



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

MARIA RAQUEL RODRIGUES CARVALHO

**“MINHA FILHA DEVOLVEU MINHA VIDA”: UMA CARTOGRAFIA DA REDE
CEGONHA COM INTERFACE COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

MARIA RAQUEL RODRIGUES CARVALHO

“MINHA FILHA DEVOLVEU MINHA VIDA”: UMA CARTOGRAFIA DA REDE
CEGONHA COM INTERFACE COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

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

Orientado por Prof.^a Dr.^a Maria Salette Bessa Jorge.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Carvalho, Maria Raquel Rodrigues.

"Minha filha devolveu minha vida": uma cartografia da rede cegonha com interface com a rede de atenção psicossocial [recurso eletrônico] / Maria Raquel Rodrigues Carvalho. - 2016 .

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 110 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 Dra. Maria Salete Bessa Jorge..

1. Assistência à Saúde. 2. Gravidez. 3. Usuários de Drogas. 4. Crack. I. Título.



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

FOLHA DE AVALIAÇÃO

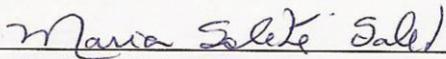
Título da dissertação: **"MINHA FILHA DEVOLVEU MINHA VIDA": UMA CARTOGRAFIA DA REDE CEGONHA COM INTERFACE COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL".**

Nome da Mestranda: **Maria Raquel Rodrigues Carvalho**

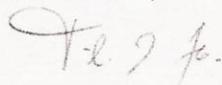
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

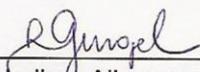
BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientadora)



Prof. Dr. Túlio Batista Franco
(1º membro)



Prof. Dra. Lailma Albuquerque Gurgel
(2º membro)

Data da defesa: 19/02/2016.

Dedicado às três pessoas mais importantes em minha vida: Verônica (mãe), Orlando (pai) e Luiz Henrique (esposo).

AGRADECIMENTO

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Reservei este espaço, único, mais que especial, para agradecer aquela que guiou os meus passos nos caminhos da pesquisa. Que cobrou, não há como negar, mas que acima de tudo me forneceu todas as ferramentas para chegar ao conhecimento. Me confiou responsabilidades e acreditou no meu potencial. Agradeço intensamente à minha orientadora Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge pela confiança depositada em mim. Meu muito obrigada!

Durante essa caminhada acadêmica, aprendi muitas coisas. Uma delas foi que a vida é feita de encontros e tais encontros, realizados pelos corpos, geram afetos e afecções. Os afetos podem ser “tristes” ou “felizes”. No entanto, mesmo os encontros tristes, nos servem para gerar potência de vida e é por tais encontros que venho agradecer.

Aos meus pais, sempre presentes e empenhados no meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por servirem como um grande exemplo de seres humanos de coragem, luta e perseverança para o meu crescimento na vida. Nunca terei palavras para agradecer-los;

Ao meu marido, Luiz Henrique, que nesses 10 anos mostrou-se mais que um esposo. Foi amigo e companheiro para todas as horas. Obrigada por compreender todas as minhas ausências e sempre oferecer seu colo nos momentos de tensão. Por sempre estar na torcida pela minha vitória e aceitar minhas decisões;

À minha irmã, Isabel, a pessoa com um coração que não cabe dentro de si. Que sempre faz de tudo para me ajudar de todas as formas. Sem você, não teria finalizado este trabalho;

Ao meu irmão, Samuel, e minha cunhada, Camila, pela ajuda e o carinho de sempre. Estando presente nesse momento tão importante de minha vida;

Aos meus sogros, Valdir e Rosângela, por terem me recebido como filha e sempre terem me dado força para estudar;

À minha cunhada, Íkara, uma irmã conquistada nesses encontros da vida. Não tenho como agradecer sua dedicação e disposição para sempre me ajudar com os meus trabalhos acadêmicos e sempre ter palavras de apoio que me acalentaram em diversos momentos;

Às amigas, Jamine Borges e Lourdes Suelen por compartilharem de todos os momentos dessa caminhada acadêmica. Por estarem sempre dispostas a ajudar. Vocês foram meu porto seguro, a certeza de que não estava sozinha;

À minha companheira de viagem, Mariana, por compartilhar todos os momentos desta pesquisa, sempre se mostrando disponível com sua tranquilidade. Obrigada, minha eterna psicóloga;

Aos meus amigos, Diego Medeiros, Anderson Carvalho, Ismália Magda, Monalisa, Rita, Consuelo Helena, Lucas, Luilma Gurgel, companheiros da “produção do cuidado” que compartilharam dos seus conhecimentos. Obrigada por sempre me incentivarem a seguir em frente;

À turma do mestrado, agradeço a solidariedade, as risadas e a união. Tenho certeza de que seremos todos vencedores;

Ao Prof^o. Dr. Túlio Franco, por apresentar-me a cartografia, seus autores e discutir os melhores caminhos a serem tomados. Sou profundamente grata!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela concessão da bolsa de auxílio financeiro que possibilitou a minha formação enquanto pesquisadora;

À Emanuela Brasileiro, que tornou as viagens para São Luís mais simples, sempre receptiva e dedicada. Muito obrigada;

Aos gestores, profissionais, usuários e familiares do sistema municipal e estadual de saúde de São Luís do Maranhão pelo acolhimento e participação no estudo. Meu muito obrigada!

“Nascemos para manifestar a glória do Universo que está dentro de nós. Não está apenas em um de nós: está em todos nós. E conforme deixamos nossa própria luz brilhar, inconscientemente damos às outras pessoas permissão para fazer o mesmo. E conforme nos libertamos de nosso medo, nossa presença, automaticamente, libera os outros”.

(Nelson Mandela)

RESUMO

O Ministério da Saúde propõe a construção das Redes de Atenção à Saúde com o intuito de organizar os fluxos e os acessos dos usuários ao Sistema Único de Saúde. A reflexão sobre o tema redes, nos serviços de saúde, nos remete a ideia de conexões e ligações. Deleuze e Guattari se utilizam do termo rizoma, uma figura da botânica, para fazerem referência a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamentos diversos, isto é, produzindo novas formações relacionais sobre as quais se constrói o meio social onde cada um está inserido. Desta forma, tal figura nos serve de explicação para o uso de redes nos serviços de saúde. A presente pesquisa buscou compreender a produção do cuidado na Rede Cegonha, sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas. Este estudo ainda traz os seguintes objetivos específicos: narrar as trajetórias de vida de uma gestante usuária de substância psicoativa; mapear os caminhos do cuidado da usuária no âmbito da Rede Cegonha, suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas; identificar as dificuldades/facilidades de cuidado das gestantes usuárias de substâncias psicoativas; e analisar a produção do cuidado de usuárias da Rede Cegonha e sua interface com a produção de Redes Vivas, que fortaleçam o cuidado de si. A pesquisa se deu em São Luís (MA) por meio dos entrelaces da Rede Cegonha (Rede de Atenção Psicossocial e Redes Vivas). Trata-se de uma pesquisa qualitativa e cartográfica sobre uma gestante maranhense, usuária de drogas, gestores, trabalhadores e familiares envolvidos no seu processo de cuidado. Os instrumentos e técnicas de análises utilizados para a produção de narrativas presentes neste trabalho foram: documentos, oficinas, entrevista em profundidade, diário de campo, observação e fluxograma analisador. Entre os resultados alcançados, emergiu a busca dos profissionais de saúde e gestores para a construção das redes juntamente com os seus governantes, mesmo com a existência das fragilidades das redes formais para o cuidado integral aos seus usuários. Já as redes vivas surgem como meios potencializadores de cuidado. O estudo apresenta uma nova perspectiva de pensar as redes, os seus acessos e fluxos.

Palavras-chaves: Assistência à Saúde. Gravidez. Usuários de Drogas. *Crack*.

ABSTRACT

The Ministry of Health proposes the construction of the Health Care Networks in order to organize the flow and access of users to the Unified Health System. The reflection on the issue networks in health services brings the idea of connections and links. Deleuze and Guattari use the term rhizome, one figure from botany, for referring the connection of open systems carried over the social environment through various assemblages, ie giving rise to new relational formations upon which build the social environment where each it's inserted. Thus, which picture explaining serves us for the use of networks in the health services. This research sought to understand the production of care in Stork Network, its interface with the Psychosocial Care Network and the production of Living Network. This study also offers the following specific objectives: to narrate the life trajectories of a user pregnant psychoactive substance; mapping the paths of care of users in the framework of Stork Network, its interfaces with the Psychosocial Care Network and the production of Live Networks; to identify difficulties / care facilities of pregnant women users of psychoactive substances; and analyze the production of the Network users care Stork and its interface with the production of Vivas Network, that strengthen self-care. The research occurred in St. Louis, through the relationship of the Stork Network and Psychosocial Care Network and Live Networks. It is a qualitative and cartographic research on one from Maranhão pregnant women, drug users, managers, workers and relatives involved in their care process. The tools and analysis techniques employed for the production of narratives present in this study were: papers, workshops, deep interview, field diary, observation and analytic flowchart. Among the results achieved emerged the search of health professionals and managers to build networks with their rulerseven with the fragility of formal networks for integral care to its users. Already Vivas networks arise as improvers resources care. The study has a new perspective of thinking networks, their access and flows.

Keywords: Delivery of Health Care. Pregnancy. DrugUsers. *Crack*.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa das Regionais do Maranhão.....	40
Figura 2 - Mapa da Região de Saúde de São Luís.....	42
Figura 3 - Fluxograma analisador de uma unidade de saúde.....	53
Figura 4 - Mapa dos Distritos Sanitário de São Luís.....	59
Figura 5 - Fluxograma de gestantes no pré-natal.....	63
Figura 6 – Fluxograma do pré-natal de Flor.....	73
Figura 7 - Fluxograma dos encontros produzidos pela “Flor”	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Personagens da história de vida da usuária guia.....	44
Quadro 2 - Serviços de Saúde Componente I e III: Pré-natal; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança.....	60
Quadro 3 - Serviços de Saúde Componente II: Parto e Nascimento.....	60
Quadro 4 - Guia por unidade: Referência em saúde mental.....	74

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CS	Centro de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GRUPSFE	Grupo de Pesquisa de Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
UECE	Universidade Estadual do Ceará

UPA Unidade de Pronto Atendimento

USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	ENUNCIÇÃO DA PESQUISADORA E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	17
1.1	ENUNCIÇÃO DA PESQUISADORA.....	17
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO.....	18
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3	O ESTADO DA ARTE E SUAS INTERFACES.....	23
3.1	CARTOGRAFIAS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.....	23
3.2	REDE CEGONHA, REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A PRODUÇÃO DE REDES VIVAS.....	28
4	OS ENCONTROS NA PRODUÇÃO DE NARRATIVAS.....	38
4.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	38
4.2	CARACTERIZANDO A ILHA DO AMOR.....	39
4.3	PERSONAGENS QUE SE ARTICULAM COM A USUÁRIA GUIA..	43
4.4	FERRAMENTAS PARA PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES.....	47
4.5	PLANO DE ANÁLISE.....	51
4.6	QUESTÕES ÉTICAS	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	55
5.1	CENÁRIOS DE SÃO LUÍS (MA).....	55
5.1.1	Rede Cegonha: desafios, dificuldade e potencialidades.....	55
5.1.1.1	Cardápio de serviços da Rede Cegonha.....	59
5.1.2	O território mais profundamente.....	66
5.1.2.1	Distrito do Centro.....	66
5.1.2.2	São Francisco/Ilhinha.....	66
5.2	FLOR DE CACTO: A GESTANTE QUE FLORECEU PARA A VIDA.	69
5.2.1	5.2.1 A escolha.....	69
5.2.2	5.2.2 Momento com a equipe de saúde de Flor.....	70
5.2.3	5.2.3 A usuária guia em (des) construção.....	76
5.2.4	5.2.4 Contexto familiar de Dona Lírio e Flor.....	77
5.2.5	Momento com Dona Lírio	79
5.2.6	Momento com Flor.....	82

6	CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES: SEM A PRETENSÃO DE FINALIZAR.....	86
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICES.....	96
	Apêndice A - Roteiro de Entrevista – Gerentes.....	97
	Apêndice B - Roteiro de Entrevista - Trabalhadores de Saúde....	98
	Apêndice C - Roteiro de Entrevista – Usuários.....	99
	Apêndice D - Roteiro de Observação Sistemática.....	100
	Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gerentes).....	101
	Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Trabalhadores de Saúde).....	102
	Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários)	103
	Apêndice H - Fluxograma dos encontros produzidos pela “Flor”	104
	ANEXOS	105
	Anexo A - Parecer do Comitê de Ética.....	106
	Anexo B - Texto ACS	109

1 ENUNCIÇÃO DA PESQUISADORA E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

1.1 ENUNCIÇÃO DA PESQUISADORA

A pesquisadora iniciou seu caminhar durante a disciplina de Saúde Mental do curso de graduação de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Ao longo desta vivência, ela teve a possibilidades de conhecer e participar do Grupo de Pesquisa de Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), no qual contribuiu como bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) durante um ano e como voluntária por mais dois anos.

Ao longo desse processo, surgiu a oportunidade de aprofundar os seus conhecimentos na área de enfermagem, saúde mental e saúde coletiva. Nesse período, outras experiências despertaram a sua participação em projetos que envolviam diversas temáticas, tais como: o consumo de *crack* no Ceará; os desafios da resolubilidade para a produção do cuidado; a gestão do cuidado; atenção clínica em saúde e enfermagem; e organização das redes regionalizadas de saúde. Além disso, a pesquisadora ainda pode participar e colaborar com a organização do 3º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, além de cursos, eventos e treinamentos.

A aproximação da pesquisadora com o tema da dissertação ocorreu após a construção da monografia de conclusão do Curso de Enfermagem. O estudo recebeu o título de “Processo de regulação do acesso nas redes de atenção à saúde no Ceará” e foi um recorte da pesquisa “Organização da Rede Regionalizada de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: Dimensão Política, Econômica, Social, Organizacional, Tecnológica e Simbólica”, a qual foi financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e CNPq, sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge. Durante essas experiências, foram surgindo algumas inquietações relacionadas ao usuário no tocante às redes assistenciais de saúde.

A escolha pela temática relacionada à Rede Cegonha surgiu após o convite à Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge para coordenar, nos estados do Ceará e do Maranhão, a pesquisa nacional “Observatório Nacional da Produção do Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pode, quem faz e quem usa”. A referida pesquisa tem como coordenador nacional o Prof. Dr. Emerson Merhy e como coordenador loco-regional o Prof. Dr. Túlio Batista Franco, que se desloca ao Ceará e ao Maranhão para discutir a produção de textos referentes aos estudos de caso na perspectiva cartográfica, apontando marco-teórico conceitual para publicações científicas.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

Inicialmente, a pesquisa tinha como objetivo central o estudo sobre o processo de implantação e efetivação da Rede Cegonha e sua produção de cuidado em São Luís no Maranhão. No entanto, como o estudo utiliza a cartografia como ferramenta de análise e o usuário guia traça o seu próprio mapa de cuidado, a pesquisa deixou de focar apenas na Rede Cegonha e se permitiu caminhar por outras redes de cuidado utilizadas pela gestante estudada. Devido a isto, a presente pesquisa voltou o seu estudo para a Rede Cegonha (RC) e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a produção de Redes Vivas.

Mas o que seria a Rede Cegonha? Foi uma rede instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em junho de 2011, por meio da Portaria 1.459, que vem assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, e da assistência à criança. Tal portaria foi instituída com a finalidade de reduzir a mortalidade materno-infantil no Brasil, pois, mesmo com todo desenvolvimento tecnológico, tais índices se mostravam altos, principalmente na região Norte e Nordeste (BRASIL, 2014a).

Vale ressaltar que o processo histórico jurídico da saúde no Brasil propiciou o desenvolvimento da política de saúde para dar garantia de uma assistência à saúde adequada aos usuários. Seguindo um caminhar histórico da

criação de rede de atenção à saúde, a Lei Federal 8.080/90, conhecida também como Lei Orgânica da Saúde, é a base fundamental para a organização do sistema público de saúde, devendo ser nacional e universal, bem como descentralizado, unificado e hierarquizado no território, considerando a diversidade regional do país (BRASIL, 1988; 1990; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Como parte da organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, surge a Atenção Primária à Saúde, que pode ser relacionada por nível de complexidade e sob uma base geográfica que é encontrada no Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920 e tido como um dos primeiros documentos da história a utilizar essa definição. As concepções desse documento influenciaram na criação do sistema nacional de saúde britânico, em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. Assim, alguns termos como sistema de serviço de saúde e regionalização já vem sendo discutidos há alguns anos, não sendo uma ideia atual (LAVRAS, 2011; LORD DAWSON OF PENN, 1920; MENDES, 2003).

Em 2011, foi lançado um importante instrumento de afirmação da cidadania do povo brasileiro, o Decreto 7.508/2011. Este vem preencher uma lacuna no arcabouço do Sistema Único de Saúde (SUS), pois regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências (BRASIL, 2011).

O Decreto 7.508/2011 traz consigo a criação das redes de atenção à saúde para a garantia de acesso de qualidade aos serviços de saúde, gerando uma assistência de qualidade e efetiva. Entre essas redes, o presente estudo dará maior enfoque à Rede Cegonha, já citada anteriormente.

Já a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surgiu nesta pesquisa devido à gestante analisada pelo presente estudo ter necessitado de cuidados que deveriam ser prestados pela RAPS, por se tratar de uma usuária de *crack* há praticamente sete anos. A RAPS preconiza como objetivo o acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2015). Desta forma, possibilitando o acesso a serviços especializados e um cuidado integral ao

usuário em todas as dimensões de sua assistência, gerando acolhimento, vínculo e cuidado.

O processo de produção do cuidado em saúde é bem mais amplo do que o termo cuidar propriamente dito. Com isso, segundo Merhy (1997a, 2014) – que ao teorizar sobre o processo de trabalho em saúde, afirma que este é dependente do “trabalho vivo em ato” – são ações dinâmicas no momento do trabalho em si, com base no encontro entre os sujeitos envolvidos nesta relação. O trabalho vivo dá as práticas de saúde o atributo da liberdade, a possibilidade de os sujeitos em ato exercerem, no limite, a sua capacidade criativa para a resolução dos problemas de saúde. Por isto, o processo de trabalho em saúde tem uma potência instituinte, isto é, a capacidade de operar mudanças no exercício cotidiano de produção do cuidado em saúde.

A produção do cuidado não é só o simples ato de cuidar, trata-se de várias dimensões relacionadas, como: acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, formação profissional e resolubilidade. Tais dimensões estão associadas com as tecnologias que expressam processos produtivos singulares, denominadas por Merhy (1997b) em três dimensões: a primeira está ligada aos espaços relacionais do trabalhador-usuário (leves), espaços de relações entre sujeitos que só se tornam materializados de fato quando ocorrem os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização; a segunda diz respeito aos saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia (leve-duras); já a terceira refere-se aos instrumentos e equipamentos (duras) (DE CARVALHO; CHAGAS; MERHY, 2012).

Na busca de produzir cuidados aos usuários, trabalhadores de saúde e gestores, criam-se linhas de fuga que agregam valores às linhas protocolares, as quais são denominadas por Merhy *et al.* (2014) de Redes Vivas. Tais redes são construídas nos territórios pela singularidade dos casos. O trabalhador ou usuário são elementos centrais na construção dos vários conhecimentos produzidos. Eles são responsáveis pelas multiplicidades que operam na constituição dessas Redes Vivas e território das conexões existenciais. Isso significa que algumas redes vão servir para determinada singularidade de cuidado e não para outras.

Mesmo com todos os mecanismos existentes no Sistema Único de Saúde e seus usuários para a realização de uma produção do cuidado de forma equitativa e de qualidade, percebemos que muitos desafios ainda precisam ser enfrentados, tais como: o acesso dos usuários aos serviços de saúde, a geração de vínculo entre usuários e profissionais, formas adequadas de acolhimento que tornem o processo de cuidar mais resolutivo e efetivo.

Diante do exposto, sobre esse processo de construção de redes como dispositivo de cuidado, surgiram algumas indagações: Como são as trajetórias de vida de uma gestante usuária de substância psicoativa? Quais os caminhos do cuidado das usuárias no âmbito da Rede Cegonha e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas? Quais as dificuldades/facilidades de cuidado das gestantes usuárias de substâncias psicoativas? Como se dá a produção do cuidado de usuárias da Rede Cegonha e sua interface com a produção de Redes Vivas que fortaleçam o cuidado de si?

Em meio a tais questões, o presente estudo elegeu uma gestante que se mostrou um caso complexo. Tal usuária guiou o estudo na sua história de vida, para conhecermos sua experiência nesse seu momento singular que é a gestação. Com isso, esta pesquisa tem o objetivo de cartografar as redes de cuidado da gestante citada, a qual foi usuária de drogas e reside no município de São Luís (MA). A partir deste recorte iremos analisar os entrelaces da Rede Cegonha e Rede de Atenção Psicossocial, reconhecendo-os como redes vivas, ou seja, produto de arranjos configurados pelo protagonismo de trabalhadores e usuários.

Em suma, a cartografia se torna um processo no qual o cartógrafo não tem pressupostos, não tem roteiro, não tem método fechado, o que é diferente da forma convencional de produção. Ele se conduz ao campo aberto, ao inusitado, ao não esperado e ao acaso para adentrar na experiência de vida do usuário guia. Com isso, vão emergindo processos diante do caminhar do pesquisador junto à usuária guia.

