embate de forças que tensiona o campo, principalmente da Saúde Coletiva, afinal, estamos praticando a academia, mas a cartografia não alimenta o falso problema da cientificidade, ela simplesmente produz saberes proporcionando encontros e se implicando. O cuidado, nestes termos, não pode ser pensado apenas observando o que a norma preconiza, há muito elemento micropolítico que tensiona as RAS e mais precisamente a Rede Cegonha. Os indicadores, sozinhos, não esgotam a vida que passa pelas redes formais de cuidado, por isso, a objetividade nos moldes das ciências positivistas não detém a exclusividade na produção do cuidado, é possível produzir saberes utilizando outras bases.

O mapeamento que construímos é atravessado por linhas de força que estão em movimento ininterrupto. Os sujeitos, todavia, estão sempre no meio, pois o mapa-rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo (DELEUZE; GUATTARI,

2004). O cuidado não tem origem naquele encontro que a pesquisa pôde acompanhar, mas vem se processando na vida dos sujeitos que compõem esta cartografia.

A postura da Flavia refratária ao atendimento não tem origem no ano de 2013 quando se descobriu gestante pela terceira vez. Desde a infância, a usuária guia foi construindo seus processos de subjetivação que passa por uma vida desprovida de bens materiais, de uma paternidade abortada aos seis anos de idade, da impossibilidade de seguir os estudos formais, do cuidado e morte precoce da mãe, da perda da primeira filha entre outras linhas. Flavia chega na UAPS já tendo vivido mais de vinte anos de experiências. Assim, também são os profissionais de saúde.

Este cotidiano que se fabrica ininterrupto é o território da Flavia, jovem de 29 anos que inventa sua rede viva com a caixa de ferramentas que dispõe em mãos. É um corpo com a capacidade de afetar e ser afetada por outros corpos, esta capacidade é que a individualiza. Não sabemos *a priori* o que um corpo é capaz, somente uma grande vivência na experimentação, uma prudência que Deleuze chama de espinosista é que nos revela a potência de um corpo (DELEUZE, 2002).

De qual corpo estamos tratando? O corpo organismo que pode ser desmembrado e estudado as partes que formam um todo, ou o corpo sensível que a todo o momento é afetado e segue movente produzindo vida? O corpo da Flavia não é apenas um portador do HIV. Esta condição sorológica, todavia, pode ser prevista, diagnosticada e tratada, mas e os elementos psicossociais? Poderíamos dizer que não diz respeito ao campo da saúde? Que não está diretamente ligada à produção do cuidado? É possível cuidar somente do organismo?

O que os corpos da Flavia e dos profissionais de saúde são capazes de fazer não está da ordem apenas da racionalidade que esquadrinha os corpos, ordena-os, estuda-os e conseqüentemente atua sobre eles ou os observa de maneira científica. Esta é apenas uma forma, mas a vida transborda esta forma e esta imagem. Não se pode prever o que um corpo é capaz de produzir. Emerge, pois, uma questão espinosista: o que pode um corpo?

[...] o cuidado “vaza” a clínica, a epidemiologia, o planejamento em saúde, a prevenção e a promoção em saúde; o cuidado, a produção do cuidado é um acontecimento, que pode ter lugar ou não nas práticas clínicas, no agir em saúde, mas que extrapola sua intencionalidade, sua racionalidade, sua técnica, sua previsibilidade. (MOEBUS, 2014, p. 132).

A produção do cuidado está na ordem do acontecimento, do intempestivo, ele não espera o posicionamento da clínica, da epidemiologia, das disciplinas que atuam no campo da Saúde Coletiva. O cuidado está na ordem do singular e observá-lo requer calma e experimentação.

A imersão no campo requer a experimentação, a prudência e a paciência para não sucumbir às análises apressadas e afeitas a lógica reprodutoras ou identitárias, é preciso ruminar como falava Nietzsche. O ato de ruminar é calmo. A construção desta cartografia depende do aguço da atenção do cartógrafo (KASTRUP, 2007).

No primeiro contato com a equipe da UAPS a força biopolítica do controle e administração das populações fica evidente (FOUCAULT, 2005). A Flavia é uma desviante da norma, deste poder que o estado exerce sobre as vidas das populações e isso gera desconforto na equipe. Estamos diante de uma tecnologia regulamentadora da vida que revela como se deve portar, o estado ditando como “fazer viver”.

[...] com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a "população" enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de "fazer viver". (FOUCAULT, 2005. p.294).

Foi este cenário que motivou a profissional enfermeira na oficina de apresentação do projeto do “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no sistema único de saúde: avalia quem pede, quem faz e quem” a nos procurar ao final. Os profissionais da UAPS não sabiam como proceder diante daquela postura desviante. Era preciso pô-la nos trilhos para que seguisse a normalidade preconizada e seus filhos pudessem viver.

Faltava, todavia, o ímpeto de transvalorar as prescrições normativas das RAS para que se pudesse estabelecer uma conversação entre a equipe de saúde e a usuária guia. A potência reduzida do que Merhy chama de trabalho vivo em ato limitou a atuação da equipe frente ao desvio da Flavia, pois novos arranjos tecnológicos não foram possíveis de serem criados.

“Identificando que o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor saúde, e, portanto o território em disputa pelas várias forças interessadas nesse processo.” (MERHY, 2002, p.37).