Apreende-se que a pesquisa possibilita contribuir como ferramenta propulsora, revelando as potencialidades das experiências de vida, produção e promoção da saúde das gestantes usuárias de drogas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a produção do cuidado na Rede Cegonha, sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Narrar as trajetórias de vida de uma gestante usuária de substância psicoativa;

Mapear os caminhos do cuidado da usuária no âmbito da Rede Cegonha e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas;

Identificar as dificuldades/facilidades do cuidado à gestante usuária de substâncias psicoativas;

Analisar a produção do cuidado da usuária da Rede Cegonha e sua interface com a produção de Redes Vivas, que fortaleça o cuidado de si.

3 O ESTADO DA ARTE E SUAS INTERFACES

3.1 CARTOGRAFIAS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

O cuidar não significa meramente o emprego de técnicas. Ele desenvolve-se em uma relação com o ser cuidado, inclusive o cuidar em saúde que traduz todas as medidas necessárias e orientadas profissionalmente com vistas ao êxito do tratamento. Sendo assim, o significado de cuidar está relacionado a ações de zelo e atenção.

A palavra cuidado deriva do latim *cura* (*coera*) e era usada para contextualizar relações de amor e amizade. Este seria o sentido investigativo da palavra cuidado, segundo o dicionário clássico de filologia. Demonstrava assim, a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimados (SILVA JÚNIOR; ALVES; MELLO ALVES, 2005).

Para outros filólogos, o cuidado vai além da "cura". Eles consideram que a origem da palavra encontra-se em *cogitare-cogitatus* e suas derivações *coeydar*, *coidar*, *cuidar*. O sentido é similar ao de cura, porém tem uma abordagem mais ampla: ter atenção, interesse, atitude de desvelo e preocupação. Logo, o cuidado se apresenta quando algo ou alguém tem importância para nós. A dedicação e a disponibilidade de participação, o sentimento de zelo e a responsabilidade acarretam o cuidado (SILVA JÚNIOR; ALVES; MELLO ALVES, 2005).

Já no dicionário, a palavra cuidado é definida como atenção, no que se refere à cautela; prudência; esmero, no tocante à aplicação e capricho ao realizar algo; preocupação; e responsabilidade, tal qual dever de arcar com seus próprios comportamentos ou com as ações de outrem.

Mas o significado de cuidado não se limita a essas definições. Segundo, Ayres (2004), o cuidado é construído no movimento do ato de viver e é o que mantém o homem vivo, pois sem ele esse homem não subsiste. Assim, sem o cuidado não há ser, não há vida. Ele ainda acrescenta que a responsabilidade também está agregada a essa categoria, pois cuidar é responsabilizar-se. Quem

cuida é responsável pelo bem-estar daquilo de que se cuida. Assim, não há cuidado sem “tomar para si” os deveres e a responsabilidade do êxito do que se está cuidando.

Ao buscar maior compreensão sobre esse tema, faz-se indispensável pensar a relação que deve se estabelecer para a concretização do cuidado, pois o que gera e circunda essa relação não só influencia a forma como esse cuidado é realizado, como também é o que dá sentido à prática do cuidar. Ayres (2004) corrobora a essa compreensão quando define o cuidado em saúde como:

[...] uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (p.74).

Essa ação terapêutica, citada acima, nos remete ao processo de trabalho em saúde que, conseqüentemente, gera ao seu paciente uma produção do cuidado. O cuidado em saúde é produzido em cada ato de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde e nos territórios sanitários. Portanto, a produção do cuidado em saúde envolve a análise das práticas de saúde, a forma como estão estruturadas, para quais finalidades prestam, qual a dimensão do alcance de suas ações, para quem estão voltadas e a concepção de saúde-doença dos sujeitos do processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2013).

Portanto, quando se fala de produção do cuidado torna-se necessária a análise das práticas de saúde, a dimensão do alcance das ações e o contexto em que estão inseridos os sujeitos. A produção do cuidado gera acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, responsabilização da equipe de saúde no cuidado integral ao paciente, formação profissional e resolubilidade para, com isso, garantir um cuidado de qualidade, efetivo e resolutivo ao usuário (ASSIS, 2010).

A realização da produção do cuidado em saúde de modo a focar nas necessidades dos usuários (que mobiliza estrategicamente o território das tecnologias leves e leve-duras), sem destacar a utilização dos processos de produção de procedimentos (mobilizadores de tecnologias duras e leve-duras), se torna um grande desafio para o campo da gestão (MERHY, 2014).

As tecnologias são compostas pelo conjunto das ferramentas e instrumentos utilizados na produção do cuidado em saúde. De acordo com Merhy (1997b), as tecnologias em saúde são divididas em leves, leve-duras e duras. As leves compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculos, autonomização e acolhimento; as leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais. A disposição das tecnologias leves amplia o espectro subjetivo das relações em saúde.

Contudo, a existência da micropolítica do processo de trabalho em saúde, que opere em privilégio do trabalho vivo sobre o trabalho morto, revela um mundo de trabalho extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Desta forma, o profissional torna-se livre para tomar decisões e fazer escolhas (FRANCO, 2006; 2015). É pertinente compreender a micropolítica na concepção de Guattari, (1996, p. 127):

[...] A questão micropolítica diz respeito ao modo como se cruza o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de “molar”), com aquele que chamei de “molecular”. Entre esses dois níveis, não há uma oposição distintiva, que dependa de um princípio lógico de contradição. Parece difícil, mas é preciso simplesmente mudar de lógica. Na física quântica, por exemplo, foi necessário que um dia os físicos admitissem que a matéria é corpuscular e ondulatória, ao mesmo tempo. Da mesma forma, as lutas sociais são, ao mesmo tempo, molares e moleculares [...]

Nesse campo, Emerson Merhy discute o “trabalho vivo em ato”, que nos fala da potência instituinte do trabalho em saúde, do seu alto grau de governar a produção do cuidado, no ato produtivo, o trabalho vivo em ato é em si acontecimento, é ação, e como tal está aberto aos processos mais dispares, tanto de capturas, pelas relações sociais capitalistas, como de fuga para lugares não obrigatoriamente dados, mas em produção, instituintes (MERHY, 1997a; 2013).

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua

capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde (FRANCO, 2006).

Para que haja a realização efetiva da produção do cuidado é necessária a utilização de mecanismos inovadores para tais fins. Segundo Cecílio (2012), devemos evoluir em algumas questões, que ele denomina de teóricas-práticas, que são: a quimera da atenção básica (reformulação da atenção básica); a tensão entre usuário-fabricado (normalizador) e o usuário-fabricador (autônomo); a disjunção entre o tempo do usuário, o tempo do gestor e o tempo da equipe de saúde quanto ao acesso e consumo de serviços de saúde (concepções sobre o tempo); a relação de estranhamento dos gestores com o seu espaço micropolítico de gestão a saúde; e os múltiplos regimes de regulação do acesso e consumo de serviços de saúde ou o funcionamento do SUS real como uma produção social.

Como isso, o autor afirma que as necessidades de inovações citadas anteriormente são meramente necessárias para colocar em prática todos os dispositivos para a produção do cuidado, compreendendo que a gestão no cuidado se torna um dispositivo altamente conectado com a produção do cuidado.

Além disso, existem outros mecanismos para a realização de boas práticas de saúde. Tais mecanismos são descritos por Dos Santos (2013) como: níveis de investigação da gestão do cuidado em rede regionalizada. Tais níveis são divididos em político-institucional, organizacional e práticas.

- Nível político-institucional – parte jurídica – responde pelo arcabouço legal, para implementação de redes regionalizadas de atenção à saúde, coordenadas por profissionais da atenção primária. Trata-se de uma dimensão sistêmica e estruturante, envolvendo normas e políticas federais, estaduais e regionais. Entretanto, Merhy *et al.* (2007, p.114) nos alertam para a parcialidade dessa perspectiva:

(...) mais do que buscar a funcionalidade não cumprida, a gestão institucional seria operar como o jogo de disputas dos distintos agentes, inclusive no modo como conformariam o espaço institucional no jogo público e privado. A gestão institucional seria toda intervenção de governo que possibilitasse 'publicizar' os processos de disputas e revelar a

‘contratualidade’ que agentes instituem entre si, definindo uma certa ‘cara’ instituída para os serviços.

- Nível organizacional na rede de serviços de saúde – trata-se de uma dimensão operativa, que se dá nas interfaces entre os diferentes estabelecimentos de saúde nas regiões de saúde, sofrendo intervenções e interações dos diferentes sujeitos (gestores/gerentes, trabalhadores e usuários) que constituem a rede de serviços e imprimem uma lógica para gestão e produção do cuidado. Essa dimensão apresenta-se com certa racionalidade, mas se materializa e se modela em resposta à condução dos processos político-institucionais.
- Nível das práticas nos serviços de atenção à saúde – compreende as relações dos trabalhadores da saúde entre si e as relações dos profissionais com os usuários dos serviços no cotidiano das práticas nos diversos pontos da rede de cuidado, sob influência dos demais níveis. Trata-se do nível com maior potência para romper com o instituído, sendo o espaço concreto da “produção (em um duplo sentido) tanto de relações quanto de bens/produtos” (MERHY *et al.*, 2007, p.118). Corresponde às práticas nos serviços de saúde na rede de atenção regionalizada, que, para esse estudo, recortamos e “limitamos” à Estratégia de Saúde da Família.

Nessa perspectiva, esses três níveis são exercidos por diferentes sujeitos (gerentes, trabalhadores de saúde e usuários), sendo tomados como uma forma de organização do trabalho para produção do cuidado em saúde (uma ação política, técnica e ética), ou seja, a operacionalização de um dado modelo de atenção à saúde. Sendo assim, uma ação política se refere ao ato de governar pessoas, organizações e instituições, ou seja, confunde-se com o exercício do poder; uma ação técnica, dado que toda prática social também possui uma dimensão política e social, incorpora e opera tecnologias para organizar os serviços de saúde e lidar com situações concretas do processo saúde-doença.

A investigação, além de ações da macropolítica, também mostra ações micropolíticas da produção do cuidado, do trabalho vivo em ato, do trabalho livre, da capacidade de usuários serem protagonistas do seu cuidado e produzirem suas próprias redes.

3.2 REDE CEGONHA, REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A PRODUÇÃO DE REDES VIVAS

Ao iniciarmos a reflexão sobre redes nos serviços de saúde, logo vem à mente a ideia de conexões, ligações, entre outros. Porém, Deleuze e Guattari (1995) trazem o termo rizoma como explicação para redes nos serviços de saúde. Utilizam-se dessa figura da botânica para fazerem referência a sistemas abertos de conexões que transitam no meio social por meio de diversos agenciamentos, ou seja, produzindo novas formações relacionais sobre as quais se vão construindo o *socius*, o meio social onde cada um está inserido.

Com isso, a produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza e se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade (FRANCO, 2013).

Para a caracterização de uma rede de saúde, segundo Franco (2013), de caráter rizomático – que opere na micropolítica do processo de trabalho em saúde (trabalhar em equipe com o objetivo de solucionar o problema de saúde, visando o cuidado ao paciente) e que tem o trabalho vivo em ato (o trabalhador de saúde fazer rizoma, fortes conexões entre si, utilizando-se de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades para produzir o cuidado) como elemento centrado nessa atividade produtiva – deve-se seguir os seguintes pontos:

- Conexões multidirecionais e fluxos contínuos – qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, isto é, a lógica da rede não deve ser a mesma da matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, mas acontece pela ação dos trabalhadores no cotidiano, quando se colocam em relação com os outros, operando a todo tempo na alteridade, na perspectiva de produção do “cuidado cuidador”.
- Heterogeneidade – capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e alta capacidade de auto-análise, pois é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual.

- Multiplicidade – esse princípio é associado à ideia geral de não exclusão, podendo cada um fazer conexões em várias direções e muitos outros sujeitos que estão também operando no interior do fluxo.
- Ruptura e não ruptura – quando há o rompimento da rede logo ela consegue se recompor em outro lugar, refazendo-se. Uma rede pode se romper, mas se encontra com outras conexões ou mesmo é capaz de produzir novas, como se tivesse vida própria que lhe garantisse atuação suficiente para sua auto-realização.
- Princípios da cartografia - As conexões vão produzindo mapas através dos fluxos nos quais transita a ação dos sujeitos singulares que aí atuam. A cartografia que se produz é aquela do trabalho vivo em ato, que é como um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade.

Percorrendo o processo histórico-jurídico brasileiro, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, registra, pela primeira vez na história deste país, uma seção específica para a saúde (Capítulo II- da Seguridade Social, Seção II- da Saúde), como resultado da marcante 8ª Conferência Nacional de Saúde, e destaca,

Art. 196, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”

Art. 198, que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atenção integral, com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade”

Aponta claramente no corpo do artigo, que já existia processo de rede regionalizada de saúde em seu escrito (BRASIL, 2010). Posteriormente o Ministério da Saúde, com o advento da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), emite normas e instrumentos para regular o sistema de saúde. Desta forma, definindo as competências dos gestores das esferas de governo em relação ao controle, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde, com destaque para o método de transferência de recursos para o pagamento dos serviços de saúde (NASCIMENTO et al., 2009; OLIVEIRA, 2010).

Assim, tendo como missão “garantir o direito a saúde da população atendida pelo SUS, de forma integral e humanizada, através de uma rede de atenção qualificada e resolutiva e de uma gestão colegiada e participativa” e apresentando como princípios norteadores “a construção da rede integrada de serviços; a ampliação do acesso através da abertura de novos serviços e reorganização dos processos de trabalho; a humanização do cuidado em saúde; a qualificação da assistência, com ênfase na ação interdisciplinar; a gestão participativa e colegiada”. Os órgãos responsáveis pela saúde vêm caminhando com ações estratégicas de gestão que visam à construção de uma Rede de Saúde capaz de responder às necessidades de saúde da população (DE MAGALHÃES *et al.*, 2012)

Com isso, em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde, pela portaria 4.279, define as Redes de Atenção à Saúde “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2014b).

Para a melhoria da qualidade na assistência aos usuários do sistema de saúde brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) propõe a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o intuito de organizar os fluxos e os acessos aos usuários do Sistema Único de Saúde. Tais redes surgem para efetivar os princípios do SUS já pré-estabelecidos, no entanto, como toda mudança, necessitam de tempo e de ajustes para serem definitivamente efetivadas.

As RAS são um conjunto de ações e serviços de saúde articuladas em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde conformam o modelo de atenção à saúde. A RAS atuando de forma integral requisita o fortalecimento de cada lócus de intervenção (primária, secundária e terciária), para isso, torna-se relevante fortalecer as funções e perfis assistenciais de cada nível de atenção. No entanto, sem dividir excessivamente as margens assistenciais que possam dar condições a uma articulação integrada (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010; MENDES, 2011).

O primeiro nível organizacional da rede do SUS seria a atenção primária em saúde que tem como funções básicas: acolhimento, vinculações e

corresponsabilizações comunitárias. Atua prioritariamente na promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento de agravos comuns e prevalentes na população do distrito sanitário. Para sua resolutividade, requisita ainda integração com os outros níveis assistenciais, a dispensação de medicamentos, exames laboratoriais e de imagem, dentre outros (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010; MENDES, 2011).

O segundo nível de complexidade engloba a atenção secundária, o cuidado ambulatorial especializado. Embora ainda recorra a mecanismos de agendamentos burocratizados, encaminhamentos desconectados de interlocução com os outros níveis e precária disponibilidade tecnológica, enfatiza a assistência às pessoas com problemas específicos no processo saúde-doença.

Por fim, o terceiro nível de complexidade envolve a rede de atenção hospitalar e os serviços de emergência. A articulação hospitalar e/ou pré-hospitalar com as ocorrências em toda a rede assistencial é importante para dar resolutividade e reduzir danos à vida humana. Havendo uma intensa carga operacional nesse nível assistencial por atuar nos eventos com risco iminente de vida ou sofrimento intenso (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010; MENDES, 2011).

Comumente o acesso inicial dos usuários do SUS é pelo primeiro nível de atenção (atenção primária), sendo este a principal porta de entrada para acessar posteriormente a alta complexidade. Porém, com o novo modelo de redes, qualquer serviço é considerado porta de entrada e o usuário pode iniciar seu cuidado em qualquer ponto da rede. Mesmo com essa facilidade, a atenção primária ainda continua sendo a principal porta de entrada nos serviços e ainda é considerada a base para organização do SUS.

A rede de atenção à saúde deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Em 2011, após pactuações tripartite, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Sendo assim, todas as redes foram transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2013).

Em junho de 2011, logo após a criação do decreto, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 1.459, que vem assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (BRASIL, 2014a).

Tal portaria, citada a cima, refere-se à Rede Cegonha que tem como intuito a garantia de todas as mulheres, pelo SUS, ao atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida da criança. As medidas abrangem a assistência obstétrica (mulheres) – com foco na gravidez, no parto e no pós-parto como também a assistência infantil (crianças). Com isso, a Rede é organizada em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, tais como transporte sanitário e regulação.

O Programa também traz a “implementação” e ampliação dos equipamentos que atenderão estas mulheres nesta rede. Bem como, aparelhos que facilitem a detecção de possíveis doenças como a sífilis e o HIV; a capacitação dos trabalhadores da Rede para que os mesmos saibam não somente manusear aquele aparato tecnológico, como também compreender a perspectiva de humanização do cuidado que se quer consolidar; ressalta a importância do desenvolvimento de ações educativas, que promovam o vínculo da população às unidades de saúde e o direito ao parto humanizado, como um princípio para a redução da mortalidade materno-infantil.

Desde o início de sua implantação, a Rede Cegonha já teria como primeiro campo atuador as regiões: Norte, Nordeste e os grandes aglomerados metropolitanos. Haja vista, o alto número de mortes de gestantes e bebês nessas regiões, o que correspondia em 1990 a 53,7 mortes para cada 1.000 crianças nascidas vivas; e 63,9 gestantes mortas por 100.000 nascimentos (ONU, 2013). As causas das mortes iam desde falta de acompanhamento, pois existiam gestantes sem o acompanhamento no pré-natal; a não identificação de algumas doenças como eclampsia, HIV, infecções, dentre outras, em tempo hábil; fatores como a peregrinação da gestante na busca por leito em hospitais, o que acabava ocasionando o falecimento do feto; ou ainda o cuidado que se destina à parturiente no ato do parto e no pós-parto.

Na região de São Luís (MA) foi criado um Plano de Ação da Rede Cegonha, o qual foi elaborado a partir do diagnóstico situacional da saúde da mulher e da criança de cada município da região, da elaboração do desenho regional da Rede Cegonha com a utilização de uma matriz diagnóstica de saúde. A pactuação do desenho regional da rede foi realizada em reuniões do Grupo de Trabalho da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) São Luís (MA), com isso, tornou-se uma ferramenta norteadora para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, bem como para o monitoramento e avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha e pelo Ministério da Saúde (MARANHÃO, 2013).

Tal plano apresenta como objetivo da Rede Cegonha: a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e a reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Tendo como seus princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (MARANHÃO, 2013).

Mesmo com todos os investimentos necessários para implantação da rede, as realidades encontradas em todo o território brasileiro são distintas. Em alguns estados podem ser verificadas grandes mudanças e em outros ainda caminham mais lentamente. No que diz respeito ao investimento em mídias diversas feitas pelo Ministério da Saúde e atenção de vários movimentos sociais podem ser observados em uma rápida visita virtual, podendo encontrar materiais de campanha, vídeos, documentos de adesão municipal, cartilhas e até cordéis (PORTELLA, 2014).

O investimento já mostrou resultado, segundo o Ministério da Saúde (2012), registrando queda recorde nos números de mortes maternas em 2011,

primeiro ano de funcionamento do programa Rede Cegonha. Entre janeiro e setembro de 2011, foram contabilizados 1.038 óbitos decorrentes de complicações na gravidez e no parto – o que representa queda de 21% em comparação ao mesmo período de 2010, quando 1.317 mulheres morreram por estas causas.

O momento da gestação apresenta vários riscos tanto para a mãe como para o bebê, como diabetes gestacional, hipertensão gestacional, eclampsia e na atualidade o uso de substâncias psicoativas vem se tornado um problema frequente nos serviços de saúde com as gestantes.

Realizar o cuidado de gestantes usuárias de substâncias psicoativas exige um preparo especial por parte da equipe de saúde, pois consiste em um trabalho bastante complexo de uma equipe multidisciplinar, trabalhando de forma articulada e respeitando a gestante. Isso porque os profissionais devem tratar as usuárias com as suas particularidades, tendo consciência das implicações éticas e legais do seu trabalho (KUYAVA, 2013).

Por isso, torna-se fundamental a efetivação da RAPS. No entanto, essa rede precisa se comunicar com as outras redes de cuidado para prestação de um cuidado integral para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Em suas portarias, as redes não se comunicam. Com isso, tornando-se uma responsabilidade dos profissionais de saúde dos diversos dispositivos da rede que devem se conectar para que haja a produção do cuidado para todos, pois uma gestante não é só uma gestante, ela pode apresentar outras necessidades de saúde. Ela é um ser singular e precisa de diversas ferramentas de cuidado.

Tendo em vista as questões acima expostas, para a usuária, a rede que concretamente lhe faz sentido é aquela que possibilita o cuidado, recursos e conforto com o intuito de reduzir o seu sofrimento. As redes elaboradas pelos protocolos, com fluxos previamente definidos, são de essencial importância para a gestão do cuidado. No entanto, tais redes se mostram insuficientes, pois trabalham com recortes específicos por área da clínica, sem prever o intenso cruzamento que existe entre elas. Assim, as orientações protocolares acabam não se comunicando com outras redes.