A negação do cuidado gerado a partir da UAPS é uma narrativa que merece a atenção dos profissionais de saúde e do pesquisador-cartógrafo. Não que devêssemos desvelar algo que estava escondido por esta negação, mas perceber o que se criava a partir daquele elemento ciente das disputas de forças interessadas. Quais as forças que produziam o ato de não desejar ser cuidada na UAPS ato este vivenciado pela Flavia? É limitador encarar a vida sob um viés moralizador e a Flavia, os profissionais de saúde e o pesquisador transitam por essa moral. O pesquisador-cartógrafo

[...] solicita no pensamento forças que escapam tanto à obediência como à culpa, e apresenta a imagem de uma vida situada para além do bem e do mal, rigorosa inocência desprovida de mérito e de culpabilidade”. (DELEUZE, 2002, p.10).

Deleuze pensando Espinosa nos provoca com pistas sobre como se deve proceder diante de um caso complexo. Não é uma tarefa fácil, requer que estejamos rigorosamente atentos para não sucumbir aos microfascismos. Linhas do rizoma que se cristalizam impedindo linhas de fuga criativa e o processo desterritorializador, movimento vivo, afinal estamos sempre na iminência de praticar microfascismos quando cristalizamos os fluxos (DELEUZE; GUATTARI, 2004).

A Flavia constitui uma rede viva de produção de cuidado que conecta o devir mulher, os filhos, a família, a religião, a unidade de saúde, as maternidades, os hospitais, a condição de viver com HIV, profissionais de saúde, vulnerabilidade social, elementos que afetam seu corpo vibrátil na produção da subjetividade.

A condição de desviante da norma criada pela usuária causa desconforto aos profissionais de saúde afeitos ao uso do saber legitimado pelo estado para exercer o controle sobre as populações. O campo da saúde apropria-se do saber hegemônico para praticar o poder de “fazer viver” às populações que estão sob sua assistência e tutela. Estas referências atravessam o desconforto e as medidas policiaescas impostas à Flavia como as ameaças sistemáticas para praticar o cuidado.

Mesmo na seara do biopoder e do disciplinamento sobre a vida, o trabalho vivo em ato produz cuidado na dobra da norma protocolar estabelecendo conexões com uma multiplicidade de afetos que perpassam pela religião, crianças, trabalho, estigma de uma vida com HIV e que são operados pela usuária e profissionais de saúde.

A constituição do corpo vibrátil de um profissional de saúde extrapola a imagem representada. Um profissional de saúde não é a mera reprodução de suas atribuições profissionais, mas um agenciamento de afetos que compõe as suas vidas como: o desejo da enfermeira de vivenciar a maternidade, o medo do médico pediatra da criança se infectar, o descontentamento da ACS quando questiona sua fé e ainda condições singulares que constituem estes corpos em movimento. Cada sujeito singular é uma cartografia possível.

A usuária vive outro regime de verdade inspirado na rede viva que ela tece agenciando-se com múltiplos elementos em seu território existencial. Flavia não se apavora com a experiência de viver com HIV/aids, talvez, pela condição assintomática. A preocupação da usuária é com o outro: filhos, esposos e a comunidade. O fato de portar os exames não reagentes plastificados na bolsa é para provar o zelo e o cuidado para com os familiares e

responder às investidas de controle que a rondam. O descaso com a síndrome no seu corpo orgânico destoa da representação de uma PVHA, construída no medo e no risco iminente de morte. Cada PVHA é um agenciamento singular.

Os afetos engendrados na religião constituem uma produção de cuidado. A enfermeira associa a postura refratária da usuária aos cuidados ofertados pela UAPS à fé na cura. O fato de o esposo ser sorodiscordante, mesmo com práticas sexuais desprotegidas; a segunda filha amamentada por quase dois anos sem tomar as medidas profiláticas após o parto; o terceiro filho sem a infecção pelo HIV; são fortes argumentos para atrelar a fé em deus à cura. Esta fé, professada pela Flavia, produziu um corpo que não está condicionado à doença, mas que possui potência para produzir vida.

“Estou fazendo tudo direitinho, obedecendo tudo, o que você ainda quer comigo?” (Flavia). O questionamento revela o enquadramento da usuária guia ao modelo prescritivo de cuidado. Aquele corpo assintomático e potente hoje se contorce ao contato com os medicamentos. O que seria um corpo saudável? Há violência e controle na adesão? Aderir ao tratamento é sinônimo de saúde? Estamos diante da falência do corpo saudável?

Como aderir ao tratamento que traz a dor e o desconforto se a enfermidade que me acomete não me causa nenhum desconforto físico? A condição assintomática da Flavia questiona a administração de medicamentos e esta recusa tem uma lógica plausível. A questão é como tratar deste desconforto?

A doença que a Flavia se refere não se concentra apenas na administração de medicamentos, mas na baixa vitalidade na produção da sua vida. Flavia é uma mulher que foi obrigada a trabalhar cedo para contribuir no provimento da casa, seu pai abandonou a família quando era criança, perdeu uma filha no momento do parto, vive com HIV, professa uma religião, ama incondicionalmente os filhos, vive conflitos com o esposo, tem receio que alguém saiba sua sorologia, não se sente acolhida na UAPS, vive reclusa e apresenta traços de depressão.

A vida, antes de acessar um serviço de saúde, já iniciou sua produção do cuidado. A usuária vai se agenciando com as linhas que a cartografia identificou e outras tantas para produzir seu território existencial singular não generalizável, tal como os profissionais de saúde, por seu turno, se utilizam da estratégia das ameaças para conectar as redes de cuidado protocolares que possuem dificuldades de comunicação, haja vista a UAPS não dispor das informações provenientes dos cuidados realizados no Hospital Infantil sobre o acompanhamento do filho oriundo da terceira gestação..

A produção do cuidado de uma gestante vivendo com HIV/aids é sempre singular e agenciada por uma série de fatores que se conectam na caminhada nômade dos sujeitos envolvidos. O devir mulher é movimento e afasta qualquer tentativa de esculpir uma identidade universal, abstrata e generalizável que submeta as mulheres. O pensamento que conduz a cartografia não exerce julgamento moral, antes, afirma a vida.

Esta abordagem ampliada do agir em saúde oferece a oportunidade de pensarmos o fazer clínico de uma forma bastante complexa, que inclui em seu processo o encontro entre trabalhador e usuário, como um acontecimento único, e aberto a inúmeras possibilidades, inclusive imprevistas pelos saberes estruturados. (MOEBUS, 2014, p. 144)

As redes vivas são afirmação da vida na produção do cuidado orientada nas relações entre os corpos vibráteis e as intensidades de um território existencial, borrando as fronteiras que os definem. O cuidado não se define *a priori* e é incapaz de ser potente sem que o criemos no encontro.

7 CONSIDERAÇÕES MOVENTES

A experiência da pesquisa produziu um pesquisador diferente. O pesquisador, certamente, é distinto daquele que criou os primeiros problemas de pesquisa. Não há como sair ileso desta vivência de produção de saberes. Os encontros que a pesquisa proporcionou fomentaram outras conexões com o corpo vibrátil do pesquisador que, por sua vez, produziu um novo corpo. A pesquisa tem uma implicação que põe em risco as identidades, ela movimenta. Acompanhar os processos do cuidado nos territórios onde estes se dão, traz informações importantes sobre as relações de força atuantes nesta produção ininterrupta.

Iniciamos a pesquisa com o problema da produção do cuidado. Como se produzia o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. Não sabíamos o percurso que se abriria quando acionamos os profissionais de saúde e gestores em busca de experiências de cuidado que tinham limitações, no entendimento deles, os casos complexos que tensionavam a rede. Sabíamos de antemão que as Redes de Atenção à Saúde, idealizada e preconizada anos antes, tinham limitações no seu proceder. Uma avalanche de questionamentos estava presente na revisão de literatura que dissertava sobre a temática, a saber, a dificuldade de conexão entre as redes, os equipamentos precários, a formação em saúde que não abarcava a complexidade das relações, a humanização em saúde, o financiamento restrito, entre outras questões. Interessávamos mergulhar neste território, sem um roteiro que definisse qual tensionamento haveríamos de investigar e assim o fizemos.

A Rede Cegonha, implementada no ano de 2011, foi a rede temática que acompanhamos no processo desta pesquisa. A excessiva medicalização da vida das mulheres já exposta na revisão de literatura apareceu de forma intensa. A portaria que normatiza as práticas da Rede Cegonha foi motivada justamente para diminuir a submissão do corpo da mulher à norma obstétrica, esta com um acento profundamente masculino, e estimular o protagonismo na definição de como viver sua gestação. A usuária guia que disparou esta cartografia estava atravessada em seu corpo pelo processo de medicalização na gestação e ainda tinha um agravante, viver com o vírus HIV.

O campo que discute a temática do HIV/aids na contemporaneidade é constituído por relações de forças. Este campo sofre influência da indústria farmacêutica, das tecnologias de diagnóstico, dos movimentos sociais das populações mais vulneráveis à infecção pelo vírus HIV (população LGBT, mulheres, juventude, população privada de liberdade e usuários de substâncias psicoativas, para citar alguns), parlamentares conservadores de origem religiosa, o pensamento acadêmico e os sistemas de saúde.

O campo do HIV/aids, assim, está em profunda efervescência, no entanto, o enunciado “testar e tratar”, amplamente reproduzido pelos organismos internacionais tem se tornado hegemônico tendo em vista o argumento do bloqueio da cadeia de transmissão quando se adere a TARV e a carga viral está indetectável. A discussão sobre direitos humanos e aids que marcou a resposta brasileira reconhecida internacionalmente perde vitalidade.

Os profissionais de saúde que se depararam com uma gestante vivendo com HIV/aids e refratária ao tratamento não sabiam como proceder. A compreensão de como a usuária guia Flavia inventava sua vida não foi apreendida pela equipe a recepcionou nos serviços de saúde. Por que isso se deu? A lógica biopolítica não dá espaço para a produção singular, antes, é preciso “fazer viver” as populações, e para que estas populações vivam é preciso reproduzir o que preconiza a ciência, a epidemiologia, a clínica médica, ou seja, os saberes legítimos sobre o corpo e a vida.

A vida da Flavia era marcada por uma multiplicidade de linhas que produziam sua subjetividade. Para o serviço de saúde estava claro que era necessário a referência dela para um serviço especializado e iniciar a TARV o quanto antes, este era o cuidado que se preconizava. Flavia ainda estava portadora de uma vida que se gestava e que não tinha o *direito* de definir um caminho que destoasse do cuidado maternal de salvar seu filho a qualquer custo. Mas, quem disse que a Flavia não buscava cuidar da vida que gestava e das vidas que estavam em sua órbita como a outra filha e o esposo? A busca pelo sigilo da sua condição sorológica tinha o afã de proteger a família do estigma e discriminação. A vivência da fé religiosa também produzia uma espécie de cuidado na esperança de livrá-la da condição que a atormentava.

Os profissionais de saúde não são maus, nem descuidados, nem desleixados. Afaste-se, nesta pesquisa, de qualquer elemento moralista que venha posicionar de maneira dicotômica profissionais de saúde e gestores contra usuários dos serviços de saúde. Há uma multiplicidade de elementos que atuam na decisão de submeter o corpo da Flavia e seus filhos à lógica biopolítica. As formações em saúde ainda compreende o corpo como uma máquina a ser consertada quando apresenta alguma avaria. A dinâmica acirrada da UBS em condições físicas precárias e capacidade restrita para a demanda que se avoluma não permite um olhar que se demore sobre o sujeito que procura o cuidado. A saída é receitar a norma como saída para o auxílio ao sujeito que possui alguma necessidade de saúde, sem atentar para as forças complexas que atuam em cada usuário do sistema de saúde. O componente moral, da maternidade como dedicação exclusiva da mãe à condição de genitora e dedicada

intensamente a sua prole, sendo considerado crime qualquer sentimento outro que a mulher possa alimentar sobre seu corpo e sua vida, ainda é presente.