Vale ressaltar às redes de cuidado produzidas pelos próprios trabalhadores, durante seu processo de trabalho vivo. É comum se observar esse tipo de comportamento em Unidades de Urgência e em outros serviços de saúde. Os trabalhadores buscam outras conexões com suas redes de contato profissional para garantir uma “linha de cuidado” emergencial, não prevista, para atender uma necessidade imediata dos usuários (FRANCO, 2013).

Com isso, pode-se observar a construção de redes por meio da própria equipe, que acabam utilizando do atributo da liberdade que lhe é possibilitado no seu trabalho vivo. Este espaço é administrado pelo próprio trabalhador, que consegue na molecularidade das relações do trabalho cotidiano trabalhar conforme os seus interesses, possibilidades e sentidos que atribui ao ato de cuidar.

Aqui se pretende também revelar o protagonismo dos usuários no que diz respeito à fabricação de redes de cuidado. Para buscar assistência, conforto, consolo e possibilidades de proteção à sua vida, constitui relações dentro dos serviços e também na comunidade, com grupos, entidades, dispositivos variados, que representam possibilidades de cuidado.

Observa-se que os usuários são protagonistas do seu cuidado e compartilham ações nessa direção, mesmo que isto não seja formalmente ou institucionalmente pactuado entre eles e a equipe da Unidade de Saúde. A paisagem social é repleta de possibilidades, com as quais eles se identificam com alguns e com elas se vinculam, sendo estas paisagens sociais: grupos de atividades ocupacionais, religiosos, inúmeras possibilidades não alopáticas de cuidado, práticas integrativas, para citar apenas alguns em um mosaico sócio-afetivo que opera fortemente como força propulsora destas redes.

A pesquisa parte, portanto, do pressuposto de que operam ao mesmo tempo para a gestão do cuidado, redes que são pensadas e organizadas por norma dos gestores, e aquelas que escapam a qualquer normativa e se constituem no ambiente da micropolítica do processo de trabalho. Estas podem assumir diferentes e variados formatos, pois são construídas para atender a necessidades específicas, recortadas em um espaço e tempo singulares.

Do mesmo modo que se formam e ganham força e características de cuidado a uma pessoa, ao atender ao seu objetivo (garantir acesso, recursos e cuidado à usuária), essas redes podem inclusive se desfazerem de forma natural. Portanto, são redes que têm fluidez, maleabilidade, flexibilidade e existência efêmera ou podem se instituir ganhando novos formatos no interior dos serviços de saúde.

Com isso, a produção da vida e o cuidado se dão sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza e se produz de forma ordenada, mas ela acontece a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade (FRANCO, 2013).

Essas características são próprias da atividade cotidiana dos trabalhadores ao constituírem suas redes, porque lidam com o inusitado e a imprevisibilidade, e são instigados a um trabalho criativo, aquele no qual o seu principal recurso é sua vontade, associado a todo arsenal tecnológico para o cuidado, que contribui para o manejo das situações que o desafiam. Portanto, percebemos que tudo acontece mediante o protagonismo dos trabalhadores e usuários, sem o qual as redes não aconteceriam. É neste sentido que Merhy *et al.* (2014) designa de Rede Viva as redes em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam e, às vezes, elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto.

As Redes Vivas não existem por si mesmo, elas são construídas pelos usuários em suas relações com os profissionais, com eles mesmos, com os familiares, com a religião, com o mundo e todos os seus dispositivos, assim produzindo conforto e apoio no seu cuidado. Nas Redes Vivas nada é pré-formatado, seus personagens de produção são protagonistas. Vale ressaltar que a mesma não é contrária à rede formal, elas não se opõem, elas convivem. Em alguns momentos, a rede formal não funciona e as Redes Vivas se instalam, outras vezes, elas são complementares e algumas vezes a rede formal nem existe só as Redes Vivas que funcionam. Sendo assim, as Redes Vivas vêm para adicionar no cuidado.

Uma fragilidade encontrada no estudo das redes é que, em nenhum momento, as redes formais se comunicam em suas portarias e decretos, uma vez que, na vida dos usuários dos sistemas de saúde elas se entrelaçam e acabam desencadeando no surgimento de novas redes. Em alguns momentos, produzem redes que servem de subsídio para o cuidado. Tais redes que são produzidas pelos usuários, trabalhadores, famílias e todos que prestam o cuidado são denominadas de Redes Vivas.

4 OS ENCONTROS NA PRODUÇÃO DE NARRATIVAS

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utiliza como ferramenta de análise a cartografia para responder o objetivo compreender a produção do cuidado na Rede Cegonha, sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas.

Mas o que seria cartografia? Para os geógrafos, a cartografia é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo presente nos movimentos de transformação da paisagem, diferentemente do mapa que é a representação de um todo estático. Cartografias não são encontradas apenas na geografia, as paisagens psicossociais são também cartografáveis, sendo este o processo de acompanhar e fazer, ao mesmo tempo, o desmanchamento de certos mundos (sua perda de sentido) e a formação de outros (ROLNIK, 2014).

Segundo Moura e Hernandez (2014), os mapas também podem ser pensados como objetos abertos por diferentes métodos, conectáveis e modificáveis, que se prestam a interpretações poéticas, incorporam valores culturais e crenças políticas ao figurarem e reconfigurarem o espaço, como definem Deleuze e Guatarri (1995, p.22):

(...) 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.

Com isso, encontramos a terceira pista para do método da cartografia: cartografar é acompanhar um processo e não representar um objeto (KASTRUP, 2012, p.52). Sendo a tarefa do cartógrafo, segundo Rolnik (2014, p. 23):

(...) dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devora as que lhe parecem elementos possíveis para a compreensão das cartografias que se fazem necessárias.

Assim, o fazer cartografia é a produção de mapas existenciais compostos de linhas, as mais variadas que os atravessam, sempre em movimento, ativas nos encontros e envoltas em relações de forças. Nos interessa utilizar desta caixa de ferramentas para analisar os fluxos da produção do cuidado nas redes, produção de afetos, enfim, produção de vida.

Diante do exposto, a cartografia se propõe como uma representação móvel e dinâmica de um complexo processo ou percurso, o qual transforma o cotidiano de um grupo de trabalhadores, usuários e até mesmo de uma instituição diariamente. Porém, o caráter fecundo desse instrumento consiste em partir do que é cotidiano, o que por vezes encontra-se engessado. É a captura do real e sua exposição que permitem a visualização da transformação que sofremos, sem, no entanto, fazer juízo de valor. Faz-se necessário perceber a dimensão subjetiva daquela dada produção sendo analisada, a partir das singularidades de cada sujeito inserido na construção daquele processo.

Em suma, cartografar se torna um processo no qual o cartógrafo não tem pressupostos, não tem roteiro, não tem método fechado, o que é diferente da forma convencional de produção. Ele se conduz ao campo aberto ao inusitado, não esperado, acaso, para adentrar na experiência de vida do usuário guia, assim, vão emergindo processos diante do caminhar do pesquisador junto ao usuário guia.

4.2 CARACTERIZANDO A ILHA DO AMOR

A pesquisa foi realizada no município de São Luís no estado do Maranhão. O estudo foi realizado inicialmente nos serviços com atendimento da Rede Cegonha (maternidades e unidade de atenção primária). Mais adiante será apresentado detalhadamente esse território de vidas que buscam o cuidado.

O Estado do Maranhão é dividido em macrorregiões em um quantitativo de oito, sendo estas: Macro São Luís, Macro Imperatriz, Macro Coroatá, Macro Basal, Macro Pinheiro, Macro Presidente Dutra, Macro Caxias, Macro Santa Inês. Cada Macrorregiões tem sua subdivisão, no qual a Macro São Luís é dividida em

quatro Regiões, no qual o município de São Luís é denominada a Região 1, podendo ser melhor visualizado na Figura 1.

Figura 1 – Mapa das Regionais do Maranhão



Fonte: MARANHÃO, 2013.

Fundada no dia 8 de setembro de 1612, São Luís é a capital do estado do Maranhão, que está localizada na ilha Upaon-Açu (denominação dada pelos índios tupinambás significando "Ilha Grande"), no Atlântico Sul, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar. Em 1621, quando o Brasil foi dividido em duas unidades administrativas - Estado do Maranhão e Estado do Brasil - São Luís foi a capital da primeira unidade administrativa, sendo que, em 1737, com a criação do Estado do Grão-Pará e Maranhão, Belém passa a ser a nova capital (SÃO LUÍS, 2014).

O município de São Luís possui 1.014.837 habitantes (IBGE, 2010). Ocupa uma área de 834.785 km² e está localizado no Nordeste do Brasil, a dois graus ao Sul do Equador, a 24 metros acima do nível do mar. São Luís é a única

cidade brasileira fundada pelos franceses, sendo uma das três capitais brasileiras localizadas em ilhas (as outras são Florianópolis e Vitória).

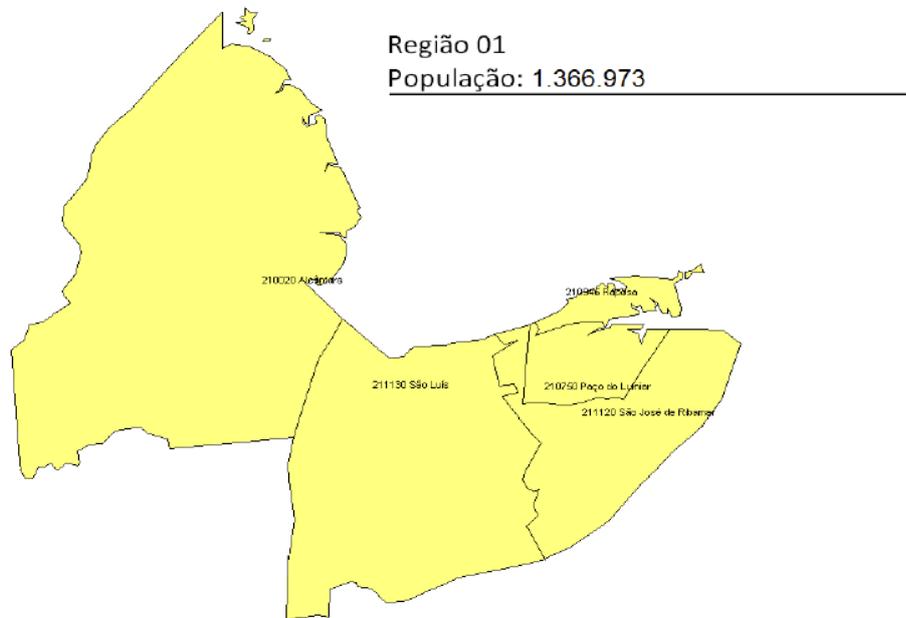
A cidade apresenta um grande patrimônio cultural, rico em poemas e romances feitos por ilustres conterrâneos, tais como: Aluísio de Azevedo, Gonçalves Dias, Graça Aranha, entre outros. Tal romantismo tornou a cidade conhecida como Ilha do Amor. Além da literatura, a gastronomia peculiar, os ritmos cadenciados dos tambores transbordam alegria e sensualidade por meio do tambor de crioula, do reggae e do bumba-meu-boi (SÃO LUIZ, 2016).

Outro bem patrimonial histórico da cidade são as construções do século XIX, que são reveladas através de seus casarões e fachadas azulejares. Tais obras deram a São Luís o título de capital brasileira com maior número de casarões em estilo tradicional português e maior conjunto arquitetônico homogêneo da América Latina.

A capital concentra grande parte do Produto Interno Bruto (PIB) do estado e passa por um processo marcante de crescimento econômico. O Estado, o maior empregador formal e, apesar de ter o segundo menor índice de pobreza do estado, a desigualdade social é muito acentuada. Na ilha de São Luís, pode-se destacar a poluição do rio Anil e a degradação de suas margens e leito, com a destruição das matas ciliares e assoreamento significativo devido ao derramamento do esgoto (doméstico e industrial) e a deposição de lixo.

A região de saúde da capital maranhense é composta por cinco municípios: São Luís, Paço do Lumiar, São José de Ribamar, Raposa e Alcântara. Podemos visualizar na Figura 2 abaixo:

Figura 2 – Mapa da Região de Saúde de São Luís



Fonte: MARANHÃO, 2013.

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), com base no mês de outubro/2011, o município de São Luís, sede da Macrorregião de Saúde, possui 50 Centros de Saúde da Família (CSF), três CAPS, quatro Unidades Mistas, três Hospitais de Urgência e Emergência, 10 Hospitais, sete Maternidades, seis Centros de Especialidades Médicas. O município dispõe de serviços de média e alta complexidade, assim como os serviços especializados.

Como o estudo foi realizado na Rede Cegonha do município em questão, foi disponibilizado o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da Comissão Intergestores Regionais (CIR) - São Luís do estado do Maranhão. O plano segue o desenho definido pelo Plano Diretor de Regionalização-PDR/2008, definido pela Resolução CIB/MA nº 46/2011, de 16.07.2011 que instituiu as 19 CIR em conformidade com o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

O processo de construção das Redes de Atenção à Saúde no Estado do Maranhão encontra-se em andamento e, conseqüentemente, a Rede Cegonha está

nesse mesmo processo. Com isso, acredita-se que será possível que os resultados do presente estudo contribuam ou auxiliem em possíveis intervenções na presente rede. A escolha por esse território se deu pela solicitação do Ministério da Saúde (MS), pois a presente pesquisa é um recorte de um projeto maior. Tal projeto está sendo realizado em vários municípios brasileiros, nos quais o MS especificou as redes de atenção à saúde que terão de ser estudadas em cada município.

São Luís é um campo de pesquisa rico e inquietante, pois é um território com um processo político-histórico potente e singular no cenário brasileiro. Devido ao forte poder político nele existente.

4.3 PERSONAGENS QUE SE ARTICULAM COM A USUÁRIA GUIA

Participaram do estudo gestores, trabalhadores de saúde, familiares da usuária guia e a protagonista deste estudo. No entanto, se faz pertinente o esclarecimento de algumas questões. Como foi o processo de escolha dessa usuária guia? Inicialmente, foram realizadas oficinas com gestores e trabalhadores de saúde para a apresentação da pesquisa, com momentos de discussão sobre os serviços de saúde, suas fragilidades, dificuldades e a esperança de mudança. No momento seguinte, solicitou-se que os participantes da oficina relatassem um caso complexo presente em sua área de cuidado.

Mas o que definiria um caso complexo para a pesquisa? Para este estudo, o caso complexo seria o de uma pessoa que possuísse um problema de saúde que incomodasse a equipe, gerando tensão no serviço e uma inquietude ao pensar em uma solução do caso. Assim, foram eleitos vários casos e, ao fim da oficina, os próprios participantes elegiam quem queriam que fosse a usuária guia, a qual teria sua história de vida produzida ou reproduzida durante seu momento gestante.

No Quadro 1 serão apresentados os personagens deste estudo. Vale destacar que os nomes aqui expostos são fictícios, sendo escolhidos pela autora. A escolha de flores para nomear cada personagem da história da usuária guia,

emergiu devido ao estudo ser referente, prioritariamente, sobre a Rede Cegonha, a qual diz respeito ao cuidado materno infantil. Quando nos remetemos à gestação vem em mente a imagem de uma mulher florescendo para se tornar mãe. Foi o que nos mostrou a protagonista deste estudo, que floresceu para a maternidade e para a vida.

Quadro 1 - Personagens da história de vida da usuária guia

Grupos	Quantitativo	Nome fictício
Gestores	3	Gestor do Município Rede Cegonha (G1)
		Gestor do Estado Rede Cegonha (G2)
		Gestor do Município da Saúde Mental (G3)
Trabalhadores de Saúde	4	Médica do CSF (Hortência)
		Enfermeira do CSF (Jasmim)
		ACS do CSF (Dona Rosa)
		Motorista (Boca de Leão ou “Boca”)
Usuária guia	1	Gestante usuária de <i>crack</i> (Flor de Cacto ou “Flor”)
Familiares	6	Mãe da usuária guia (Dona Lírio)
		Pai da usuária guia
		Irmão da usuária guia
		Primo da usuária guia
		Filho do Primo da usuária guia

		(Copo de Leite)
		Filha da usuária guia (Florzinha)

Para justificar os nomes fictícios citados no Quadro 1, caracterizaremos cada personagem logo abaixo. Os gestores foram classificados com ordem numérica, para maior facilidade de análise. Os personagens que não receberam nomes de flores não tiveram contato com o grupo de pesquisadores. Eles só estão presentes no estudo por terem sido mencionados pelos personagens.

Hortênsia, médica da CSF. Foi realizado um único encontro com a médica durante a pesquisa, a qual relatou não lembrar do caso da Flor. Segundo a médica, tal esquecimento se deu pelo fato de atender muitos pacientes na unidade. A profissional foi caracterizada como Hortênsia por conta de tal espécie florífera ter vários princípios ativos. Tal característica mostra um pouco da atual realidade dos médicos nos CSF's brasileiras.

Jasmim, a enfermeira da CSF. Uma profissional que em seus relatos mostrou-se com medo de se inserir no território, pois o mesmo é uma das regiões com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município. Mesmo diante deste cenário, tal profissional afirma que Flor de Cacto foi o primeiro caso de gestante usuária de drogas. Segundo ela, a sua Unidade de Saúde se encontra longe do território de cuidado. Apesar do medo, Jasmim sempre se mostrou participativa e dedicada. A escolha do nome se deu por conta da sua delicadeza, similar a da planta.

Dona Rosa, a ACS. É uma pessoa inserida na comunidade, prestativa, comunicativa, porém, em muitos momentos, se mostrou controladora, pois queria estar presente em todos os lugares. Tal posicionamento, muitas vezes, se tornava um obstáculo, pois a profissional tentava encobrir algumas questões. A escolha do nome se deu por conta da rosa ser uma das flores mais bonitas e presentes na natureza, no entanto, tal flor possui espinhos que atrapalham no processo de aproximação.

Boca de Leão ou "Boca", o motorista. Um homem que reside na comunidade e realiza transporte de pessoas com preços populares, principalmente

de doentes ou de pessoas que precisem de serviços de saúde. Nasceu e cresceu em Ilhinha, conhece toda a história do bairro e de seus moradores. A escolha do nome se deu pelo fato de tal flor remeter a amizade e é isso que o “Boca” cultiva na localidade onde mora e no seu trabalho.

Flor de Cacto ou “Flor”, a usuária guia. Muitas vezes é uma interrogação. A cada encontro surgiam novas dúvidas sobre sua vida. Uma mulher que se vinculou com o contexto de uso de *crack*, fez uso durante todo o seu processo gravídico e depois do nascimento de sua filha foi tão fortemente afetada que deixou de fazer uso da droga sem nenhum acompanhamento de serviços de saúde. A escolha do nome se deu pelo fato de, muitas vezes, Flor ter se mostrado ríspida e distante, cheia de espinhos. No entanto, em meio a tanta “secura”, uma mãe acabou florescendo para uma nova vida.

Dona Lírio, a mãe. Uma mulher trabalhadora, bastante religiosa, que, em nenhum momento, desistiu de sua filha. Foi a única que cuidava da filha enquanto a mesma estava inserida no contexto das drogas. Os lírios significam amor eterno e pureza, tudo que essa mãe representa para Flor de Cacto.

Copo de Leite, filho do Primo da usuária guia. Para “Flor” ele é um menino muito bom, tranquilo, amoroso e a pessoa de sua família que ela apresenta ter mais afeto em suas falas. No entanto, ele é usuário de *crack*. Quando está sob o efeito da droga, ele se torna violento e rouba a família para alimentar seu vício. A escolha do nome copo-de-leite se deu por esta ser uma flor que significa pureza, paz e tranquilidade. Mesmo com todas essas qualidades, tal flor é tida como tóxica, por isso, o sentimento de medo e afastamento da maioria das pessoas. Realmente existe um grau de toxicidade, porém médio – não causa letalidade nem em um animal.

Florzinha, a filha da Flor do Cacto. Uma criança que sempre é referenciada pela mãe como “saudável” e que “não teve nenhum problema por causa da droga”. Porém, em nossos encontros, observou-se que a mesma se mostrava muito inquieta e com choro fácil. Será chamada de florzinha, pois é o que Flor de Cacto produziu de melhor.

A participação de todos os sujeitos da pesquisa se deu somente, a partir da aceitação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 FERRAMENTAS PARA PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES

Para a obtenção dos dados com abordagem qualitativa foram utilizadas as seguintes ferramentas: documentos, entrevistas em profundidade, observação sistemática, diário de campo e usuário guia. Seguindo a ordem cronológica na qual os instrumentos foram utilizados:

- **Documentos**

Os documentos (portarias, leis, decretos e relatórios de gestão), possibilitaram realizar a análise ampliada de questões referentes à implantação das redes de atenção à saúde. Esses documentos, sejam escritos ou não, constituíram uma fonte extremamente preciosa, permanecendo como um testemunho de atividades particulares ocorridas num passado distante e, inclusive, recente (CELLARD, 2008).

Assim, a escolha dos documentos se deu de acordo com as orientações que estruturam o funcionamento dos programas, redes e serviços das diversas áreas em estudo. Aqui serão analisados os documentos dos organismos oficiais, como o Ministério da Saúde, e os prontuários da usuária guia.

A análise de tais documentos se deu por meio de três etapas: 1) leitura dos documentos, com anotações em fichas de leitura contendo resumo, referência bibliográfica da publicação, além de algumas transcrições de trechos que puderam ser utilizados posteriormente; 2) organização do material após leitura exploratória para composição de quadro síntese de cada documento; 3) identificação dos eixos temáticos e conceitos contidos nos documentos, independentes da correlação cronológica, para identificar os elementos que respondam aos objetivos e questionamentos da pesquisa; 4) articulação com o referencial teórico para discussão dos resultados.