A experiência da gestação vivendo com HIV/aids traz um outro agravante, o medo da infecção vertical e a mulher ser estigmatizada de descuidada, desumana por submeter seu filho ao risco de viver com HIV/aids. Este sentimento esmaga a mulher que já vive marcada por uma doença que se transmite majoritariamente pelas relações sexuais. É possível que a Flavia tenha se infectado se relacionando sexualmente. O sexo, mesmo na nossa sociedade hipersexualizada, é tabu. Há o entendimento que uma mulher que vive com HIV/aids é alguém que lida com o sexo de forma errônea ou suja, no entanto, a infecção pelo HIV não está condicionada à quantidade de parceiros ou de relações sexuais, mas à prática sexual sem a utilização do preservativo. Portanto, qualquer pessoa que pratique relação sexual sem proteção está vulnerável à infecção, neste ponto a aids é profundamente democrática.

Flavia encarna o medo de ser estigmatizada, ela e seus familiares, pela sua condição sorológica. O receio de ir aos serviços de saúde tinha a ver com este estigma. A pressão sofrida por ela a marca até hoje. A ideia de uma maternidade desleixada e egoísta que observamos nas narrativas dos profissionais de saúde a impele a portar os exames não reagentes para o HIV dos filhos e esposos em sua bolsa.

Por outro lado, as atualizações do campo do HIV/aids ainda não alcançaram a integralidade dos serviços de atenção primária. A política do encaminhamento e a sobrecarga das demandas rotineiras da UBS obstaculizam o conhecimento por parte dos profissionais de saúde. A aids ainda não foi assumida pela atenção primária, apesar dos esforços constantes tentados por algumas coordenações de DST/aids no sentido da descentralização do atendimento em virtude da cronicidade que a síndrome se apresenta (DE PAULA; GUIBU, 2007).

A realização de teste rápido de HIV no bebê com menos de doze meses de idades, exames realizados sem o consentimento dos sujeitos, denúncias em comissões de maus tratos, ao conselho tutelar e ameaças de retirar o benefício de programas sociais foram ferramentas utilizadas pelos profissionais de saúde na UBS para a prática do cuidado. Estas medidas, no entanto, tinha o desejo de cuidar, mesmo que as consequências não tenham alcançado vitalidade tanto na usuária guia Flavia como nos próprios profissionais de saúde que se ressentiam. A sensação de impotência era observada entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

Vale destacar, também, o esforço e envolvimento de uma gama significativa de profissionais na atenção à Flavia e seus familiares. O caso mobilizou a UBS que desejava dar

alguma resposta àquele impasse. O empenho da ACS, mesmo não sendo responsável pela área sanitária da Flavia, merece destaque. A presença da ACS indica a presença dos serviços de saúde no cotidiano das pessoas que necessitam de cuidados. A ACS contribuiu para conectar as redes disponíveis de cuidado, tornando-se uma ponte que interligava o território ao serviço formal de saúde. O afeto, nesta relação, teve protagonismo na condução dos processos de cuidado.

Para Tulio Franco (2016) “a rede é um dispositivo e é agenciada fortemente pelo desejo” (p.400). O desejo é produtivo, assim, Flavia almejava cuidar e proteger os filhos e familiares e para tal produzia sua própria rede viva de cuidado e os profissionais de saúde, por seu turno, produziam as redes vivas de cuidado a partir dos seus territórios existenciais, conectando os pontos que fazem sentido entre eles.

Importa compreender que a rede viva não se institui, ela vem e vai, aparece e desaparece, tem um movimento intenso e ilimitado, operando sempre para a produção do cuidado por conexões e fluxos entre trabalhadores, usuários, territórios existenciais, pessoas da comunidade, afetos em movimento, etc. Há uma propulsão de práticas socioafetivas nas relações de cuidado que dão formação às redes vivas (FRANCO, 2016, p.401).

As redes vivas vão se instituindo nas relações e são absolutamente singulares. A potência de uma rede formal de cuidado está diretamente atravessada pela produção de redes vivas no interior das práticas de cuidado. Os profissionais de saúde, cientes desta força produtora de vida, pode buscar compreender como se organizam estes sujeitos e suas redes vivas para propor medidas terapêuticas que se conectem a elas.

A cartografia e seus pressupostos teóricos e epistemológicos nos proporcionou um mergulho sem precedentes nos processos de subjetivação dos sujeitos que praticam o cuidado. Elementos que atuam diretamente na construção das redes vivas de cuidado puderam ter visibilidade no mapeamento que foi tecido em processo. A cartografia possibilitou o encontro no território com lentes construídas sob uma diferente base epistemológica, esta se fabrica no encontro, na implicação e está atenta aos afetos que atravessam os corpos. O cuidado transborda o conceito racional que construímos com muito zelo amparado na razão e legalismos de toda ordem, mas como ele se encontra sempre em relação, a observância das afecções e das redes vivas que se engendram nos territórios existenciais pode ser salutar na compreensão do funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

A aventura cartográfica do sociólogo na Saúde Coletiva encerra o texto que o atravessou nestes dois anos de pesquisa, mas a vida segue se produzindo ininterruptamente.