- **Entrevista em profundidade**

Segundo Da Silva (2005) esta técnica busca expressividade no grupo a ser estudado. Para isso, deve-se dar início com perguntas com caráter mais

concreto, factuais e relacionadas às experiências cotidianas dos sujeitos. Só assim, gradativamente, serão inseridas novas perguntas que deverão envolver reflexões mais abstratas e julgamentos. O informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador são feitas de forma a buscarem mais profundidades nas reflexões. Não se restringindo apenas ao que foi dito, como também passando a barreira do não dito (MINAYO, 2010).

Neste tipo de entrevista, a arte do investigador consiste em não condicionar respostas, mas permitir ao entrevistado falar livremente e com isto, descobrir as tendências espontâneas em lugar de canalizá-las. Nessa forma de abordagem não se pode trabalhar ao mesmo tempo com um grande número de pessoas. Se se desejar trabalhar, por exemplo, com grupos, a abordagem necessariamente terá que ser outra, por exemplo, o grupo focal, que é largamente utilizado nas pesquisas em Saúde Coletiva (DA SILVA, 2005).

É válido ressaltar que as gravações das entrevistas foram armazenadas na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. E, após a gravação, todos os áudios ficaram à disposição dos entrevistados, a fim de que os mesmos pudessem ouvi-las e confirmar a veracidade dos fatos. Os entrevistados também podem ficar à vontade para modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento.

Nos primeiros encontros com os entrevistados, utilizamos uma pergunta que deu início às suas falas livres. Muitos dos personagens presentes neste estudo tiveram mais de um encontro com o pesquisador. Nos encontros que seguiram, após o primeiro contato, foram abordadas questões que esclareceram dúvidas do pesquisador.

- **Observação sistemática**

A observação é a técnica que utiliza os órgãos do sentido para conhecer a realidade. Embora empregue, prioritariamente, a visão ao adentrar no cenário de um fenômeno a ser observado, o pesquisador coloca a sua disposição os outros órgãos do sentido, sem muitas vezes se dar conta. Desse modo, observar não significa simplesmente olhar. Sem contar que há, inclusive, os que olham e nada veem (SANTANA, 2010).

A observação dos fenômenos, qualquer que seja a sua natureza, constitui o núcleo de todo procedimento científico, de maneira a compreender a realidade de forma complementar, pois figura sistematicamente ao lado das outras técnicas de

coleta do material qualitativo, tais como: a entrevista, os relatos de vida ou ainda a pesquisa documental (JACCOUD; MAYER, 2008).

É necessário, assim, que, na observação sistemática, o pesquisador observe a linguagem corporal e as variações da fala, como: voz embargada, balanceio no momento de pronunciá-la ou ato falho, enfim, se deve observar atentamente todas as expressões verbais e não verbais (TURATO, 2003). Com essa técnica complementar será possível uma análise mais completa das informações.

A observação sistemática foi orientada por um roteiro de observação, para possibilitar o confronto entre os dados apreendidos, a representação (depoimentos) e a prática concreta do processo de produção do cuidado na Rede Cegonha e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial. Esse foi o segundo momento, pois nele o pesquisador pode identificar os sujeitos-chave para a pesquisa, servido como base para o próximo passo.

- **Caderno de campo**

O caderno de campo é o instrumento para todas as anotações da pesquisa e do pesquisador ao mesmo tempo. É nele que são feitas as descrições de comportamentos, ações, atitudes, sujeitos, ambiente físico, atividade, diálogos e até mesmo as inquietações do pesquisador sobre o local de estudo. O caderno de campo, segundo Cruz Beto (2000) beneficia o registro

...que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final de investigação. Quanto mais rico for em anotações, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado (2000, p. 64).

Sendo o caderno de campo uma ideia próxima à etnografia – sem a preocupação de se naturalizar no meio, pois a observação e o registro são feitos de maneira factual –, tal método também possibilita a observação dos aspectos sensíveis ao problema que está sendo investigado, considerando as implicações do próprio pesquisador.

É um instrumento de fundamental importância para o cartógrafo, que se preocupa com os dados na sua forma de produção, ou seja, como eles são fabricados, e não apenas com os produtos ou os dados finais. É por meio do caderno de campo que são registrados os afetos que se efetuam nas vivências do pesquisador (MERHY, 2013).

- **Oficinas**

A Oficina é uma das modalidades de formação contínua por meio da qual é feita a identificação prévia e objetiva das necessidades de formação. Esta também é uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseando-se no tripé: sentir-pensar-agir. A metodologia da oficina muda o foco tradicional da cognição e passa a incorporar a ação e a reflexão. Em outras palavras, numa oficina ocorrem apropriação, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva. Oficina é uma forma de construir conhecimento com ênfase na ação, sem perder de vista, porém, a base teórica (PAVIANI; FONTANA, 2009).

As oficinas foram utilizadas como ferramenta para apresentação da pesquisa e para a escolha do usuário guia. Segundo Carvalho *et al.* (2015. P. 373):

A escolha do usuário guia traçará o mapa existencial, decisão está tomada em conjunto com os trabalhadores de saúde (sendo os mesmos toda a equipe que produz cuidado no serviço de saúde, desde o porteiro até o gestor da unidade) de um determinado território em estudo, profissionais de todos os níveis de atenção à saúde, no qual por meio de oficinas é possível fazê-lo se reconhecer como informantes guias e assim disponibilizar informações preciosas para o desenvolvimento da pesquisa.

Inicialmente, foram escolhidos os trabalhadores da atenção primária, devido à proximidade da equipe de saúde com o território de análise. Tal escolha também se deu pelo fato de as unidades de saúde de tais territórios também possuírem programas e políticas voltados à atenção materno-infantil. Após a apresentação da pesquisa, os informantes-chaves (trabalhadores de saúde) relataram casos referentes à temática de estudo. Tais informações foram representativas no seu cotidiano de assistência e, posteriormente, no processo de escolha de um usuário guia pelo grupo da oficina.

Com isso, as oficinas emergiram como um instrumento do mapeamento para a efetivação dessa articulação, pois foi durante tais oportunidades que os casos foram surgindo espontaneamente no discurso dos informantes. Além disso, tais discussões também suscitaram as fragilidades dos serviços de saúde disponíveis para a sociedade local por meio das queixas e angústias apresentadas pelos profissionais de saúde. A entrada no território deste usuário guia para a construção

dos seus fluxos de cuidado tornou possível o conhecimento da sua história de vida, ou melhor, da sua história de cuidado.

- **Usuário guia**

O usuário guia permitiu a entrada em suas linhas de cuidado, traçando os caminhos percorridos por ele e por todos os envolvidos, direta ou indiretamente, na sua produção de cuidado. Por meio do acompanhamento do usuário guia foram descobertas novas redes de cuidado que são construídas e inventadas fora do próprio sistema de saúde. Muitas vezes, tais caminhos são tomados para vencer as barreiras produzidas no próprio sistema de saúde (GOMES, MERHY, 2014).

O usuário guia é um protagonista de seu cuidado, sendo um produtor de saber. Tal saber não é dominado, nem hierarquizado, mas sim transversalizado. Ele induz a desacomodação e distribuição das relações de saber-poder, além de criar redes de sustentabilidade e produção da vida. Este conhecimento se apresenta como uma ferramenta analisadora do cuidado, que convida a um mergulho nas suas redes existenciais (ROCHA *et al.*, 2014).

Desta forma, o usuário guia torna-se uma ferramenta de fundamental importância para a realização da cartografia, pois esta estuda a vida em movimento e suas potencialidades para compreender um pouco da realidade vivenciada.

4.5 PLANO DE ANÁLISE

Para a análise do presente estudo, dentro da perspectiva cartográfica, utilizou-se a ideia e os princípios rizomáticos. Rizoma é uma figura da botânica, que foi apropriada por Deleuze e Guatarri (1995) para falar sobre as produções de saberes que são tratadas pela filosofia de tais autores. Tal figura trata-se de uma espécie de caule ou radícula que não permite a percepção dos seus limites com precisão. Além disso, o rizoma também é caracterizado por ser uma espécie que se espalha de forma subterrânea e horizontal.

Tal conceito teve a sua ideia cunhada 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. Para os autores (1995, p. 8), “um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança”.

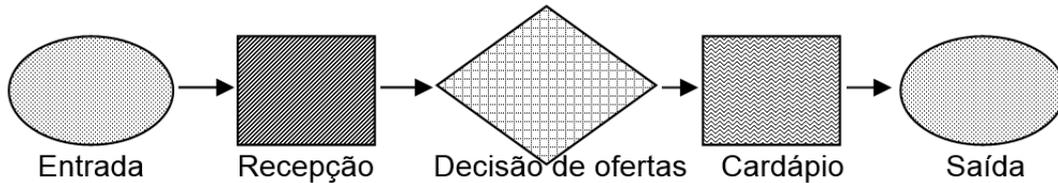
As características do rizoma necessitam responder aos seguintes princípios: **conexão e heterogeneidade**, onde qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo; **multiplicidade**, quando o múltiplo é efetivamente tratado como substantivo, multiplicidade, que ele não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo; **ruptura a-significante**, a qual afirma que um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também pode ser retomado segundo uma ou outra de suas linhas; **cartografia e decalcomania**, um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. Ele é estranho a qualquer ideia de eixo genético ou de estrutura profunda (DELEUZE; GHUATARRI, 1995).

A técnica de análise utilizada foi inspirada no fluxograma analisador de Merhy (1997b), o qual se baseia na concepção de cartografia, que se refere à produção de sentidos na medida em que outros e novos sentidos se produzem e que implica num olhar sobre processos dinâmicos do cotidiano que só podem ser descritos em termos de relatos provisórios. O fluxograma consiste no mapeamento dos fluxos e dos processos de trabalho, publicizando-os, cartografando-os por meio de uma representação gráfica, tornando-os uma ferramenta para reflexão da equipe. De acordo com Barboza e Fracolli (2005), se constitui numa ferramenta que interroga os “para que?”; os “que?” e os “como?” do processo de trabalho.

Para a sua visualização, o fluxograma utiliza símbolos, sistematizados num diagrama que representa o modo de organizar os processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção do cuidado. O eixo condutor do fluxo a ser representado é o usuário, geralmente sistematizado a partir da ideia de linha de cuidado. Os símbolos utilizados no fluxograma são padronizados universalmente e podem ser observados na Figura 3, uma representação gráfica dos símbolos básicos desde a entrada até a saída do processo (elipses), passando ainda pelos momentos nos quais se realizam etapas importantes de trabalhos na cadeia produtiva, com consumo de recursos e produtos

bem definidos (retângulos). A mediação entre estas etapas é representada pelos losangos e quadrados, que representam, respectivamente, os momentos de decisão em relação às opções disponíveis e as ações desenvolvidas no processo (FRANCO *et al.*, 1999; MERHY, 1997b; REIS; DAVID, 2010).

Figura 3 – Fluxograma analisador de uma unidade de saúde



Fonte: Merhy (1997b).

Nesta ferramenta analisadora, os diagramas representam todos os usuários de saúde com suas ações (saberes e práticas), nas suas diversas intervenções tecnológicas em nível individual ou coletivo e seus fluxos dentro do sistema de saúde. O que impõe “poder” ao fluxograma é o “conjunto de atores éticos políticos que estão envolvidos com o processo de construção e com a avaliação dos seus achados, tornando-o um dispositivo analisador” (REIS; DAVID, 2010).

Diante do exposto anteriormente, o fluxograma elaborado na pesquisa trata-se de uma adaptação do modelo de Merhy. Desta forma, constituiu-se o traçar com uma usuária guia, sendo analisado seu percurso assistencial na Rede de Cegonha de São Luís no Maranhão. Assim, foi avaliado o processo de trabalho e gestão (a construção do cuidado, a dinâmica da equipe, as tecnologias utilizadas, a relação com o usuário, onde houve falha, porque foi bem-sucedida, o que poderia ter sido feito para evitar ou amplificar tal situação), possibilitando a captação, interpretação e aprofundamento do objeto de investigação *in loco*.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Como a pesquisa foi realizada em seres humanos, assim é necessário seguir os aspectos éticos adequados. Consta na Resolução 466/12 que: “toda

pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2012). Com isso, o pesquisador fica responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco, malefício ou danos à saúde do sujeito participante, garantindo com isso a autonomia do sujeito de participar ou não do estudo.

Esse trabalho trata-se de um recorte de um projeto nacional intitulado “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”, coordenado pelos professores Emerson Merhy, Túlio Franco e Marcelo Land. E tendo como coordenadora em Fortaleza (CE) e São Luís (MA) a professora Maria Salete Bessa Jorge. Com parecer do Comitê de Ética de número 560.597, de 21 de março de 2014, do Rio de Janeiro (ANEXO A).

Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assinaram quando desejaram participar da pesquisa. Tal medida atende aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O TCLE foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados (APÊNDICES E, F, G).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse momento, se inicia a descrição da cartografia da Rede Cegonha em São Luís (MA) e de uma usuária guia da rede em questão. Com a pretensão de analisar e compreender a produção do cuidado na Rede Cegonha, sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas. Para isso, a cartografia será utilizada como caixa de ferramenta para a produção deste trabalho.

Vale ressaltar a atuação do pesquisador dentro da própria pesquisa. Originário de Fortaleza, o pesquisador foi levado ao território de São Luís, até então desconhecido para ele, para mergulhar em tal pesquisa. Esse deslocamento o retirou da sua “zona de conforto” doméstica e familiar. Todo esse processo possibilitou que o pesquisador tomasse caminhos distintos que vão para além do conhecimento usual. Com isso, durante a pesquisa, surgiram tais questões: Como entrar no território onde não se conhece ninguém? Como entrar nas comunidades? Como se vincular com o usuário guia? Tais indagações tornaram o processo inquietante, pois referem-se a capacidades criativas, percepções de cenários e construção de redes de apoio.

5.1 CENÁRIOS DE SÃO LUÍS (MA)

5.1.1 Rede Cegonha: desafios, dificuldades e potencialidades

A pesquisa foi realizada no município de São Luís (MA), com isso, para a caracterização da Rede Cegonha (RC), foi disponibilizado ao pesquisador o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da Comissão Intergestores Regionais da localidade. Além disso, também foram captadas narrativas de dois gestores, sendo um do Estado e outro do Município, os quais participaram ativamente do processo de construção e implantação da rede naquele local.

A ação segue o desenho definido pelo Plano Diretor de Regionalização-PDR/2008, definido pela Resolução CIB/MA nº 46/2011, de 16 de julho de 2011, que instituiu as 19 CIR em conformidade com o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho

de 2011, o qual regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

O Plano de Ação da Rede Cegonha do estado maranhense foi elaborado a partir do diagnóstico situacional da saúde da mulher e da criança de cada município. A elaboração do desenho regional da Rede Cegonha com a utilização de uma matriz diagnóstica de saúde obedecendo à Portaria 650 MS/GM, de 05 de outubro de 2011, e dos princípios que regem a portaria regulamentadora da Rede Cegonha. A pactuação do desenho regional da rede foi realizada em reuniões do Grupo de Trabalho da CIR São Luís (MA). Tal processo é verificado na narrativa dos gestores.

Na Rede Cegonha, a primeira adesão foi à portaria que saiu para os municípios. Foi o componente que foi do pré-natal, qualifica e saúde da criança, essa adesão foi feita. O município fez a adesão sozinho porque o componente um (pré-natal) pode fazer isso. O componente dois (parto e nascimento) foi uma adesão regional. O processo começou com a discussão na CIR, depois, nós criamos um grupo técnico pelos cinco municípios que compõem a regional, que são: Raposa, Paço do Lumiar, Ribamar, São Luís e Alcântara. Foi feito o plano, que foi aprovado em CIR e depois aprovado em CIB. Essa versão final teve algumas alterações, a partir do Estado para aprovação em CIB, teve umas pequenas modificações (G1).

No primeiro momento, o Ministério orientou que os estados elegeassem prioridades para essa implantação, as regiões prioritárias. No momento atual, 2011, 2012, o secretário de estado decidiu que todas as regiões do estado seriam prioritárias. Então, nós somos 19 regiões e todas elas prioritárias. A região de São Luís, especificamente, foi a primeira região a começar esse processo de construção e a ter conversas com os outros municípios (G2).

Essa construção da Rede Cegonha é um processo lento e gradativo, que necessita de diálogos e pactuações entre estado e municípios para que seja possível a efetivação de ações que contribuam para a integralidade do cuidado prestado. Com isso, o plano serve de norteador para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, bem como para o monitoramento e avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha e pelo Ministério da Saúde.

Atualmente, o estado do Maranhão e o município de São Luís caminham juntos, no que se refere a questões políticas partidárias. Nas eleições de 2014, “o

‘clã’ dos Sarney acabou derrotado”, notícia da BBC (2014). Durante a pesquisa quando foi mencionado “São Luís do Maranhão” imediatamente os participantes referiam a uma família específica que dominou e domina até hoje esse território. Esse processo de dominação e monopólio prejudica significativamente o processo de mudança.

Durante a pesquisa quando foi mencionado “São Luís do Maranhão” imediatamente os participantes referiam a uma família específica que dominou e domina até hoje esse território. Esse processo de dominação e monopólio prejudica significativamente as mudanças, por exemplo, nos sistemas de saúde.

Como exemplo para tal fato, podemos citar a forma como eram escolhidas as localidades que recebiam equipamentos para a prestação de serviços de saúde (hospitais, maternidades e CSF). Em conversas com trabalhadores de saúde e usuários do SUS, os mesmos relatam que critério de escolha era feito de acordo com a quantidade de votos que eram recebidos pela família Sarney em determinada região ou distrito no período eleitoral e não pelas necessidades reais de determinada comunidade. No relato abaixo podemos observar outros entres.

...organizamos um colegiado gestor de maternidade, mas a gente não conseguia ter, nesses espaços, quem realmente precisava estar, no caso, a secretária Estadual (que deveria compor) o grupo condutor. Isso porque o gestor não deixava. O gestor estadual não podia ir sem a permissão dele (Governador). Então, a gente se reunia com a Atenção Básica, gestores de Maternidades e alguns gestores às vezes... (G1).

(Antes era feita) uma regulação de leitos nos hospitais do estado. Existia a dificuldade de acesso a um hospital do município pra ligar, fazer essa ligação, esse encaminhamento com hospital do estado. A gente tinha uma política que dividia isso – a rede estadual e as demais. Hoje não mais. Atualmente, o nosso pensamento, o direcionamento da Secretaria do Estado é o de que temos uma rede só, a rede SUS. Independente da gestão que se faça, a regulação também é única (...). Falta a gente conseguir conversar com a atenção básica, com a rede assistencial, com a regulação em prol de um objetivo comum. Isso ainda é desafiador e, aqui no estado do Maranhão, nós não temos uma regulação única. Porém, no atual governo, nós temos a proposta de criar uma regulação única, a começar pela regulação obstétrica (G2).

Outra dificuldade apontada era a oposição entre prefeito e governo estadual. Isso dificultava questões relacionadas à comunicação entre os gestores e os serviços de saúde estadual e municipal. Além disso, tais empecílios impossibilitavam o planejamento e a implantação das redes, o processo de

regulação e, conseqüentemente, prejudicava o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A regulação é fundamental para a garantia do acesso dos usuários em tais serviços, sendo a sua função tomada como estratégica, devido a sua ligação direta com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência na busca pela garantia da assistência integral aos usuários do SUS. A regulação é um dos instrumentos de gestão que viabilizam o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2006). No entanto, tal ferramenta foi esquecida por alguns gestores e acabou se tornando em mais um obstáculo para os usuários dos serviços públicos de saúde.

No começo de 2015 foi dado início a algumas mudanças, na esperança de alcançar melhorias no processo de gestão dos serviços de saúde no Maranhão. Isso torna-se claro nas narrativas dos gestores e dos profissionais de saúde quando são indagados sobre a mudança política do estado maranhense:

Mas, eu espero que melhore. Primeiro, porque eles têm tudo para melhorar, pois agora estão os dois lados juntos, né? Não tem mais a desculpa de oposição. O prefeito e o governador estão juntos. Então, a minha esperança é a de que melhore alguma coisa (Dona Rosa).

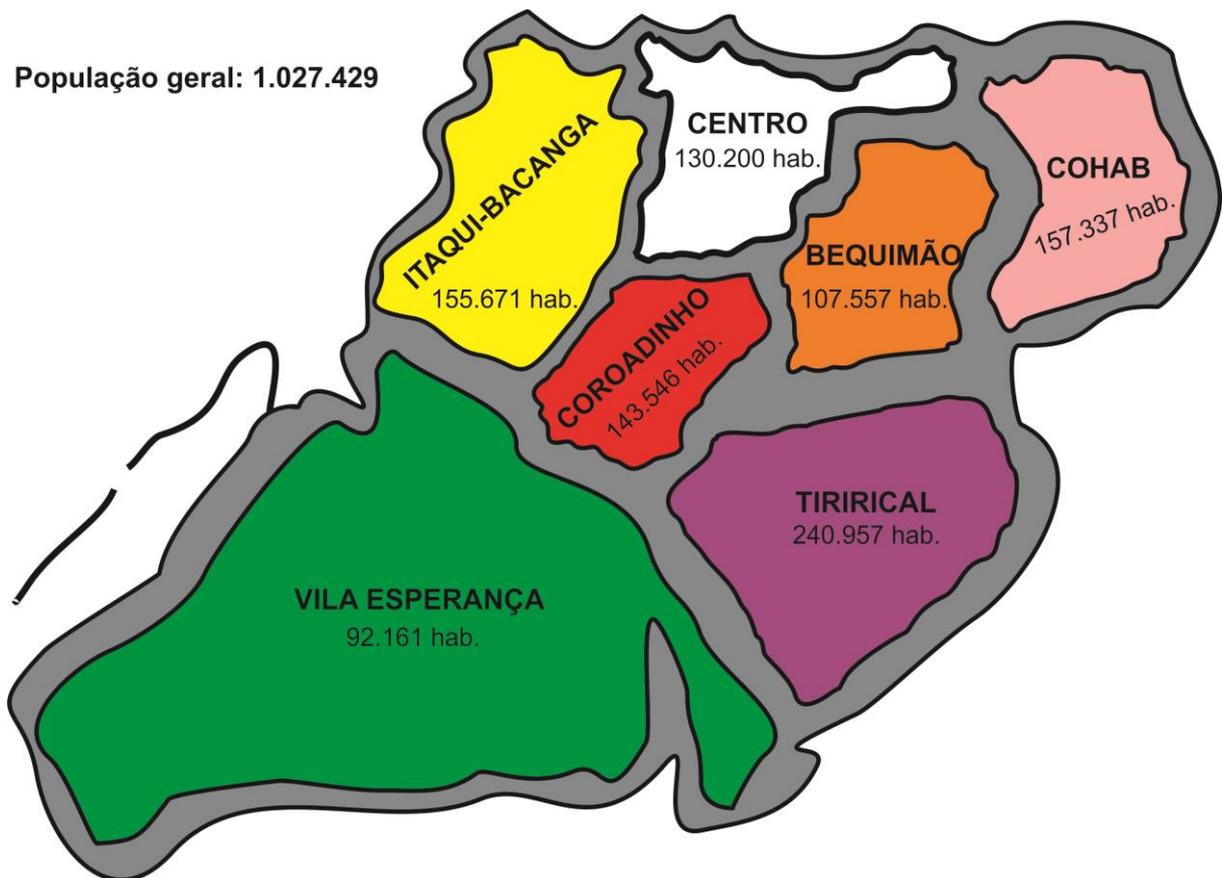
Para a Rede Cegonha (a mudança política) veio como a grande esperança. Porque (antes) nós tínhamos uma rede estadual e as dos municípios. Redes que não conversavam entre si, meio que não tinham função de rede, porque eram redes que não conversavam. Hoje, a gente tem essa possibilidade de discutir uma rede como um todo, uma rede SUS, independente de quem faz a gestão dessa rede. Isso devido a essa aproximação dos municípios com o estado. Eu acho que isso vai ajudar muito. (G 2)

A política é uma questão que prejudica o processo de construção e implantação das redes assistências, em especial a Rede Cegonha. Ao mesmo tempo, pode ser vista com uma potência positiva quando os partidos políticos trabalham juntos, com o mesmo objetivo. Desta forma, todos são favorecidos nesse processo, porque torna-se mais fácil o trabalho da gestão e dos trabalhadores de saúde, bem como a melhoria de qualidade da assistência aos usuários.

5.1.1.1 Cardápio de serviços da Rede Cegonha.

O município de São Luís é dividido em sete Distritos Sanitários, denominados de COHAB, Bequimão, Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Tirical e Vila Esperança. Logo abaixo, na Figura 4, apresentamos o mapa com a quantidade populacional pertencente a cada um.

Figura 4 – Mapa dos Distritos Sanitário de São Luís



Fonte: SÃO LUÍS, 2015^a.

Os Serviços de Saúde existentes para a Rede Cegonha de São Luís se distribuem em 50 Unidades Básicas de Saúde e sete maternidades, sendo que apenas duas dessas são maternidades para pré-natal e gestação de alto risco. A seguir estão os serviços de saúde disponibilizados em São Luís para o atendimento

aos componentes I, II e III da Rede Cegonha, sendo estes, respectivamente, Pré-natal; Parto, Nascimento e Puerpério; e Atenção Integral à Saúde da Criança, descritos nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2 – Serviços de Saúde Componente I e III: Pré-natal; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL, PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
U. M. ITAQUI-BACANGA	HOSP. UNIVER. MATERNO INFANTIL (Distritos sanitários, Centro, Bequimão, Coroadinho e Itaqui-Bacanga)
C. S. YVES PARGA	
C.S DO GAPARA	
C.S. SÃO RAIMUNDO	
C.S. VILA EMBRATEL	
C.S. VILA NOVA	
C. S. CLODOMIR PINHEIRO COSTA	
C. S. VILA BACANGA	
U.M. COROADINHO	
C.S. CARLOS MACIEIRA	
C.S. FÁTIMA	
C.S. JOÃO PAULO	
C.S. ANTONIO GUANARÉ	
UM BEQUIMÃO	
C.S. AMAR	
C.S. RADIONAL	
C.S. PAULO RAMOS	
C.S. LIBERDADE	
C. S. BEZERRA DE MENEZES	
USF SÃO FRANCISCO	
U. M. SÃO BERNARDO	
C.S. SÃO CRISTOVÃO	
C.S. JOÃO DE DEUS	
USF PIRAPORA	
C.S. VILA ITAMAR	
C.S NAZARÉ NEIVA	
C.S. ANTONIO CARLOS S. REIS	

C.S. MARIA AYRECILA NOVOCHADLO	(Distritos COHAB, Vila Esperança e Tirirical)
C.S. JAILSON ALVES VIANA	
C.S. SANTA BÁRBARA	
USF SANTA EFIGÊNIA	
C.S. FABIANA MORAES	
C.S. JANAÍNA	
USF SANTA CLARA	
C.S. COHAB ANIL	
C.S. TURU	
C.S. SALOMÃO FIQUENE	
C.S. DJALMA MARQUES	
C.S. GENÉSIO RAMOS FILHO	
C.S. LAURA VASCONCELOS	
USF COQUEIRO	
C.S. PEDRINHAS I	
C.S. PEDRINAS II	
C.S. MARACANÃ	
C.S.ITAPERA	
C.S. QUEBRA POTE	
C.S. M ^a DE LOURDES RODRIGUES	
C.S. JOSE RIBAMAR F. CORRÊA	
C.S. THALES R. GONÇALVES	
C.S. TIBIRI	
USF VILA SARNEY	

Fonte: MARANHÃO, 2013.

Quadro 3 – Serviços de Saúde Componente II: Parto e Nascimento

PARTO NORMAL	PARTO CESÁRIA	PROPOSTA DE INVESTIMENTO DA PORTARIA DA REDE CEGONHA
Maternidade Nazira Assub	Santa Casa de Misericórdia do Maranhão	Ambiência e equipamentos
Maternidade Maria do Amparo	Maternidade Maria do Amparo	Ambiência e Equipamentos
Hospital Nossa Sra. Da Penha	Hospital Nossa Sra. Da Penha	Centro de Parto Normal Ambiência e Equipamentos
Santa Casa de Misericórdia	Santa Casa de Misericórdia	Ambiência e Equipamentos

Complexo Hospitalar Materno Infantil do Maranhão	Complexo Hospitalar Materno Infantil do Maranhão	Ambiência e Equipamentos
Maternidade da COHAB Marly Sarney	Maternidade da COHAB Marly Sarney	Ambiência e Equipamentos
Hospital Universitário – Unidade Materno Infantil	Hospital Universitário – Unidade Materno Infantil	Ambiência e Equipamentos

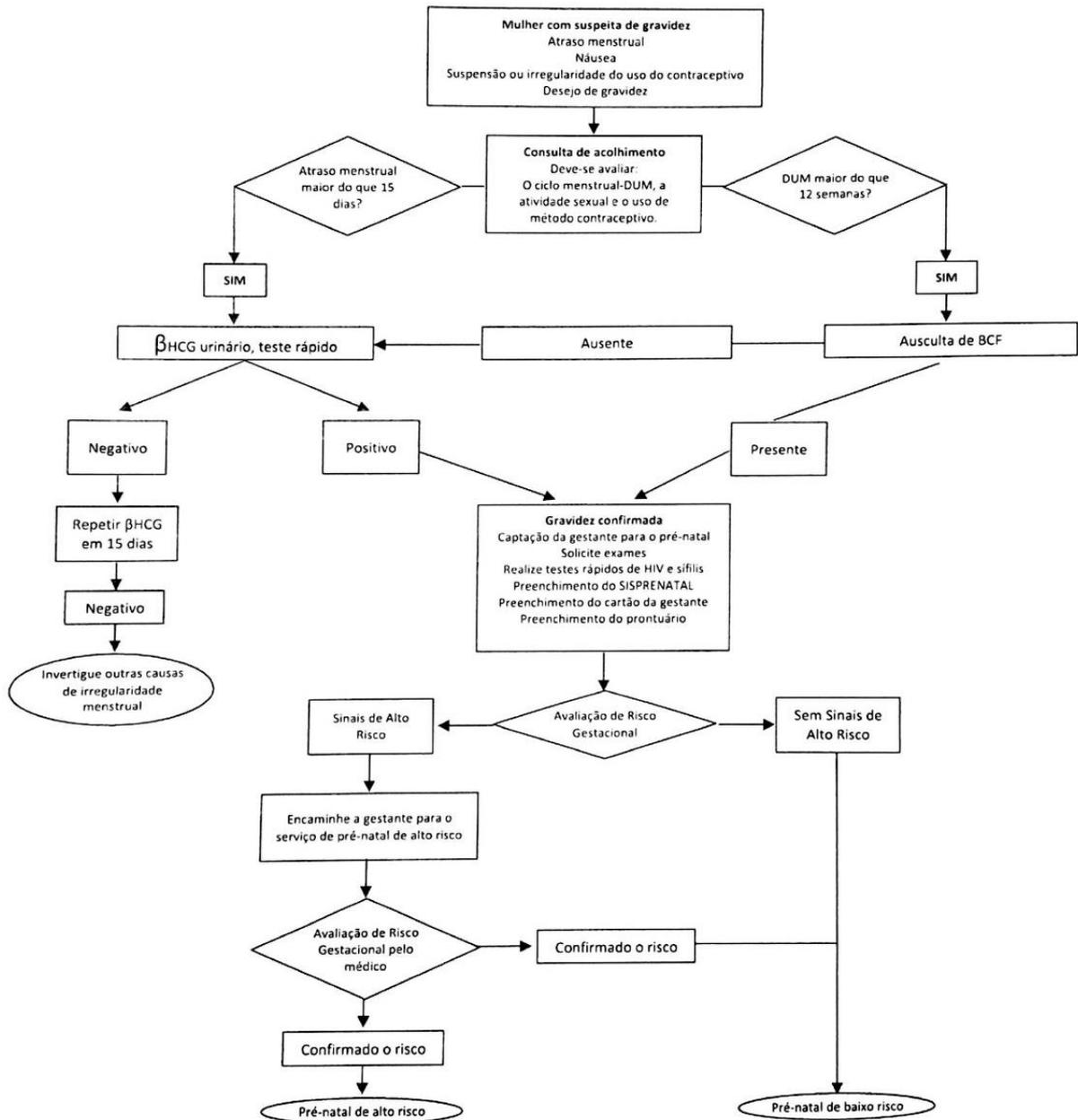
Fonte: MARANHÃO, 2013.

O primeiro contato da gestante é com o Centro de Saúde da Família. Sendo a Atenção Básica a principal porta de entrada das gestantes. A Atenção Básica, como o nome mesmo já diz, é uma estrutura básica para a construção das redes, pois encontra-se como primeiro nível organizacional da rede do SUS, que tem como funções básicas o acolhimento, as vinculações e as corresponsabilizações comunitárias. Atua prioritariamente na promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento de agravos comuns e prevalentes na população do distrito sanitário. Para sua resolutividade, ainda requer a integração com outros níveis assistenciais, a dispensação de medicamentos, exames laboratoriais e de imagem, entre outros (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010; MENDES, 2011).

Nesse processo de regionalização da assistência aos serviços de saúde, a atenção básica encontra-se como organizadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo Barata *et al.* (2013), atenção básica no SUS é a porta de entrada preferencial do sistema, pois a boa qualidade dos atendimentos e a capacidade resolutiva desse nível de atenção são fundamentais para efetivar a integralidade em saúde. As equipes de saúde, em geral, acreditam que a atenção básica abre boas possibilidades para o estabelecimento de uma porta de entrada mais resolutiva e eficaz, disponibilizando de vários recursos para aumentar os níveis de acesso, cobertura e ordenamento (SILVA, 2013).

Diante disso, podemos destacar a importância desse dispositivo de saúde nas RAS e principalmente na RC, visto que nela é iniciado o acompanhamento da gestante (pré-natal) e só a partir dela é que são encaminhadas para os serviços de alta complexidade. Na Figura 5, podemos visualizar o fluxo de atendimento a gestantes preconizado no pré-natal em São Luís.

Figura 5 – Fluxograma de gestantes no pré-natal



Mantenha acompanhamento da equipe da área de abrangência da gestante de alto risco encaminhada para o alto risco. Monitore os retornos no ambulatório de alto risco. Visitas domiciliares mensais pelos ACS e pela equipe, se necessário. Agende consulta de puerpério para a primeira semana pós-parto.

Atendimento pela equipe da área de abrangência. É ideal que haja consultas alternadas com médico e enfermeiro. Inclua o companheiro da gestante nas consultas. Monitore os retornos. Visitas domiciliares mensais pelos ACS e pela equipe, se necessário. Agende consulta de puerpério (para a mãe e o RN) para a primeira semana

Fonte: SÃO LUÍS, 2015b.

O fluxograma de gestantes no pré-natal é uma ferramenta norteadora para os profissionais de saúde seguirem um acompanhamento adequado e

diminuírem os riscos de intercorrências durante a gestação. Contudo São Luís apresenta fragilidades nos atendimentos no CSF.

(...) Baixa cobertura. A gente tem cobertura de 32% da atenção básica, diante de um público que compõe 70 e poucos por centos da população. Agora, que teve ampliação, porque recebemos o Mais Médico. Os baixos índices de cobertura se dão por causa da dificuldade (em se conseguir) profissionais médicos. O quadro ainda não foi ampliado, porque a gente não consegue formar equipes com a ausência de médicos. Agora que chegaram os novos profissionais. Temos o entrave da nossa rede laboratorial, que encontra-se muito fragilizada. Ainda temos muitas dificuldades de acesso a exames (G1).

É, especificamente no município de São Luís, nós temos o problema da cobertura de PSF, que ainda é muito pequena. Não só do PSF, mas da atenção básica também. Em outras unidades, o pré-natal não precisa ser realizado só na ESF, como também pode ser realizado no ambulatório da atenção básica de outros locais. (Atualmente) há a vinculação da gestante nos hospitais que realizam o parto. No entanto, a gente tem um problema com parto de risco habitual em São Luís. Nós precisamos rever isso e o desafio é a qualificação da assistência em todos esses pontos de assistência (G2).

No início desse estudo, o quantitativo de CSF era de 50 unidades, porém iniciou-se o ano de 2016 com 54 unidades. Assim, em dois anos houve um crescimento de quatro unidades de saúde. Pode ser que esse quantitativo estatisticamente seja pequeno para uma cidade do tamanho de São Luís, porém, para uma comunidade que não possui acesso aos serviços de saúde, por não ter unidade de saúde em seu território ou está em uma área descoberta, esse aumento é significativo.

No tocante a exames laboratoriais para gestantes – de 2014 a meados de 2015 –, devido à mudança de gestão política, os exames estavam sendo realizados com dificuldades, chegando a demorar meses para a saída do resultado na rede SUS. Segundo relatos de gestantes, elas procuravam clínicas populares para realizarem os exames de pré-natal mais rápido. À vista disso, põe em análise o acesso ao SUS, em razão de que a realização de exames é fundamental para o pré-natal. É através dos exames que profissional de saúde classifica a gestantes, desta forma reduzindo significativamente agravos durante a gestação, parto e nascimento.

No segundo semestre de 2015, o município pactuou a realização de exames. Esse processo se iniciou com o Distrito de Itaqui-Bacanga e, em dezembro daquele ano, a prefeitura ampliou o acesso a rede de atendimento a gestantes com a realização de ultrassonografias no Hospital da Mulher ou na Maternidade Maria do

Amparo. A partir disso, cada distrito sanitário passou a disponibilizar de laboratórios de referência para a realização de todos os exames laboratoriais definidos pelo Ministério da Saúde como essenciais no pré-natal, inclusive com urocultura e eletroforese de proteínas, que se tornaram obrigatórios recentemente (SÃO LUÍS, 2016a).

As dificuldades referidas pelos gestores e a busca contínua pela resolução reflete na assistência hospitalar, pois uma atenção básica resolutiva e efetiva reduz o quantitativo de pré-natal de risco e alto risco, desafogando a atenção especializada.

Contudo, São Luís apresenta uma fragilidade por apresentar só dois serviços como referência para pré-natal de alto risco: Maternidade Marly Sarney, que é referência para os distritos de Vila Esperança, Tirirical e Cohab-Anil; e Hospital Materno Infantil, que é referência para Bequimão, Coroadinho, Itaquibacanga e Centro. Tais serviços são referência tanto para a cidade de São Luís como também para usuárias de municípios do interior do Maranhão. A Capital maranhense ainda disponibiliza de cinco maternidades para parto de baixo risco (SÃO LUÍS, 2014).

A RC do Maranhão ainda se encontra em processo de implantação e, por isso, ainda não chegou ao Estado o Processo de Monitoramento. Essas discussões intersetoriais possibilitaram maior visibilidade para questões como a mortalidade materna e infantil e abriu essa possibilidade de discussão da atenção básica com os níveis de assistência. Os desafios enfrentados para a efetivação dessa rede foram narrados por uma das gestoras da região:

Os desafios são todos. A implantação, a operacionalização, a mudança do modelo assistencial, a qualificação da assistência pré-natal na atenção básica, a definição dos pontos de assistência de pré-natal de alto risco no estado, qualifica-los, fazer essa articulação desses pontos de assistência de referência de pré-natal de alto risco às maternidades de alto risco, ampliar leitos obstétricos, ampliar leitos das unidades neonatais. Esses são os desafios ... (G2).

“...e colocar mesmo a rede pra funcionar.”

5.1.2 O território mais profundamente...

O aprofundamento em um território específico (distrito e bairro) ocorreu devido a usuária guia do presente estudo residir nesse território. Com isso, é importante caracterizá-lo mais detalhadamente para a melhor compreensão da sua história de vida.

5.1.2.1 Distrito do Centro

O Distrito Sanitário Centro apresenta uma população de aproximadamente 130.200 habitantes, com o quantitativo de 2.604 gestantes/ano, onde aproximadamente 391 apresentam gestação de alto risco e 2.213 gestação de baixo risco. A área apresenta sete unidades de saúde para atendimento de pré-natal (CS da Liberdade, USF do São Francisco, CS Bezerra de Menezes, Santa Casa, Maternidade Benedito Leite, CS Paulo Ramos e Hospital Universitário Materno Infantil). Tendo como referência para gestação de baixo risco a Santa Casa e Benedito Leite, e para alto risco o Hospital Universitário Materno Infantil.

5.1.2.2 São Francisco/ Ilhinha

Ilhinha é uma localidade marcada por fortes mudanças sociais, pois o bairro é uma ocupação desordenada das áreas de mangues, no entorno da Laguna da Jansen, assim continuadas com a construção da Avenida Maestro João Nunes e dos conjuntos residenciais, Renascença I e II e Ponta do Farol.

A Laguna da Jansen foi criada em 23 de junho de 1988 pelo Decreto-Lei nº 4878, que criou a Unidade de Conservação Estadual denominada Parque Ecológico da Lagoa da Jansen, visando a preservação de áreas de mangue ainda existentes, sendo esta localizada na área noroeste do município, a cerca de 4 km do

centro histórico. A área da laguna é cercada pelos bairros São Francisco, Renascença I, Renascença II, Ponta d'Areia e Ponta do Farol. Nas áreas adjacentes estão localizadas as praias de maior movimento de banhistas (SANTOS; MASULLO, 2016).

Para uma melhor caracterização do território de Ilhinha foi realizada uma entrevista com um motorista de táxi popular da comunidade, que se mostrou um grande conhecedor do local onde mora, em conversas informais. Por conta disso, posteriormente, foi solicitada a sua participação na pesquisa. A aproximação com esse motorista se deu, por conta da dificuldade de outros taxistas não aceitarem entrar nesse bairro, alegando o alto grau de periculosidade existe ali. Não eram só os taxistas que relatavam o perigo do local, os funcionários do hotel e de lojas que o grupo de pesquisadores frequentavam, também se mostravam temerosos. Para os cearenses, locais com grande periculosidade são referidos como “Bairro do Vixi”. Em São Luís não é diferente. “Você mora em Ilhinha? Então, vixi...”. O motorista, chamado “Boca”, mora há 32 anos em Ilhinha e acompanhou um pouco da construção do bairro.

(O nome) Ilhinha é porque era uma área de mangue. Então, quando o mar secava aquilo ficava um banco de areia, quando você passava exatamente na Avenida da Mirante que é o São Francisco, dava uma impressão que era uma pequena ilha. Por isso, o povo foi invadindo e aterrando, e foi por causa dessa imagem que o nome do bairro ficou Ilhinha (Boca).

Perlaman (2013) em seu texto refere as favelas como “O mundo do medo”. Em tal estudo, realizado em favelas do Rio de Janeiro, os moradores “têm medo de morrer cada vez que colocam os pés fora de suas casas, e, temem que suas crianças não voltem da escola vivas”. Essa também é uma realidade vivenciada por “Boca” em Ilhinha.

Hoje não existe mais lugar seguro nessa terra. O bairro é visto como ‘um bairro de alta periculosidade’. (...) O investimento dos políticos, em vez de ser canalizado só para a área da segurança, deveria se voltar também para a área de infraestrutura; para trazer meios de educação para essa juventude, para que o pai possa ir trabalhar e pensar: “mas eu deixei meu filho estudando. Olha, ele estuda de manhã, de tarde e ele vai para oficina aprender. Então, eu posso ficar despreocupado, eu posso chegar em casa às oito horas da noite e já vou pegar meu filho lá e levo para casa”. Hoje, o cara sai de casa e sabe que deixou o filho à mercê de qualquer coisa (“Boca”).