Este trabalho foi realizado por uma multidão que não foge à condição de ser uma vida pulsante e movente.

REFERÊNCIAS

- ABIA. **Prevenção combinada: Barreiras ao HIV**. Rio de Janeiro/RJ: ABIA, 2011.
- AMORIM, R.S; RODRIGUES, F.J. Por uma Epistemologia da Saúde Coletiva IN: JORGE, M.S.B.; SILVA, R.M; CATRIB, A.M.F. **A transversalidade epistemológica da Saúde Coletiva: Saberes e Práticas** (Orgs.) – Fortaleza: EdUECE, 2013.
- ANDRADE, E. V.; BEZERRA JR., B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-453, abr. 2009.
- ARAGON, L. E. P. **O impensável na Clínica: virtualidades nos encontros clínicos**. Porto Alegre: Sulina /UFRGS, 2007.
- BARROS, J.P.; JORGE, M. S. B. Vozes da loucura cantada: sentidos sobre a loucura e o louco em canções brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4845-4854, Dec. 2011 .
- BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L.. AIDS e pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, Sup. 1, p. 65-76, 2000.
- BERNARDES, A. G; QUINHONES, D. G. Práticas de cuidado e produção de saúde: Formas de governamentalidade e alteridade. **Psico**, v. 40, n. 2, abr./jun. 2009, p. 153-161.
- BICHUETTI, J.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p. 433-438, 2005.
- BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.
- BOURDIEU, P; CHAMBOREDON, J.C.; PASSERON, J.C.. **Ofício de sociólogo – Metodologia da Pesquisa na Sociologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/ aids. **A Resposta Brasileira ao HIV/ aids: Experiências Exemplares**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/ aids. **National Aids Drug Policy**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos 2008**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Instrução normativa de 13 de junho de 2014**. Estabelece procedimentos relacionados à notificação compulsória de casos de infecção pelo HIV no Brasil. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano integrado de enfrentamento à feminização da aids e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento em DST/Aids na atenção básica para gestantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 49-59, mar. 2013.

CAVALCANTI, P. C. S.; GURGEL JUNIOR, G. D.; VACONCELOS, A. L. R.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Boletim epidemiológico de HIV/Aids**. Fortaleza, CE, 2015.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano 1**. Artes de fazer. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

COSTA, R; SILVA, R.R.A. Fatores relacionados à feminização da epidemia de aids: um estudo informativo. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 8, p. 5340-4, ago., 2013.

DANTAS, C. R.; ODA, A. M. G. R.. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1127-1179, dez. 2014.

DE PAULA, I. A.; GUIBU, I. A (orgs). **DST/aids e rede básica**: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

DE SOUZA, W. A.; SANTOS, J. A. T.; DE OLIVEIRA, M. L. F. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da aids. **Gestão e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 487-500, 2014.

DELEUZE, G. **Espinosa**: Filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

_____. **Crítica e Clínica**. Tradução Peter Pal Pelbárt. São Paulo: Ed. 34, 2004b.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. v.1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

_____. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. v.3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004a.

_____. **O que é a filosofia?** São Paulo: Ed. 34, 2004b.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução de Eloisa A. Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

DUARTE, M. T. C.; PARADA, C. M. G. L.; SOUZA, L. R. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids . **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 68-75, fev. 2014.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

FERLA, A. A. **Clínica em movimento**: cartografia do cuidado em saúde. Caxias do Sul, RS: Educs, 2007.

FOUCAULT, M.. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1997.

_____. **Vigiar e Punir** - Nascimento da Prisão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

_____. **Em Defesa da Sociedade** - Curso do Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. O que é um autor. In.: **Ditos e Escritos III – Estética**: Literatura e Pintura, Música e Cinema. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 264-298.

_____. **História da Sexualidade 3** - O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T. B. A ética em pesquisa e a estética do conhecimento. **Revista Brasileira de Sociologia**. Sergipe; v. 03, n.5, p 201-15, jan./jun. 2015.

FRANCO, T. B. As redes vivas e o cuidado em saúde; a pesquisa se faz ao pesquisar. In: JORGE, M. S. .B et al (orgs). **Práticas, potencialidades e desafios na produção do cuidado em saúde: cartografia nos territórios da rede cegonha e rede oncológica**. Ananindeua: Itacaiúnas, 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/São Paulo: Ed. 34, 2000.

_____. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-219, jan./fev, 2002.

GOMES, M. P.C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreiras de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

GOMES, R. M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 938-952, out./dez. 2014.

GRANGEIRO A, LAURINDO DA SILVA L, TEIXEIRA PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**.v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009

GRANGEIRO, A; CASTANHEIRA, E.R.; NEMES, M.I.B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface**, Botucatu , v. 19, n. 52, p. 5-8, mar. 2015.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2005.

GUIMARAES, R. B.; RIBEIRO, H. O tratamento cartográfico da informação em saúde do trabalhador. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 4, p. 577-586, dec. 2010 .

HALLAL R, RAVASI G, KUCHENBECKER R, GRECO D, SIMÃO M. O acesso Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Access to antiretroviral treatment in Brazil**. v. 4, n.2 p. 53-65, 2010.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. p15-22, 2007.

KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LAMARCA P. P.; SOARES, R. A. Q.; BIGATTO, K. R. S.; SANTOS, S. G.; SANTOS, L. G.; MACHADO, A. L. Revisão Integrativa da Cartografia na Produção de Pesquisas em Enfermagem no Brasil. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 5, n. 3, 2014, p. 75-82.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua; implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOEBUS, R. L. N. **O trágico na produção do cuidado**: uma estética da saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

PAULON, S.M.; ROMAGNOLI, R.C.. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. In: **Estudos e pesquisa em psicologia**, Ano 10, n. 1, p.85-102. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, 2010.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. p.150-71.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3249-3257, jul. 2011.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental** - Transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SANTIAGO, E.; YASUI, S.. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 700-711, nov. 2015.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, 2000, v.5, n.1, p. 187-192.