O personagem denominado por “Boca” refere-se à melhoria da infraestrutura para as favelas. Ao longo dos seus 32 anos, vividos na Ilhinha, a única mudança que ele acompanhou foi as das casas – que deixaram de ser de palafitas e passaram a ser de tijolos –, com saneamento, água e luz. No entanto, segundo ele, para os políticos, o único problema são os buracos, que devem ser tampados. Já os investimentos em outras áreas, como educação e cultura, não existem.

Não há investimento de nada. Tipo, o bairro não tem uma creche; o bairro não tem um ambiente que tenha cursos para você poder botar seu filho para fazer um curso de computação e ocupar a mente do seu filho com uma coisa atrativa. O que se sabe fazer ali é só bater pelada e pronto. Bater pelada e acabou, entendeu? É essa a diversão dos moleques (“Boca”).

(..) o desenvolvimento cultural dali é ser bandido, ser traficante, se viciar aos 12 anos, engravidar com 12 ou 10 anos. Essa é a realidade de muitos jovens (“Boca”).

Mas tinha, de primeiro (sic), esporte. Mas, agora, é só droga mesmo. Hoje em dia não tem muita coisa de lazer não. E o lazer deles é roubar, matar e usar droga (“Flor”).

Denota-se uma fragilidade da destruição da urbanidade, que para Fernandes (2005), significa a restrição dos espaços de encontro e convívio, em que as diferenças se confrontam à existência de mecanismos que cerceiam determinados atores sociais de participar da vida urbana em sua plenitude, o que representa sérios danos ao exercício da cidadania.

Desse modo, o projeto conservador de cidade não apenas reforça a distância entre os entes que compõem o cenário urbano, ao limitar o acesso da população. Isso também dificulta o exercício pleno da democracia e o respeito à alteridade, além de estigmatizar ainda mais os moradores de favelas. Isso aumenta a distância entre os moradores da periferia e a cidade, em um sentido simbólico e mesmo prático, na medida em que possuem dificuldades em encontrar emprego e serviços de saúde na área onde residem.

O posto era dentro da Ilhinha (Posto do São Francisco). Ele saiu de lá e eu não sei lhe dizer por qual razão. Era um excelente posto. Agora, como eu estou lhe falando, logo no começo fazia todos esses exames que você precisava fazer (urina, hemograma completo). De repente, não faz mais. De repente, o posto São Francisco não é mais procurado. E até uma surpresa para mim você falar dele agora, porque para mim nem existia mais o posto de São Francisco, porque ele era muito procurado e, de repente, agora o recurso das pessoas agora é UPA ou Socorrinho (“Boca”).

A comunidade se torna excluída do seu direito de acesso ao serviço de saúde em sua área, mostrando as fragilidades vivenciadas pelos moradores das periferias de São Luís. Outras fragilidades e potencialidades da rede de saúde de São Luís serão apresentadas no caso da Flor de Cacto.

O contexto de Ilhinha e de muitas favelas brasileiras propõe a reflexão de como essa população vive em um contexto de vulnerabilidade social que não a permite ter acesso à informação, acesso aos serviços de saúde, liberdade individual e está inserida em um bairro com um dos menores IDH de São Luís.

O conceito de vulnerabilidade social é tratado por Palma e Mattos (2001) como todo e qualquer processo de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de grupos sociais. De fato, a vulnerabilidade relaciona-se inversamente tanto com a capacidade de reação dos grupos, quando da ocorrência de um evento, quanto com as possibilidades de informação e comunicação entre os pares. Assim, quando os autores classificam em escalas o índice de vulnerabilidade social, Ilhinha e seus moradores tornam-se totalmente incluídos nesse contexto.

5.2 FLOR DE CACTO: A GESTANTE QUE FLORECEU PARA A VIDA

5.2.1 A escolha

A primeira visita da pesquisadora a São Luís foi realizada para o conhecimento do território e vinculação com gestores e profissionais de saúde para participar do estudo. Na ocasião, foi realizada uma oficina com profissionais de saúde da Atenção Básica do município para a apresentação da presente pesquisa. O grupo de profissionais de saúde realizou alguns questionamentos sobre o estudo e fez reclamações acerca das construções e implantações das redes; precariedade do trabalho; situação política vivenciada na localidade; e, ao término do encontro, começaram a ser levantados alguns casos introdutórios.

No encontro seguinte, de um grupo de quase 30 profissionais de saúde, apenas três participaram da oficina anterior, os demais presentes eram gestores que trabalhavam no local do encontro. Os trabalhadores estavam participativos, porém

uma ACS, que já havia participado do encontro anterior, relatou vários casos ligados a situação de cuidado de sua unidade de saúde. Durante a oficina, foi eleito pelo grupo o seguinte caso:

Usuária de drogas procurou o posto no fim da gestação. No primeiro exame, deu positivo para sífilis. Foi encaminhada pela enfermeira do posto para a maternidade, por ser classificada como pré-natal de alto risco, porém não compareceu. O bebê nasceu. Foi feita a visita domiciliar e a moça já se encontrava em casa com a criança. A mãe da gestante informa que ela usa drogas, retornar ao materno para realizar os exames.

A escolha por essa usuária guia se deu por ela estar em situação de cuidado de difícil manejo e gerou desconforto na equipe de saúde, pois a gestante é usuária de drogas, pouco colaborativa, se configura um caso que tensiona os trabalhadores da rede de cuidados. Na visita seguinte a São Luís, fomos novamente à procura da ACS para nos dar informações sobre a usuária guia citada anteriormente. A agente nos contou um pouco da história dessa gestante.

5.2.2 Momento com a equipe de saúde de Flor

Dona Rosa, a ACS, sempre se mostrou falante, receptiva e empolgada para participar da pesquisa. Ela entregou o caso por escrito de Flor de Cacto (ANEXO B), contendo algumas informações sobre o caso, pois não se sentia confortável diante de um gravador. No decorrer da conversa, Dona Rosa esqueceu a presença do gravador e começou a discorrer, naturalmente, sobre o caso. Na primeira entrevista, ficou claro que Flor de Cacto seria a usuária guia.

Dona Rosa nos contou como conheceu a história de Flor de Cacto. Segundo ela, a enfermeira do Centro de Saúde da Família, Jasmim, lhe pediu para procurar por essa gestante na região. Inicialmente, Flor de Cacto procurou o serviço para fazer uma consulta de pré-natal, na época, com aproximadamente oito meses de gestação. Jasmim solicitou os exames de pré-natal com urgência, porém, após esse primeiro contato, a usuária não procurou mais o serviço de saúde. Por conta disso, Jasmim solicitou a ajuda de Dona Rosa.

Jasmim e Dona Rosa não fazem parte da mesma equipe de saúde. Por conta disso, Dona Rosa não é ACS de Flor de Cacto. Porém, a sua disponibilidade em ajudar acabou a aproximando do caso de Flor de Cacto. Quando Dona Rosa aproximou-se da usuária identificou-se logo com Dona Lírio, mãe da Flor de Cacto, sua conterrânea do interior maranhense. Segundo Dona Rosa, a mãe trata-se de uma mulher trabalhadora, bastante religiosa, que em nenhum momento desistiu de sua filha, sendo a única a cuidar da filha enquanto ela estava inserida no contexto das drogas. Quando perguntada pela ACS se ela teria algum contato com a ACS da área de Flor de Cacto, Dona Lírio responde com riso comedido: *“Tenho que responder?”*.

A família de “Flor” recebe a visita da ACS de sua área, porém, “Flor” relata não ter tido muito contato com a mesma, pois tem mais afinidade com Dona Rosa devido ao fato de ela fazer todo o seu acompanhamento. A outra profissional só tem contato com sua mãe.

Nesse primeiro momento, já encontramos a construção da Rede Viva realizada pelos profissionais de saúde, pois se observa o protagonismo de trabalhadores de saúde na construção das redes de cuidado, se agregando/fugindo dos mecanismos protocolares existentes na atenção básica. O que é preconizado é que cada equipe tem que cuidar de seu território e fogem a esse regulamento quando não existe equipe de saúde para cuidar de certa área, as chamadas “áreas descobertas”.

Nesses casos, elas se utilizam de outros dispositivos para a vinculação da usuária ao serviço de saúde. A afinidade entre profissional de saúde e usuário possibilitou o acesso e a vinculação de Flor e sua família ao serviço de saúde.

No encontro com Jasmim, ela relata que esse foi seu primeiro caso de gestante usuária de drogas e fala sobre os obstáculos enfrentados para adentrar na em sua área. O CSF se encontra muito distante de seu território e não possuem veículos para a realização de visita domiciliar.

Na verdade, o que aconteceu foi uma ruptura. Como estamos muito distantes da nossa área, a gente faz visita uma vez por semana. Eu senti que nesse momento que ficamos sem estar acessível à comunidade mais perto, perdemos o vínculo. Atendíamos muito paciente extra aqui, que a gente fala que não é da nossa área de cobertura, assim, acabamos criando

vínculo com outros usuários que não são da nossa área, mas com os da nossa área a gente teve uma ruptura (Jasmim).

Essas dificuldades levantadas na narrativa de Jasmim e do “Boca”, anteriormente, revelam uma dificuldade que a equipe de saúde tem enfrentado para produzir o cuidado. A produção do cuidado pode gerar acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, responsabilização da equipe de saúde no cuidado integral ao paciente, formação profissional e resolubilidade, para com isso garantir um cuidado de qualidade, efetivo e resolutivo ao usuário (ASSIS, 2010).

Outra dificuldade encontrada é a falta de suporte e preparo da equipe para atendimento a pacientes usuários de drogas nas UBS de serviços de saúde para referência e a adesão desses pacientes para o acompanhamento no serviço de saúde.

É complicado, porque tem que ter equipe multidisciplinar para trazer o usuário ao serviço, pois eles não vêm espontaneamente. Tem que se ter busca ativa junto com a equipe de saúde da família e ir na casa (Hortência).

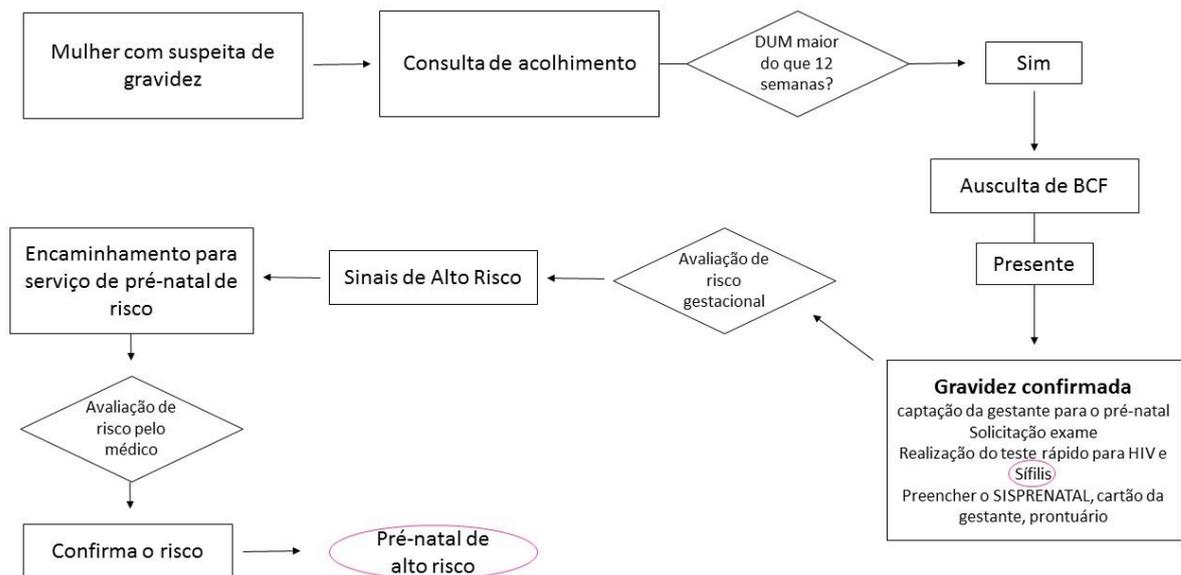
Eu acho que é da gente, os profissionais, saber lidar com esses pacientes. Isso para mim, não sei para os outros profissionais. Pois, lidar com eles e conseguir que eles façam essa adesão ao tratamento é complicado. E ainda tem a questão do estigma, a gente tem um pouquinho de estigma, medo de tratar esses pacientes (Jasmim).

Os serviços de saúde necessitam adequar-se para atender ao aumento da demanda por tratamento de usuários de droga. Tornando-se crescente a preocupação em relação à abordagem dos problemas das drogas advinda dos profissionais e das instituições de saúde, pois se sentem despreparados e com receio para lidar com os usuários em tratamento, como podemos perceber no depoimento anterior. À adesão dos usuários ao tratamento é um grande problema a ser solucionado. Uma das ferramentas que podem contribuir para isso é a abordagem multidisciplinar capacitada e ativa, seguindo Gabatz *et al.* (2013), e complementa:

Acredita-se que os profissionais da saúde que trabalham com dependentes químicos, necessitam de qualificação visando desenvolver programas de prevenção relacionados às políticas de saúde que abordam essa questão. É indispensável também que as políticas públicas e medidas de prevenção das drogas estejam relacionadas e envolvam a atenção básica, instituições de educação, a família e a sociedade (GABATZ *et al.*, 2013, p. 145).

O fluxograma do atendimento pré-natal realizado por Flor foi desenhado, logo abaixo na Figura 6, segundo o modelo do fluxograma estabelecido por São Luís. Desta forma, o caminho traçado por Flor, é referente a um pré-natal de alto risco, que mesmo com conseguindo acessar o serviço de saúde apresenta dificuldades no que diz respeito a outras questões.

Figura 6 - Fluxograma do pré-natal de Flor



Questões estas como as que já foram relatada (distância do serviço para comunidade, a falta de suporte e preparo da equipe para atendimento a pacientes usuários de drogas), mas também uma fragilidade da vinculação para a realização do pré-natal (profissional-usuário). Bem como a falta de comunicação entre os serviços de saúde, não estabelecendo referência e contra-referência. Após Flor ser encaminhada para a maternidade Jasmim não teve acesso a nenhuma informação da realização de seu pré-natal, parto e nascimento na maternidade. Jasmim também não foi informada sobre o tratamento de sífilis de Flor e de Florzinha, desta forma Jasmim só se baseia nas informações cedidas por Flor e sua família.

A enfermeira só foi informada que Flor havia parido Florzinha, pois Dona Rosa foi em busca de informações de Flor na comunidade. Porém uma facilidade encontrada por Flor é que a mesma conseguiu acessar a atenção especializada

(maternidade) mesmo não tendo realizado o pré-natal ou o acompanhamento de nenhum serviço.

No tocante à Rede de Atenção Psicossocial de São Luís, pode-se verificar que a mesma se encontra fragilizada e ainda em processo de construção, existindo muitas fragilidades em relação aos serviços de saúde especializados para a saúde mental. Apresentando em sua rede os serviços de referência para o cuidado à saúde mental presentes no Quadro 4, os serviços disponíveis (SÃO LUÍS, 2015):

Quadro 4 - Guia de serviços por unidade: Referência em saúde mental

SERVIÇO DE SAÚDE	SERVIÇOS DISPONÍVEIS	FUNCIONAMENTO
CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Pediátrica, • Consulta de Enfermagem, • Consulta e atendimento com Terapeuta Ocupacional, • Consulta com Psicólogo, • Terapeuta Familiar, • Serviço Social, • Farmácia Básica. 	Não informado.
CENTRO DE SAÚDE DOM JOÃO ANTÔNIO FARINA	<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatria; • Psicologia; • Enfermagem; • Fisioterapia; • Terapia Ocupacional; • Serviço Social. 	Assistência semi-integral destinado a pessoas a partir de 18 anos, no horário das 08h00min às 18h00min horas de segunda à sexta-feira.
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS- MONTE CASTELO	Reintegração do paciente à sociedade.	Não informado.
SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO I.	Não informado.	Não informado.
SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO II.	Não informado.	Não informado.
SERVIÇO RESIDENCIAL	Não informado.	Não informado.

TERAPÊUTICO III.		
-------------------------	--	--

Fonte: SÃO LUÍS, 2015.

Segundo o que foi relatado pelo Gestor 3, a saúde mental no município de São Luís não está estruturada ainda como uma rede, a mesma se encontra em processo de construção, podendo assim ser denominada não como rede e sim um sistema de atenção psicossocial. Dos serviços disponíveis na atualidade, o Estado do Maranhão “tem um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), um CAPS III e três residências terapêuticas. Já o município de São Luís tem uma residência terapêutica, um CAPS AD, um CAPS II e CAPS I.”

O gestor relata que o município sabe da sua responsabilidade com a saúde, pois no Brasil o município é tido como principal responsável pela saúde de sua população, trata-se da estratégia de municipalização. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território (BRASIL, 2001).

Nesse “sistema de atenção psicossocial” também se apresentam dois hospitais que são compostos por atendimentos público e privado, com financiamento do Estado. Outro problema referido pelo gestor é a não responsabilização da atenção primária no atendimento a esses pacientes. Perante todas essas dificuldades, no que diz respeito a saúde mental, a família torna-se uma ferramenta fundamental para o cuidado desses usuários:

Gente, não adianta vocês quererem transferir para o CAPS uma responsabilidade que é nossa. Quando eu falo nossa, eu falo dos profissionais do CAPS. Não vamos conseguir porque o CAPS sozinho não vai conseguir remar; vocês sozinho, sem o CAPS, também não vão conseguir remar. Nós, o CAPS e a família se não estiver de mãos dadas em benefício do paciente, da pessoa, a gente não vai conseguir. Nem vocês só vão conseguir, nem o CAPS só vai conseguir (G3).

5.2.3 A usuária guia em (des) construção

Flor de Cacto, chamada de “Flor”, 27 anos, saiu da casa dos pais aos 17 anos para trabalhar como babá de uma família. Neste emprego, a mesma cuidava de uma bebê que morava com a avó, pois seus pais não tinham condições de ficar com a criança. Ela morava no emprego. Porém, após um ano e meio, os pais da bebê tiveram que mudar de cidade com a criança. Com isso, “Flor” ficou desempregada.

Flor não quis voltar para a casa de seus pais, de tal modo que sua mãe alugou um quartinho para a filha morar perto de sua residência e poder ficar perto da família. Nesse período, Flor encontrou um namorado e logo foram morar juntos. Dona Lírio acredita que, naquele momento, foi que a filha iniciou o uso de *crack* e se afastou do convívio familiar. Já Flor diz que iniciou o uso do *crack* aos 20 anos por conta própria.

Nunca ninguém me ofereceu não. Foi por conta própria mesmo. Nunca fumei na rua, essas coisas não. Eu mesmo, por conta própria, peguei meu dinheiro e fui comprar. Nunca me droguei em turma não, eu sempre me droguei só, nunca gostei de estar com ninguém (“Flor”).

Dona Lírio, durante suas visitas ao quartinho de Flor, percebeu que a filha emagrecia e não havia mais nenhum móvel em sua casa e tão pouco comida. Por conta disso, passou a fazer visitas diárias para levar comida para a filha. Nessas idas ao encontro de Flor, Dona Lírio descobriu a primeira gestação de Flor.

Gestação esta não desejada por Flor, porém em nenhum momento ela diz ter tentado aborto. No entanto fez uso de droga na noite anterior ao parto. Dona Lírio só descobriu que a filha estava grávida quando a mesma já estava com cinco meses. Flor chegou a fazer apenas uma consulta pré-natal durante a gestação. Na ocasião, a enfermeira a encaminhou para o hospital de referência no cuidado de gestações de alto risco do seu bairro. Flor demorou a procurar os serviços de saúde. Assim, não deu pegou o resultado dos exames, pois Flor entrou em trabalho de parto, assim que deu entrada no hospital. Dona Lírio participou de todos os

momentos da vida de sua filha, e no primeiro encontro da pesquisa, sua primeira fala foi a seguinte:

A minha história é tão assim, eu acho que dá até um livro. Se a gente tivesse tempo para conversar não ia acabar nunca. Eu já vim dali, apareceu um imprevisto, para mim, ir lá no exame, aí eu combinei com Dona Rosa. Eu acho que foi um dia assim que eu estava só a misericórdia de Deus. Esse pessoal que é usuário de droga, sabe? É como se fosse uma praga esse negócio de droga (Dona Lírio).

O contexto histórico do uso das drogas pelos seres humanos tem provocado curiosidades, tanto relacionadas à sua história de consumo, quanto como chegou à atualidade com o signo de uma devastadora substância. Nas construções contemporâneas o *crack* está muito atrelado à significação de destruição de indivíduos (“como se fosse uma praga”) e dilaceramento de famílias, além da visão demoníaca, algo enviado pelo mal para desorganizar a vida de quem usa. Tal representação da corporificação do demônio absorve assim um caráter de cunho religioso e moral, totalmente diferente do que esta substância significou em tempos remotos. No entanto, vale ressaltar o contexto, as condições de vida dos usuários e não apenas direcionar para a droga (QUIDERÉ, 2013).

5.2.4 Contexto familiar de Dona Lírio e Flor

Antes de iniciar o encontro com Dona Lírio é necessário falar do contexto família vivenciado por ela. Já apresentado anteriormente o local que ela e sua família residem, uma favela/comunidade de São Luís, com altos índices de criminalidade e violência. Se não bastasse o ambiente de vulnerabilidade social, ela está inserida em um contexto familiar de violência.