SERAPIONI, M. Pluralidade metodológica e interdisciplinaridade na pesquisa em serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, 2012,

SILVA, R. M.; Costa, M. S.; Matsue, R. Y.; Sousa, G. S.; Catrib, A. M. F.; Vieira, L. J. E. S. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 635-642, mar. 2012.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.

SILVEIRA, F.; Mishima, S. M.; Matumoto, S.; Fortuna, C. M.; Bistafa, M. J.; Bregagnolo, J. C.; Watanabe, M. G. C.. Interação de saberes para articulação de ações de saúde bucal coletiva: cartografia de uma equipe de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4879-4888, dec. 2014.

TERTULIANO, M. L. P.; WALTY, C. M. R. F.; LOPES, T. C.; SANTOS, N. C. P.; AZEVEDO, V. M. G. O.; CARNEIRO JÚNIOR, J. J.; ARANTES, M. P.; SOUZA, K. V.; BARRA, J. S. A percepção do parto: vivência de estudantes inseridos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 24, Supl. 1, p. S13-S19, 2014.

ULPIANO, Claudio. **Plano de imanência: esse turbilhão de luz**, 2016. Disponível em: <<http://claudioulpiano.org.br/aulas-transcritas/aula-de-19071995-plano-de-imanencia-um-fulgor-de-luz-dourada/>>. Acesso em: 06 nov. 2016.

UNAIDS. **Global aids update**, Switzerland, 2016.

WHO. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key population**. Switzerland, jul. 2014.

VAZ, P. **Um pensamento infame: História e Liberdade em Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

VON ZUBEN, J. V.; RISSI, M. R. R.; GUANAES-LORENZI, C. A rede social significativa de uma mulher após o diagnóstico de HIV/AIDS. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 211-221, jun. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICES A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS GESTORES/DIRIGENTES DO SUS

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “OBSERVATÓRIO NACIONAL DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM DIFERENTES MODALIDADES À LUZ DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVALIA QUEM PEDE, QUEM FAZ E QUEM USA”, que tem como objetivo revelar o modo como as políticas, os programas, os projetos se produzem nos cenários de práticas do SUS, suas forças de instalação, as resistências e as potências presentes nestes movimentos inovadores, enfim, o encontro entre o instituído e as potências instituintes, e o seu resultante permeando todo este movimento.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista ou participar do grupo focal discutindo temas sobre a contribuição das pesquisas em saúde e enfermagem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os gestores de educação e saúde, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, pesquisadores, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contatos com pesquisadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, Tel. (85) 3101-9891. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza - CE, ____/____/2016.

Participante

Pesquisador

APÊNDICES B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS
TRABALHADORES DE SAÚDE

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “OBSERVATÓRIO NACIONAL DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM DIFERENTES MODALIDADES À LUZ DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVALIA QUEM PEDE, QUEM FAZ E QUEM USA”, que tem como objetivo revelar o modo como as políticas, os programas, os projetos se produzem nos cenários de práticas do SUS, suas forças de instalação, as resistências e as potências presentes nestes movimentos inovadores, enfim, o encontro entre o instituído e as potências instituintes, e o seu resultante permeando todo este movimento.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista ou participar do grupo focal discutindo temas sobre a contribuição das pesquisas em saúde e enfermagem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os gestores de educação e saúde, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, pesquisadores, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contatos com pesquisadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, Tel. (85) 3101-9891. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza - CE, ____/____/2016.

Participante

Pesquisador

APÊNDICES C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “OBSERVATÓRIO NACIONAL DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM DIFERENTES MODALIDADES À LUZ DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVALIA QUEM PEDE, QUEM FAZ E QUEM USA”, que tem como objetivo revelar o modo como as políticas, os programas, os projetos se produzem nos cenários de práticas do SUS, suas forças de instalação, as resistências e as potências presentes nestes movimentos inovadores, enfim, o encontro entre o instituído e as potências instituintes, e o seu resultante permeando todo este movimento.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista ou participar do grupo focal discutindo temas sobre a contribuição das pesquisas em saúde e enfermagem para a construção de políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os gestores de educação e saúde, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, pesquisadores, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contatos com pesquisadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, Tel. (85) 3101-9891. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza - CE, ____/____/2016.

Participante

Pesquisador

ANEXOS

ANEXOS A – MAPAS DE VINCULAÇÃO DAS GESTANTES

Mapa de vinculação das gestantes dos centros de saúde da família para as maternidades de Fortaleza

REGIONAL I

Risco habitual - Gonzaguinha da Barra Ceará
Alto risco - Hospital Geral César Cals

CSF Floresta
CSF Lineu Jucá
CSF Fernando Façanha
CSF João Medeiros de Lima
CSF Prof. Rebouças Macambira
CSF Francisco Domingos Da Silva
CSF 4 Varas
CSF Casemiro Lima Filho
Risco habitual e alto risco - Hospital Geral César Cals
CSF Carlos Ribeiro e anexo Nossa Senhora Medianeira
CSF Paulo de Melo Machado
CSF Virgílio Távora
CSF Gulomar Arruda e anexo Médicos Sem Fronteiras