Dona Lírio gerou só dois filhos (uma menina, a Flor, e um rapaz). Porém, é mãe de criação de mais outras três crianças. Essas crianças são filhas de um sobrinho que morava na casa ao lado da sua. Esse primo de Flor era casado e tinha esses três filhos, duas meninas (“caminharam na vida”) e Copo de Leite. O pai do Copo de Leite era usuário de drogas e, quando estava sobre efeito da substância, se tornava violento e agredia toda família. Em uma das noites de violência, sua esposa

e filhos fugiam para a casa de Dona Lírio para se esconder. Deixando todos aflitos. Um dia, a esposa não aguentou mais e foi embora deixando as crianças para Dona Lírio criar.

Em outra ocasião, o pai de Copo de Leite matou um homem a três casas de distância da de Dona Lírio. Segundo ele, o homem teria tentado matá-lo por conta de dívidas referentes à droga. Por conta do crime, o pai teve que fugir para o interior de São Luís para livrar o flagrante. Segue o relato de Dona Lírio sobre o ocorrido:

Meu sobrinho estava duelando com um homem na rua. Cada um com uma faca. Faca para lá, faca para cá. Esse menino dele (Copo de Leite) que tinha 12 anos viu, esse menino correu lá para casa para pular o muro e pegar uma faca. A minha filha que é a “Flor” nesse tempo ele só correu por causa desse menino, agarrou o menino que ele queria pegar uma pedra, agarrou ele e não ligou para polícia porque demora muito. Saiu e voltou com uma faca e uma garrafa e invadiu a casa dele para matar ele, eu só sei que depois disso ele saiu correndo meteu faca no homem, a terceira casa depois da minha e matou o homem. Então, já tudo vem uma sequela nessas crianças ser assim, então diversas outras meninas tem o privilégio de não usarem drogas, são responsáveis não tem que puxar coisa ruim do pai (Dona Lírio).

Depois do ocorrido Copo de Leite foi morar com sua mãe, no São Raimundo, porém, não passou muito tempo, pois “pegou droga para vender e não deu conta”. Com isso, teve que sair de lá e vir morar novamente em Ilhinha. Contudo, não foi morar na casa de Dona Lírio e sim na casa que era de seu pai.

Após o retorno de Copo de Leite ao bairro, a vida da família de Dona Lírio piorou, pois, o garoto, então com 20 anos, faz uso de drogas “24 horas por dia”. O jovem já tinha vendido tudo que tinha em casa e passou o dia pedindo dinheiro na casa de Dona Lírio, caso sua solicitação não fosse atendida, ele jogava pedras em no portão e agredia todos que passavam. Por esse motivo, nem Dona Lírio e nem Flor acharam adequado a visita da pesquisa em sua residência, sendo os encontros realizados ou na casa de Dona Rosa ou no CSF.

Outro episódio lamentável na vida de Dona Lírio ocorreu em maio de 2015, mais especificamente no fim de semana do dia das mães. Outro sobrinho adolescente, filho adotivo de sua irmã, que estava preso por porte ilegal de arma, havia sido liberado por uma preventiva e se envolveu em uma briga com um vizinho de Dona Lírio.

Tentaram matar ele na rua, foi assim uma coisa fora do sério, todos nós fomos agredidos, esse sobrinho teve um problema lá com os vizinhos, então vieram quatro para bater nesse menino, deixaram mortim no chão. Para proteger ele, eu fiquei na frente do menino, foi quando meu vizinho meteu a paulada e me acertou. Ele me viu e não considerou só sei que ele me deu uma paulada tão grande na minha cabeça que a minha orelha levou 11 pontos. Eu tô contando a história pela misericórdia de Deus, eu não estou morta pela graça do Senhor porque meu vizinho ele não considerou, meu vizinho que é muito amigo do meu marido e do meu filho. Meu sobrinho foi praticamente morto para o hospital e ficou com sequelas na cabeça, E nessa confusão toda de delegacia lançaram uma preventiva para ele, ele está preso.

Esses foram alguns de muitos episódios da realidade vivenciada por Dona Lírio e sua família, ela menciona que seus filhos sempre foram criados “num sistema perigoso” e que mesmo sua filha não estando mais fazendo uso da droga a sua luta ainda não acabou. “Até então eu sei que ela está longe das drogas, não está longe porque está vivendo ali do lado...” e agora quer vingança pelo ocorrido com sua mãe e seu primo.

5.2.5 Momento com Dona Lírio

Nesse primeiro momento, verificou-se a fragilidade de Dona Lírio sobre o significado da droga em sua vida. Pois, a mesma sofria ao ver a filha nas ruas e ao tentar ajudá-la ao máximo. Após o nascimento da neta, Dona Lírio voltou para casa e acabou enfrentando novos obstáculos. O seu marido e pai de Flor, que era alcoólatra, voltou a ingerir bebidas por conta do retorno da filha. Além disso, um filho de um sobrinho de Dona Lírio, nomeado como “Copo de Leite” na pesquisa, que mora do lado de sua casa, consome *crack* na entrada de sua casa.

Inclusive o pai da Flor voltou a beber e disse: “Dona Lírio está achando até que ele... já até um alcoólatra, né?” (Dona Rosa).

Bebia, mas tinha melhorado. Não chegava a ser um alcoólatra, já tinha melhorado. Só que, agora, ela acha que ele piorou e voltou a beber de novo e ela acha que a consequência é esses problemas da filha, da Flor (Dona Rosa).

No dia da conversa com Dona Lírio, perguntamos se poderíamos ir até sua residência conhecer Flor. Dona Lírio logo ficou nervosa dizendo que não poderíamos ir, pois na noite anterior havia ocorrido uma briga entre seu marido e

Copo de Leite. Copo de Leite jogou várias pedras em seu portão, com isso, ela pediu para realizarmos o encontro com Flor em outro local. E, em nenhum momento, falou do caso de alcoolismo do esposo quando abordada sobre a família.

Na minha casa, moram eu, meu marido, meu filho, meu netinho – que está agora -, mas ainda tem as meninas do meu sobrinho que ficam lá em casa também. Ela (Flor) não está com o psicológico bom porque tem o Copo de Leite que é usuário lá, que é minha vigilância, e ela é muito agarrada a ela, e ele está assim uma pessoa que sem controle, então ele está muito assim, perturbando lá em casa, ontem ele disse que quase mata o meu marido, se tu conversar com ela, ela fica contra o pai e o irmão e a favor do menino. Mas eu converso, a nossa prioridade aqui é Flor, e ela é uma menina assim que você vê, ela dá conta de tudo, ela ama a neném, antes ela não queria, mas depois que ela nasceu, ela mudou.

Dona Lírio diz que, no dia do nascimento da neta, Flor chegou a sua casa pela manhã pedindo para ir ao hospital e, quando se deu conta, a mesma já estava em trabalho de parto. No hospital, Flor relata que foi muito bem recebida, que sua filha nasceu “sem nenhum problema”. Mas, tiveram que ficar no hospital por 10 a 15 dias, pois ela e o bebê estavam com sífilis. Após sua saída do hospital voltou a morar com Dona Lírio e sua família. Inicialmente, ela não queria a criança, porém:

(...) nunca tinha feito uma consulta e não queria fazer porque ela não queria essa criança. Inclusive, ela afirmou em conversas que ela ia continuar usando droga e que não queria fazer as consultas e nem ficar com a criança. A mãe agora se sente feliz porque depois que o bebê nasceu ela achou que, como viu, achou linda, que é linda a bebezinha, aí ela mudou de ideia, não quis mais dar a criança e a mãe tá controlando, até agora... (Dona Rosa).

Após o nascimento de Florzinha, filha da Flor do Cacto – uma criança, como a mãe sempre se refere, “saudável” –, “não teve nenhum problema por causa da droga”. Porém, em nossos encontros, podemos observar que a mesma se mostrava muito inquieta e com choro fácil. Flor deixou de usar drogas, não utiliza o *crack* e nem drogas lícitas como o álcool e cigarro.

Nesse contexto, podemos verificar a importância da família que, mesmo em total sofrimento, ao ver seu ente sendo capturado pelas drogas não se afasta, não foge desse cuidado. Outros estudos mostram a importância da família no contexto do *crack*, Reis e Moreira (2013) desvelam que a convivência familiar com um membro usuário do *crack* não é fácil, nem simples e gera sobrecarga para a família. Mesmo assim, a família não deixa de amar o seu familiar dependente do *crack* e deseja sempre que a sua vida prossiga da melhor maneira possível para

caminhos que o distancie da droga; sempre cuidando do mesmo com todo carinho e afeto necessário. Assim, o amor fraternal se configura como algo que está muito além de qualquer conflito familiar.

Nesse prisma, emergindo novamente a força das Redes Vivas e o protagonismo de Flor nesse processo de construção, criando novas linhas para sair dessa captura da droga. Flor não fez uso de nenhum serviço de atenção à saúde mental, em nenhum momento teve apoio dos serviços de saúde para questões referentes à abstinência dela ou da Florzinha, pois Florzinha também sofreu influências do *crack* durante a gestação de sua mãe.

Mostrando também a potência dos afetos e afecções para a produção do cuidado. Na conjuntura de Spinoza, os corpos têm a capacidade de afetar uns aos outros no encontro entre si. Um afeto é como uma força que vem de fora e atinge a pessoa, alterando sua subjetividade. Produz, portanto, um efeito sobre o corpo, que são as afecções, assim o efeito dos afetos é o que ele chama de afecções (FRANCO, 2015).

A família apresenta um papel fundamental na vida de Flor inicialmente pode ter tido o papel ou a co-responsabilidade em frente ao uso indevido e abusivo de drogas por Flor. O estudo realizado por Schenker e Minayo (2004) aponta a existência de uma série de fatores familiares associados ao processo adictivo, situações como ruptura familiar, estresse e perda familiar podem contribuir para o uso de drogas, à importância de considerar os modelos parentais na compreensão sobre o uso de droga, os familiares se influenciam mutuamente no que se refere a comportamentos que perpetuem o uso de substâncias psicoativas. A família se torna ferramenta de inserção no contexto das drogas com também como ferramenta propulsora para o tratamento e/ou a saída desse contexto.

Mas, vale ressaltar que a problemática não se reduz ao contexto familiar. O indivíduo, inserido numa rede de relações, vive no contexto sociocultural e histórico. Contudo, sua família tem um papel crucial: quando cuidadora, afetiva, amorosa e comunicativa possui mais chances de promover condições de possibilidades para o desenvolvimento saudável dos filhos. Sendo assim, necessidade de se tratar o sistema familiar para a transformação da adicção em

produção de saúde, pois desta forma a familiar servirá como fator de proteção desde o nascimento do indivíduo até o resto de sua vida (SCHENKER; MINAYO, 2004).

5.2.6 Momento com Flor

O primeiro encontro com Flor ocorreu de início um estranhamento. Nesse ínterim, a usuária guia denominada Flor, de um lado, com sua filha ao colo. Era impactante a forma como segurava sua filha. Empaticamente era sensível a dimensão da proteção que se estabelecia no vínculo entre Flor e sua filha, Florzinha. De outro lado, o pesquisador, sensíveis ao momento, mas ao mesmo tempo apreensivo por estar diante de Flor e sua filha. Na verdade, a multiplicidade de sensações advinha por estar diante do novo, do estranho, do inesperado e do imponderável que iria emergir ali, enquanto relação.

A conversa com Flor, de início, foi tímida. Eram respostas curtas, que, intuitivamente, pareciam reflexo do medo de falar. Flor se mostrava muito distante e em alguns momentos, ríspida, respondendo a todo momento com poucas palavras, não permitindo adentrar em sua história, porém, ao fim do nosso primeiro encontro, quando estávamos saindo da sala, ela começou a conversar e convidou para irmos na sua casa olhar o nome do médico que lhe atendeu no hospital, onde refere ter sido “muito bem tratada, apesar...”.

Flor achava que iria ou deveria ser maltratada ou até mesmo não recebida pelo serviço de saúde por ser usuária de *crack*. Ser bem atendida fez com que ela estranhasse o comportamento do profissional.

Nos encontros subsequentes, Flor ainda se mostrava inquieta e não soltava Florzinha por nada. A criança em todos os momentos estava presa em seus braços. Atualmente não faz uso da droga, cuida de Florzinha e procura sempre atividades para ganhar dinheiro para “comprar as coisas para bebê”.

Tudo que eu ganho é só para dela, o dinheiro que eu pego é só para ela. Antigamente era só para droga, quando eu usava. Era só para droga, agora não, tudo que eu pego é só para ela (“Flor”).

Tudo dela, ela está assim com uma compulsão para dar as coisas para neném. Ela já recebe o bolsa família, é pouco, mas ajuda né e a gente ajuda no que pode (Dona Lírio).

Essa “compulsão” referida por Dona Lírio que Flor possui pela filha não a permite deixá-la com ninguém, nem mesmo com a própria mãe. É um medo de deixá-la com os outros e acontecer alguma coisa. Essa reação pode ser justificada pelo contexto familiar em seu entorno. Tornou Flor receosa com tudo e com todos.

Porque aconteceu muita coisa... Aparece muita coisa na televisão... Aparece muita coisa... Ai vai que um dia... Não porque ela não fica muito com ninguém, eu acostumei ela só comigo, se eu saio ela chora, um tempo que eu vou tomar banho deixo ela com a mãe ela fica chorando. Porque tem gente que não tem paciência. Ninguém maltratou ela não é porque eu não gosto, para onde eu vou não gosto de deixar ela não... Porque sempre desde bebezinho eu acostumei ela comigo. Ela não fica com ninguém (“Flor”).

Saí ali rapidinho, porque ela não se desapega dessa menina. (Dona Lírio)

Ao ser indagada sobre algumas questões, a mesma respondeu:

Significado da droga antes em sua vida,

Eu gostava. Nem ligava, as pessoas falavam e eu nem ligava. Consumia até me perder.

Significado da droga hoje em sua vida,

[...] destruição, não tinha amigos, família. Eu não penso em usar mais não. Foi a destruição. Ela destrói a pessoa. Se a pessoa não tiver controle, ela faz besteira, entendeu? Ela quer sair de casa e não ver mais ninguém.

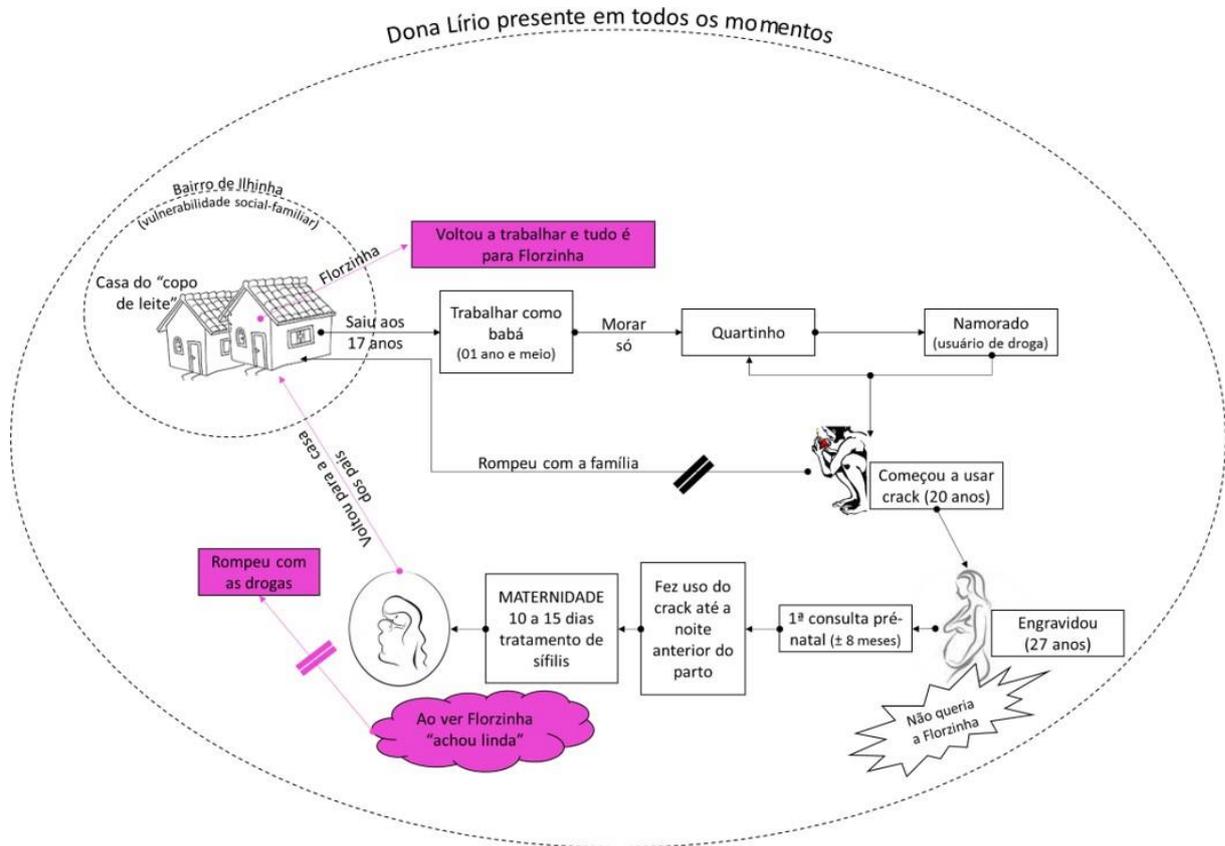
Significado de sua filha,

[...] Minha filha me devolveu vida, entendeu? Antes eu não vivia. E ela não nasceu com nenhum problema não.

A frase “minha filha me devolveu vida” soa como a grande expressão de que aqui os papéis se invertem, ou seja, é como se a filha fosse a cuidadora da mãe. Mas como uma criança recém nata pode ser a cuidadora? Ora, o cuidado nesse caso opera pela força do seu afeto, pela intensidade na relação, pelos afetos que fluem no “campo de consistência”, que segundo Spinoza (2015), é um campo que se constitui no “entre” os corpos que se encontram, e esse espaço que não está no polo da mãe e nem na criança, mas especialmente no espaço de encontro, é onde tudo ocorre. Acontece a espetacular troca de afetos com efeitos poderosos nos corpos, de mãe e filha, ou seja, as “afecções” que inscrevem marcas profundas no

corpo afetivo, e as transformam em outras. Mudanças que operam no plano da subjetivação e ao modificar a mãe ela passa a operar no mundo também de outra forma, porque já o percebe modificado. Neste caso observamos a “Clínica dos Afetos”, em Franco e Galavote (2010) como unidade conceitual, para desvendar uma relação de cuidado que tem como base o encontro.

Figura 7 - Fluxograma dos encontros produzidos pela “Flor”



Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 6 é uma síntese do recorte da história de vida de Flor, mostrando em um fluxograma os encontros antes de sua gestação, durante e depois. Tais encontros foram descritos ao longo do trabalho, como o bairro onde vive, sua relação com sua família e mãe, sua gestação e seu retorno a sua casa.

Tais encontros, realizados por Flor podem ter produzido “paixões alegres”, ou “paixões tristes”, tais afetos aumentam sua potência de agir no mundo, ou podem reduzir. Essas vivências também construíram redes, tais redes são uma conexão das redes formais e vivas que a mesma produziu, não há uma contradição entre elas, mas complementariedade, porém em alguns momentos podemos visualizar a predominância de uma em relação à outra, pois se é verificado nesse caso a inexistência da Rede de Atenção Psicossocial, a fragilidade de cuidados a usuários da saúde mental em São Luís.

Observa-se que a rede de cuidados que se formou em torno da usuária e seu problema de saúde, contando com seu próprio protagonismo e das pessoas presentes nessa rede, como trabalhadores de saúde e a própria mãe da usuária. Esta rede constituiu arranjos de funcionamento com a usuária, produziu acontecimentos que tornaram possível um desfecho que abre para novos possíveis, a partir da potência que a rede demonstrou, e dos efeitos nas pessoas que dela participaram. Uma nova perspectiva de existência da mãe e da criança abriu-se, a partir de um cuidado que teve no centro o encontro.

6 CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES: SEM A PRETENSÃO DE FINALIZAR...

As questões políticas parecem interferir significativamente na qualidade dos serviços de saúde, pois, em questão de um ano, pode-se identificar os relatos de esperança, a melhoria os serviços, comunicação entre os entes Estaduais e Municipais, que emergiram nas falas dos profissionais de saúde e gestores. A efetivação da Rede Cegonha em São Luís encontra-se em andamento e agora se mostra em passos largos.

Também fica explícito o empenho dos gestores e trabalhadores de saúde para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde principalmente no que diz respeito à construção da Rede Cegonha. Mostrando assim, que a rede pode sim “sair do papel e torna-se realidade”. O trabalho dos profissionais de saúde e gestores que rompem com o lado normativo para solucionar problemas criam Redes Vivas que agregam valores para efetivação e resolubilidade no cuidado dos usuários do SUS.

O Caso de Flor, tensiona o modelo preconizado pela macropolítica da Rede Cegonha. Os caminhos percorridos pela usuária guia demonstram um caso que encontrou possibilidade de continuar a vida através dos afetos transbordantes da sua relação com Florzinha. Isso não exclui a significativa fragilidade da Rede Cegonha em oferecer acolhimento, cuidado e promoção de vida em casos complexos, além de também não conseguir estabelecer conexões com outros serviços da rede de atenção à saúde, como exemplo nesse caso, a rede de atenção psicossocial.

O caso de Flor nos mostra como uma pessoa pode ser efetiva e resolutiva no seu autocuidado. Tornando potentes aos deferentes afetos encontrados em sua história de vida. Outro ponto relevante da pesquisa refere-se ao desenvolvimento da Rede Cegonha ser unilateral, já que possui comunicação com nenhuma outra rede do sistema intersetorial e de saúde. Para a Rede Cegonha uma gestante é só uma gestante, sendo assim rotulada em um padrão, não ressaltando o sujeito e sua singularidade.