REGIONAL IV

Risco habitual - Hospital Cura D'ars
Alto risco - Hospital Geral César Cals

CSF Filgueiras Lima
CSF Luis Costa
CSF Roberto da Silva Bruno
CSF Maria José Turbay Barreira
Risco habitual e alto risco - Maternidade Escola
CSF Abel Pinto
CSF Gutemberg Braun
CSF José Valdevino de Carvalho
CSF de Parangaba
CSF Ocelo Pinheiro
CSF Oliveira Pombo
Risco habitual - Gonzaguinha José Walter
Alto risco - Maternidade Escola
CSF Projeto Nascente
CSF Luís Albuquerque Mendes

REGIONAL II

Risco habitual - Hospital Cura D'ars
Alto risco - Hospital Geral César Cals

CSF Miriam Porto Mota
CSF Pio XII
CSF Benedito Artur de Carvalho
CSF Irmã Herclia Aragão
CSF Paulo Marcelo
Risco habitual e alto risco - Hospital Geral de Fortaleza - HGF
CSF Alda Santos e Silva
CSF Frei Tito
CSF Flavio Marclio
CSF Odonico de Moraes
CSF Rigoberto Romero
CSF Célio Brasil Girão

REGIONAL V

Risco habitual - Gonzaguinha do José Walter
Alto risco - Hospital Geral César Cals

CSF Luciano Torres de Melo
CSF Zélia Correia
CSF Viviane Benevides
CSF Luiza Távora
CSF Pedro Celestino
CSF José Paracampos
CSF José Walter
CSF Graçiliano Muniz
CSF João Elísio Holanda
CSF Parque São José
Risco habitual - Hospital Nossa Sra. Conceição
Alto risco - Maternidade Escola
CSF Galba Araújo
CSF Dom Lustosa
CSF Abner Cavalcante Brasil
CSF Fernando Diógenes
CSF Guarany Mont'alverne
CSF Edmilson Pinheiro
CSF Maciel de Brito
CSF Argeu Herbster
CSF Jurandir Picanço
CSF Siqueira

REGIONAL III

Risco habitual e alto risco - Maternidade Escola

CSF Professor Luis Recamond Capelo
CSF César Cals
CSF João XXIII
CSF Francisco Pereira de Almeida
CSF Fernandes Távora
CSF Santa Lidulna
CSF Waldemar de Alcântara
CSF Anastácio Magalhães
CSF José Sobreira Amorim
CSF Ivana de Sousa Paes
CSF Eliézer Studart
Risco habitual - Gonzaguinha da Barra do Ceará
Alto risco - Maternidade Escola
CSF Professor Clodoaldo Pinto
CSF Meton de Alencar
CSF Hermínia Leitão
CSF Humberto Bezerra
CSF George Benevides

REGIONAL VI

Risco habitual - Gonzaguinha de Messejana
Alto risco - Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

CSF Terezinha Parente
CSF Evandro Ayres de Moura
CSF José Barros de Alencar
CSF Galba de Araújo
CSF Maria Lourdes Jereissati
CSF César Cals de Oliveira
CSF Pedro Sampaio
CSF Manoel Carlos Gouveia
CSF Hélio Goes Ferreira
CSF de Messejana
CSF Anísio Teixeira
CSF Francisco Melo Jaborandi
CSF Matos Dourado
CSF Professor Monteiro de Moraes
CSF Waldo Pessoa
CSF Prof. João Hipólito
CSF Edmar Fujita
Risco habitual - Gonzaguinha do José Walter
Alto risco - Hospital Geral César Cals
CSF Janival de Almeida
CSF Vicentina Campos
CSF Alarico Leite

Maternidades de referência para risco habitual

Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará
Av. I, 1130 - Barra do Ceará - (85) 3452.2409 - 3452.2390

Hospital Geral César Cals - HGCC
Av. Imperador, 545 - Centro - (85) 3101.5323

Hospital Cura d'Ars
Rua Costa Barros, 833 - Centro - (85) 3464.7000

→ Hospital Geral de Fortaleza - HGF
Rua Ávila Goulart, 900 - Papicu - (85) 3101.3272

Maternidade Escola Assis Chateaubriand - Meac
R. Cel. Nunes de Melo, s/no - Rodolfo Teófilo - (85) 3366.8502

Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter
Av. D, 440, 2ª Etapa - José Walter - (85) 3452.9399

Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição
Rua 1080, 148 - 4ª etapa - Conjunto Ceará - (85) 3452.6701

Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana
Av. Washington Soares, 7700 - Messejana - (85) 3105.1590

Maternidades de referência para alto risco

Hospital da Mulher
Av. Lineu Machado, nº 155 - Jôquei Clube - (85) 3105.2229 - 3233.3854

→ Hospital Geral César Cals - HGCC
Av. Imperador, 545 - Centro - (85) 3101.5323

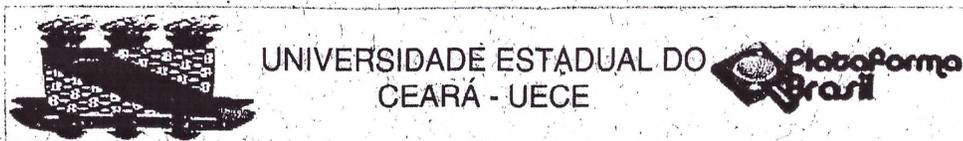
→ Maternidade Escola Assis Chateaubriand - Meac
R. Cel. Nunes de Melo, s/no - Rodolfo Teófilo - (85) 3366.8502

Hospital Geral de Fortaleza - HGF
Rua Ávila Goulart, 900 - Papicu - (85) 3101.3272



Prefeitura de
Fortaleza

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICAUECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalla quem pede, quem faz e quem usa.

Pesquisador: Maria Salete Bessa Jorge

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38388314.5.1001.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Departamento de Ciência e Tecnologia

DADOS DO PARECER

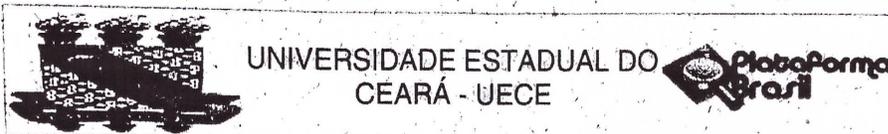
Número do Parecer: 880.223

Data da Relatoria: 20/11/2014

Apresentação do Projeto:

MÉTODO: Estudo de avaliação de quarta geração nas quais serão pesquisadas três grandes áreas: i) Atenção Básica; ii) Redes Temáticas - 1- Cegonha (Fortaleza), 2-Doenças Crônicas e seus eixos, com ênfase no Câncer Colo-uterino e mama, 3- Atenção Psicossocial, 4-Urgência e Emergência (Saúde toda hora), 5-Pessoa com Deficiência (Viver sem limites), que se estruturam no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde; iii) Serviço de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa): Será realizada em âmbito nacional, sendo a amostra para Fortaleza de 118 participantes entre usuários, trabalhadores de saúde, gestores/gerentes. São áreas de intervenção estratégica para o Ministério da Saúde, preliminarmente delimitadas podendo expandir, tanto pela relevância frente a questões prementes da política de saúde, quanto pelo investimento que está sendo realizado em suas respectivas frentes de operação. A definição das fontes e os instrumentos utilizados na pesquisa serão: fontes de dados; casos-traçadores; narrativas (entrevistas com roteiro semi-estruturados; grupo focal); caderno de campo; dentre outros instrumentos que poderão ser inseridos ao

Endereço: Av. Sillas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi
UF: CE **Município:** FORTALEZA **CEP:** 60.714-903
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 880.223

decorrer da pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a produção do cuidado em diversas áreas do Sistema Único de Saúde, envolvendo os gestores, trabalhadores e usuários, através de uma Rede de Pesquisa Compartilhada – RAC, Universidade-SUS, com foco nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

Objetivo Secundário:

*Descrever as experiências em diversas áreas do SUS, com foco para as que indiquem inovações no modo de produção do cuidado. *Destacar para exame em profundidade as experiências relacionadas mais diretamente à i) Atenção Básica; ii) Redes Temáticas - 1-Cegonha, 2-Doenças Crônicas e seus eixos, com ênfase no Câncer Colo-uterino e mama, 3-Atenção Psicossocial, 4-Urgência e Emergência (Saúde toda hora), 5-Pessoa com Deficiência (Viver sem limites), que se estruturam no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde; iii) Serviço de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa). *Construir processos de monitoramento da produção do cuidado em saúde tomando como base o processo de trabalho na sua constituição como território de tecnologias nos seus vários formatos, enquanto duras, leves, duras e leves

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

*Riscos no que se referem ao constrangimento dos participantes dos grupos focais terem suas informações reveladas e sofrerem constrangimento;

Benefícios:

*Fortalecer as redes de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde; *Desperta a implicação dos diversos atores envolvidos em processo de trabalho nas redes de atenção; *DR uma resposta da avaliação de como ocorre o cuidado nos diversos pontos da rede;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

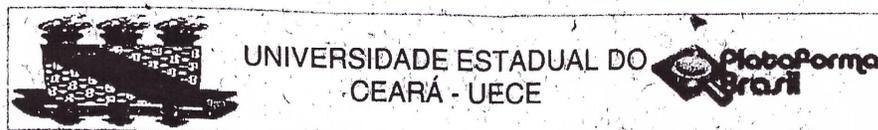
Pesquisa pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE escrito em forma de convite, com título e objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios estão

Endereço: Av. Sillas Munguba, 1700 CEP: 60.714-903
 Bairro: Itaperi
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9908 E-mail: anavaleska@usp.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 880.223

claros.

Folha de rosto e carta de anuência devidamente assinadas.

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Recomendações:

Recomenda-se que todos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido sejam escritos de maneira diferenciada para cada grupo. Evitar usar termos técnicos no TCLE do usuário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

FORTALEZA, 21 de Novembro de 2014

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Valeska Siebra e Silva', is written over a horizontal line.

Assinado por:

Ana Valeska Siebra e Silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700 CEP: 60.714-903
 Bairro: Itaperi
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br

ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA- UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA**UNIVERSIDADE VEIGA DE
ALMEIDA / UVA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa.

Pesquisador: Emerson Elias Merhy

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27159214.9.0000.5291

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 560.597

Data da Relatoria: 21/03/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que visa avaliar a produção do cuidado em diversas áreas do Sistema Único de Saúde, envolvendo os gestores, trabalhadores e usuários, através de uma Rede de Pesquisa Compartilhada RAC, Universidade-SUS, com foco nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a produção do cuidado em diversas áreas do Sistema Único de Saúde, envolvendo os gestores, trabalhadores e usuários, através de uma Rede de Pesquisa Compartilhada RAC, Universidade-SUS, com foco nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há risco para os sujeitos envolvidos na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho pertinente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios presentes

Endereço: Rua Ibituruna nº 108, Bloco B, 5º andar

Bairro: Tijuca

CEP: 20.271-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1574-8800

Fax: (21)1574-8800

E-mail: cep@uva.br

UNIVERSIDADE VEIGA DE
ALMEIDA / UVA



Continuação do Parecer: 560.597

Recomendações:

Sem maiores recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 18 de Março de 2014

Assinador por:

Alexandre Felip Silva Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Ibituruna nº 108, Bloco B, 5º andar

Bairro: Tijuca

CEP: 20.271-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1574-8800

Fax: (21)1574-8800

E-mail: cep@uva.br