O estudo, possibilita reflexões para a construção de redes formais como a Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e as Redes Vivas construídas juntamente com a história de vida da pessoa e suas potencialidades. Assim não descaracterizando ou reduzindo o significado de nenhuma das redes para o cuidado, e sim compreendendo-as como possibilidades, e complementares para um único fim, o cuidado.

Torna-se também importante destacar que o esforço empreendido pelos trabalhadores demonstra sua capacidade para o cuidado. Encontram essa possibilidade no que Franco (2015) chama de “Trabalho Criativo”, sendo este o trabalho em que o trabalhador é capaz de desprender da servidão dos prejulgamentos, valores morais, religiosos ou qualquer outro, e se coloca íntegro para o cuidado com o usuário com o objetivo de cuidado. Desprovido de qualquer força retroativa ao encontro o trabalhador se vê instituído de liberdade e pronto para atuar tendo por referência o próprio encontro. Neste cenário se investe toda sua potência e abre-se então para o possível protagonismo de usuários e trabalhadores, porque fortalecidos no seu corpo afetivo pelo efeito dos afetos positivos que fluem na relação.

Evidente que não só de afetos se faz o cuidado, são necessários os instrumentos inscritos nas tecnologias do conhecimento e maquinaria, ao final, se lida com o corpo afetivo e também o corpo anátomo-clínico em um mesmo organismo. Por isto importa criar dispositivos como a educação permanente, para imprimir uma perspectiva de formação de novos trabalhadores, capazes de reconhecer a existência e capacidade operativa do corpo afetivo.

Importante reconhecer que a pesquisa revela a evidência de que os trabalhadores e usuários têm um forte protagonismo na constituição de redes de cuidado, e neste sentido demonstram que produzem o cuidado. Não são, portanto, objetos sobre aptos a intervenções, mas buscam soluções com os recursos que têm. A aposta na rede de apoio que produziram, no cuidado que buscaram e na capacidade de fazer estas conexões, demonstram que o cuidado se faz por uma trama de muitos arranjos, formais e informais, protocolares e intuitivos, sociais e afetivos, e é nesse emaranhado que se produz o cuidado, território da incerteza e ao mesmo tempo de uma espetacular potência de criação e realização.

Ressaltar a necessidade de serviços de saúde conectados, rizomáticos, que não atuem de forma fragmentada, pois os sujeitos em questão são complexos e singulares, necessitando de um cuidado de forma integral. Com isso, acreditar-se que a presente pesquisa contribua como ferramenta propulsora, mostrando a potencialidade das experiências de vida, produção e promoção da saúde de gestantes usuárias de drogas.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A., *et al.* orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.

BARATA, L.R.B. et al. O gestor estadual e os desafios da atenção básica em saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS. Coletânea de artigos**. Brasília: CONASS, 2010. p. 51-58.

BBC- BRASIL. **Família Sarney é desbancada no MA; filhos de políticos triunfam em AL e PA**. Renata Mendonça. 06 de outubro de 2014. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/10/141005_eleicoes2014_fim_sarney_rm> Acesso em: 20 de abril de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- Brasília: CONASS, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: **Senado Federal**. 1988.

BRASIL. **Decreto-lei n. 7.508/GM de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Suplemento. 2011.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 19 de set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1459 DE JUNHO DE 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html> Acesso em: 20 de março de 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3088 DE DEZEMBRO DE 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 26 de Fev 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso: 13 de junho de 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12** sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Redes Prioritárias.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria> Acesso: agost. de 2013.

CARVALHO, M. R. R.; MEDEIROS, D. da S.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. **Cartografia como ferramenta com potencial para pesquisa em saúde coletiva.** In: DA SILVA, M. R. F.; MOLITERNO, L. A. A.; CUSTÓDIO, L. L. Avaliação, cuidado e promoção de saúde: Construção de Saberes e Práticas. Fortaleza: EdUECE, 2015.

CECILIO, L.C. O. Escolhas para a inovarmos na Produção do Cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde sociedade.** São Paulo, v.21, n. 2, p. 280 – 289, 2012.

CELLARD, A. A. Análise documental. In: NASSER, A. C. (Org.). **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008. p. 295-316.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

DA SILVA, A. L. Ensaio em Saúde Coletiva: Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. **Editorial Bolina.** São Paulo, Brasil, vol. 2, núm. 7, 2005, p. 71.

DE CARVALHO, L.C.; CHAGAS, M. S.; MERHY, E. E. **A disputa e a morte no domicílio:** desafios para ações singulares das redes de atenção básica. In: PINTO, S.; FRANCO, T. B.; DE MAGALHÃES, M. G. et al. Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS – a experiência de Volta Redonda/RJ. São Paulo: Hucitec, 2012.

DE MAGALHÃES, M. G.; PINTO, S.; BARBOSA, M. A.; FERREIRA, M. A. M.; CANAZZA, A. G. A. P.; SILVA, M. P. S. **Estratégias tecnoassistenciais do SUS-Volta Redonda:** construindo territórios e a atenção básica. In: PINTO, S.; FRANCO, T. B.; DE MAGALHÃES, M. G. et al. Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS – a experiência de Volta Redonda/RJ. São Paulo: Hucitec, 2012.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs:** capitalismo e esquizofrenia. Vol. I. São Paulo: Ed.34, 1995.

DOS SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia):** desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2013. 334f. Tese (doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

FERNANDES, F. L. **Os discursos sobre as favelas e os limites ao direito à cidade.** Cidades (Presidente Prudente: Grupo de Estudos Urbanos, 2(3), jan.-jun. 2005, pp. 37-62).

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. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

FRANCO, T.B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde.** In: Pinheiro, R. & Matos, R.A. "Gestão Em Redes", LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T.B. E GALAVOTE, H. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, T.B. **Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade.** Saúde soc. São Paulo, v. 24, supl.1, p.102-114, Apr./June 2015.

GABATZ, R. I. B.; SCHMIDT, A. L.; TERRA, M. G.; PADOIN, S. M. M.; SILVA, A. A.; LACCHINI, A. J. B. **Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento.** Revista Gaúcha Enfermagem. 2013;34(1):140-146.

GOMES, M.P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO:** um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. **Micropolítica:** Cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações sobre as cidades: São Luís.** Brasília, 2010.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al (org). **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 254- 94.

KASTRUP, V. (orgs) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade,** Porto Alegre, Sulina, 2012.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

KUYAVA, A.C. L.S. O cotidiano de gestantes usuária de crack. Orientador: Jacó Fernando Scheidler. Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR- RS, 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011.

LORD DAWSON OF PENN – Interim report of future provisions of medical and allied services. **United Kingdom Ministry of Health: consultative council on medical and allied services.** London, Her Magesty´s Stationery Offices, 1920.

MARANHÃO. **Plano de Ações da Rede Cegonha de São Luís.** CIR de São Luís. 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **Reflexões sobre a NOAS 01/02.** In: 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento, 2003, Brasília. Anais... Brasília: CONASS; 2003.

MENDONÇA, C.S.; REIS, A.T.; MORAES, J.C. (Org.). **A política de regulação do Brasil.** Brasília, DF: Opas, 2006. p.116. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e serviços de Saúde).

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, EE. ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997a.

MERHY, E. E. **Observatório Nacional da Produção do Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde:** Avalia quem pode, quem faz e quem usa. Projeto de pesquisa: Rio de Janeiro, 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A. et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde:** a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.113-150.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVIA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da**

rua. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- CEBES. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, N. 52. Outubro 2014

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO,R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997b. p.113.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Rede Cegonha reduz mortalidade materna em 21% no 1o ano do programa, diz Saúde. Portal Brasil. Publicado: 25/05/2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/rede-cegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21-no-1o-ano-do-programa-diz-saude>> Acesso em: 13 jun. 2014.

MOURA, C. B.; HERNANDEZ, A. **Cartografia como método de pesquisa em arte.** Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/Arte/article/viewFile/1694/1574>> Acesso em: 11 set 2014.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O. **Sistema Único de Saúde – SUS.** In: Giovanella, L. et al. (orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008. p. 435-470.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **ONU: Atlas Brasil 2013 mostra redução de disparidades entre norte e sul nas últimas duas décadas.** Publicado em 29/07/2013. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/onu-atlas-brasil-2013-mostra-reducao-de-disparidades-entre-norte-e-sul-nas-ultimas-duas-decadas/>> Acesso em: 20 jun 2014.

PALMA, A.; MATTOS, U. A. de O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **História, Ciência, Saúde: Manguinhos** [online]. 2001, vol.8, n.3, pp. 567-590.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura: Caxias do Sul**, v. 14, n. 2, p. 77-88, maio/ago. 2009.

PERLMAN, J. E. **Marginalidade: Do Mito a Realidade nas Favelas do Rio de Janeiro 1969-2002.** Re-configurações territoriais: re-estruturações econômicas e sócio-espaciais. X Encontro Nacional da Anpur: 2013.

PORTELLA, M. de O. **Avanços e incoerências nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento.** In: MARTINS, P. H. et al., Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

QUINDERÉ, P. H. D. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário.** Tese (doutorado) – associação ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2013.

REIS, H. F. T.; MOREIRA, T. O. O crack no contexto familiar: uma abordagem fenomenológica. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2013, vol.22, n.4, pp. 1115-1123. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400030>.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

ROCHA, M. et al. O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um Município do Rio de Janeiro. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 105-134.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** 2ªed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2014.

SANTANA, S. S.J. Percurso metodológico. In: SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A (Organizadores). **Pesquisa método e técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana: UEFS ed., 2010, p. 139-159.

SANTOS, B. A. M. de O.; MASULLO, Y. A. G. **Avaliação dos planos de revitalização no entorno da Laguna da Jansen.** Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/7_desenvolvimento-regional/avaliacao-dos-planos-de-revitalizacao-no-entorno-da-laguna-da-jansen.pdf> Acesso em: 01 fev. 2016.

SÃO LUÍS, Prefeitura de São Luís. **A cidade.** Disponível em: <http://www.saoluís.ma.gov.br/frmpagina.aspx?id_pagina_web=620&id_menu_pai=299>. Acesso em: 09 set 2014.

SÃO LUÍS. Prefeitura de São Luís. **Breve histórico.** Disponível em: <<http://www.saoluis.ma.gov.br/pagina/55/>> Acesso em: 10 Jan. 2016.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de São Luís. **Guia por unidade.** Disponível em: http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1266 Acesso em: 12 Dez. 2015.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de São Luís. **Prefeitura consolida rede de atendimento à gestante.** Disponível: <http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_noticia.asp?id_noticia=16530> Acesso: 05 Jan. 2016.

SÃO LUÍS. Secretária Municipal de Saúde. **Proposta de referência para o pré-natal de alto risco e vinculação do parto de baixo risco no município de São Luís**. Apresentação em slides. São Luís- MA, 2015a.

SÃO LUÍS. Secretária Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher**. São Luís- MA, 2015b.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(3): 649-659, 2004.

SILVA JÚNIOR AG; ALVES CA; MELLO ALVES MGM. **Entre tramas e redes: cuidado e integralidade**. In: PINHEIRO R; MATTOS RA, organizadores. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 65-112

SILVA, J.M.B. A gestão do fluxo assistencial no Sistema Único de Saúde. In: BRASIL, Portal da saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2> Acesso em: 22 out 2013.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

APÊNDICES

Apêndice A- Roteiro de Entrevista – Gerentes

**Nome
(iniciais):** _____

**Nome da unidade de
saúde:** _____

Formação: _____

**Tempo de atuação na
saúde:** _____

**Setor de atuação como
gerente:** _____

**Tempo como
gerente:** _____

Questão condutoras:

1. Como gerente do serviço de saúde que iniciativas são realizadas para produção do cuidado? E na Rede Cegonha?

Apêndice B- Roteiro de Entrevista - Trabalhadores de Saúde

Nome
(iniciais): _____

Nome da unidade de
saúde: _____

Formação: _____

Tempo de atuação na
saúde: _____

Questão condutoras:

1. Em sua conduta profissional como você realiza a produção do cuidado na Rede Cegonha? Como é o cuidado com gestantes usuárias de droga?

Apêndice C- Roteiro de Entrevista – Usuários

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Serviço de
saúde: _____

Nº consultas pré-
natal: _____

Questão condutora

1. Como se dá a produção do cuidado aqui no serviço? Você passou por outros serviços durante sua gestação? (rede formal e informal)

Apêndice D- Roteiro de observação Sistemática

1. Estrutura Física
2. Abordagem de cuidados dos trabalhadores (estratégias para a prática do cuidar);
3. Conformação da equipe de saúde
4. Relações estabelecidas entre os trabalhadores de saúde e usuários no ato produtivo;

Apêndice E- Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Gerentes)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: “MINHA FILHA DEVOLVEU MINHA VIDA”: UMA CARTOGRAFIA DA
 REDE CEGONHA COM INTERFACE COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
GERENTES DE SAÚDE

O estudo pretende compreender a produção do cuidado na Rede Cegonha, sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas, trazendo um usuário guia da Rede Cegonha para uma melhor visualização, investigando junto aos gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) como se dá a esse processo. Para isso analisaremos, por meio de um método cartográfico.

A pesquisa tem como objetivo: Narrar as trajetórias de vida de uma gestante usuária de substância psicoativa. Mapear os caminhos do cuidado das usuárias no âmbito da Rede Cegonha e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas. Identificar as dificuldades/facilidades de cuidado das gestantes usuárias de substâncias psicoativas. Analisar a produção do cuidado de usuárias Rede Cegonha e sua interface com a produção de Redes Vivas, que fortaleçam o cuidado de si.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista em profundidade, análise de documentos e observação sistemática. As informações registradas serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, no entanto, se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Contatos através do telefone: Maria Raquel: (85) 9966.0099.

Os discursos e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

 Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2014.

 Participante

 Pesquisador
 Maria Raquel R. Carvalho

Apêndice F- Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Trabalhadores de saúde)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: “MINHA FILHA DEVOLVEU MINHA VIDA”: UMA CARTOGRAFIA DA
 REDE CEGONHA COM INTERFACE COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TRABALHADORES DE SAÚDE

O estudo pretende compreender a produção do cuidado na Rede Cegonha, sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas, trazendo um usuário guia da Rede Cegonha para uma melhor visualização, investigando junto aos gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) como se dá a esse processo. Para isso analisaremos, por meio de um método cartográfico.

A pesquisa tem como objetivo: Narrar as trajetórias de vida de uma gestante usuária de substância psicoativa. Mapear os caminhos do cuidado das usuárias no âmbito da Rede Cegonha e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas. Identificar as dificuldades/facilidades de cuidado das gestantes usuárias de substâncias psicoativas. Analisar a produção do cuidado de usuárias Rede Cegonha e sua interface com a produção de Redes Vivas, que fortaleçam o cuidado de si.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista em profundidade, análise de documentos e observação sistemática. As informações registradas serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, no entanto, se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Contatos através do telefone: Maria Raquel: (85) 9966.0099.

Os discursos e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

 Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2014.

 Participante

 Pesquisador
 Maria Raquel R. Carvalho

Apêndice G- Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Usuários)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: “MINHA FILHA DEVOLVEU MINHA VIDA”: UMA CARTOGRAFIA DA
 REDE CEGONHA COM INTERFACE COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

O estudo pretende compreender a produção do cuidado na Rede Cegonha, sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas, trazendo um usuário guia da Rede Cegonha para uma melhor visualização, investigando junto aos gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) como se dá a esse processo. Para isso analisaremos, por meio de um método cartográfico.

A pesquisa tem como objetivo: Narrar as trajetórias de vida de uma gestante usuária de substância psicoativa. Mapear os caminhos do cuidado das usuárias no âmbito da Rede Cegonha e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de Redes Vivas. Identificar as dificuldades/facilidades de cuidado das gestantes usuárias de substâncias psicoativas. Analisar a produção do cuidado de usuárias Rede Cegonha e sua interface com a produção de Redes Vivas, que fortaleçam o cuidado de si.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista em profundidade, análise de documentos e observação sistemática. As informações registradas serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, no entanto, se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Contatos através do telefone: Maria Raquel: (85) 9966.0099.

Os discursos e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

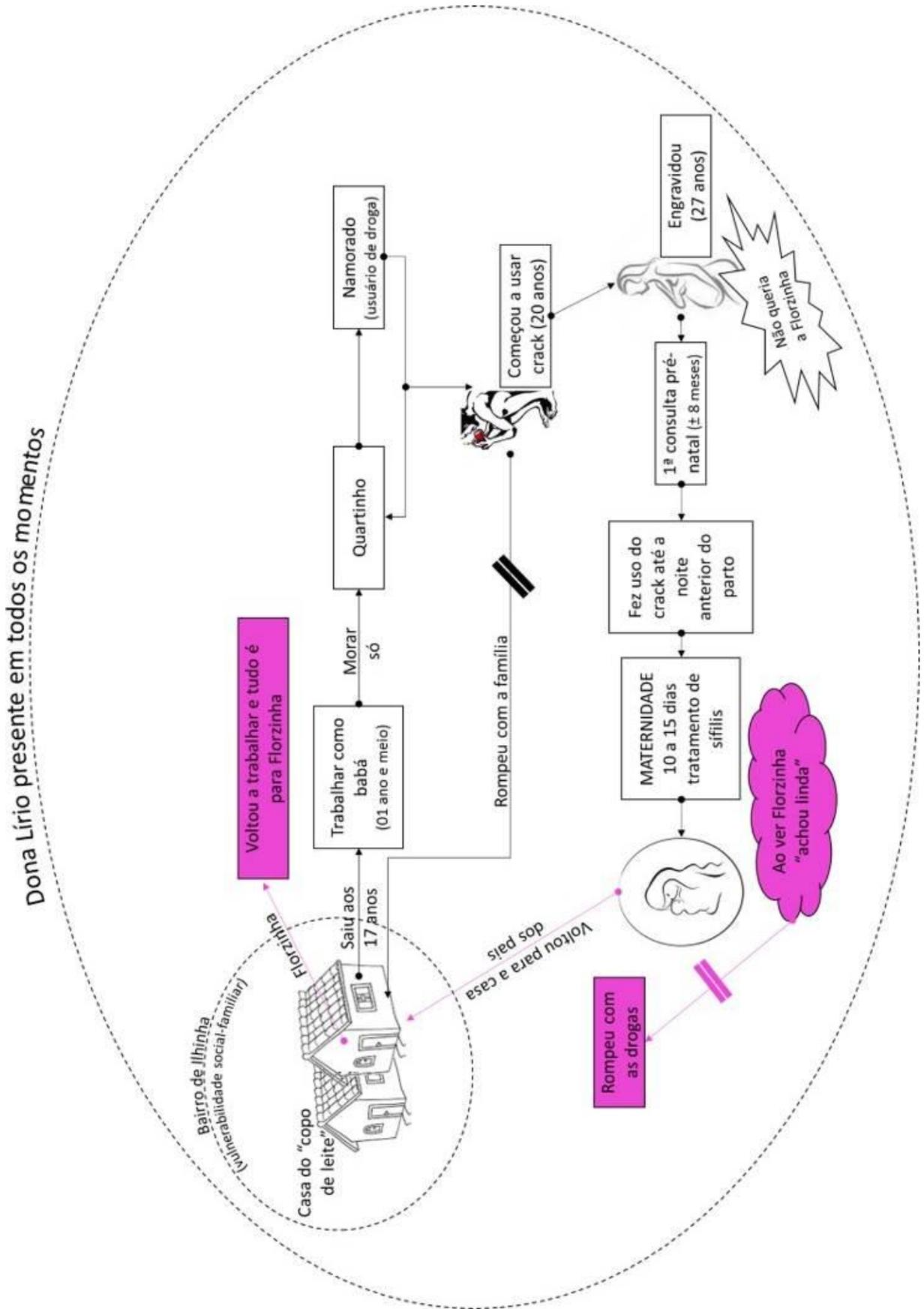
Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2014.

 Participante

 Pesquisador
 Maria Raquel R. Carvalho

Apêndice H - Fluxograma dos encontros produzidas pela “Flor”



ANEXOS

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética

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

Anexo B - TEXTO ACS

Caso Deyse Cona Valda

Agora tem 27 anos ~~foz~~ em janeiro de 2013. fazia 5 anos ~~q~~ menos que a mãe descobriu que usava droga engravidou, a mãe ficou desesperada sem saber o que fazer ela não queria a ~~filha~~ criança.

A D. Valda (mãe) procurou a ACS e marcou uma consulta mas ela não foi, a D. Valda marcou outra vez junto com a Enfermeira do CSF perto da sua casa a mãe conseguiu com que ela fosse na consulta, só que quando a enfermeira, o histórico da paciente, viu que era difícil e especial então encaminhou logo p/ o Hosp. de Referência Materno Infantil.

A mãe ainda conseguiu marcar a consulta no Hosp. de referência para o dia 12-7-2014, marcou essa consulta dia 04-7-2014 no outro dia 05-07-2014 a Deyse se sentiu mal e familiares (Cona) levaram ao hospital e ela já ficou internada marcou dia 5-9-14 continuou internada por mais eméas 15 a 20 dias chegando no Hospital fizeram os exames e a Deyse como mãe tinha pite no umbilico foi comprovado que estava com sífilis e o bebê também por

por isso a necessidade de ficar
intimado depois do parto.

Já esta com 4 meses que a criança
foi mas seu P. Valdo (mae) disse que
desde o nascimento até agora a filha
(Deysi) não usou droga.

Quando a criança nasceu, a Deysi
mudou de ideia passou a gostar da
criança, pois durante a gravidez a
Deysi sempre falou que não iria
deixar de usar droga também
não queria essa criança