



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

MARIANA POMPÍLIO GOMES CABRAL

**“TER CÂNCER MUDOU MINHA VIDA”: PISTAS CARTOGRÁFICAS DO
DEVIR-MULHER NA MICROPOLÍTICA DO CUIDADO ONCOLÓGICO**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

MARIANA POMPÍLIO GOMES CABRAL

“TER CÂNCER MUDOU MINHA VIDA”: PISTAS CARTOGRÁFICAS DO
DEVIR-MULHER NA MICROPOLÍTICA DO CUIDADO ONCOLÓGICO

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

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

FORTALEZA – CEARÁ

2016

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas**

Cabral, Mariana Pompílio Gomes.

"Ter câncer mudou minha vida": pistas cartográficas do devir-mulher na micropolítica do cuidado oncológico [recurso eletrônico] / Mariana Pompílio Gomes Cabral. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 157 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. Ph.D. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Devir-Mulher. 2. Micropolítica do Cuidado. 3. Rede Oncológica. I. Título.

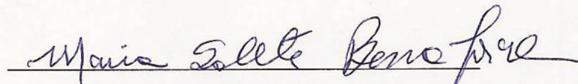
MARIANA POMPÍLIO GOMES CABRAL

“TER CÂNCER MUDOU MINHA VIDA”: PISTAS CARTOGRÁFICAS DO
DEVIR-MULHER NA MICROPOLÍTICA DO CUIDADO ONCOLÓGICO

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

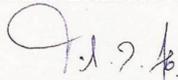
Aprovado em: 06 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



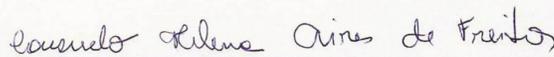
Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Túlio Batista Franco

Universidade Federal Fluminense – UFF



Prof.^a Dr.^a Consuelo Helena Aires de Freitas

Universidade Estadual do Ceará – UECE

À minha mãe, mulher vibrante, que
permite, aceita, apóia e impulsiona o
Devir-Mariana.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Poder Superior, por me sustentar em vida, por me alimentar de fé e coragem em direção aos meus objetivos cotidianos.

À minha mãe, Fátima Pompílio, obrigada pelo respeito que há entre nós, pelo amor e pela vida que, juntas, construímos há 24 anos. Obrigada por ser sempre meu porto seguro, estando presente no conflito e no conforto, nas trevas e na luz. Obrigada por me ensinar que o conhecimento potencializa a liberdade. Minha caminhada é por você e por mim.

À minha orientadora, Maria Salete Bessa Jorge, por ter me acolhido há quatro anos em seu grupo de pesquisa, pelo seu empenho e dedicação na formação de os seus alunos. Obrigada por me ensinar que na caminhada da vida, é preciso honrar o compromisso, o respeito e a gratidão, acima de tudo. Sou grata por todo crescimento pessoal, profissional, político e acadêmico.

À minha companheira de jornada de pesquisa, Maria Raquel, por ter me acolhido e me apoiado desde o início, por me afetar com sua dedicação e esforço à pesquisa. Obrigada pelas inúmeras contribuições para o meu desenvolvimento enquanto pesquisadora em saúde coletiva.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Práticas de Saúde, Família e Enfermagem (GRUPSFE), por suas excepcionais contribuições, de forma especial, aos meus irmãos por afeto, Diego Medeiros, Carliene Bezerra e Evelyne Viana, que fizeram com que essa jornada se tornasse mais leve ao compartilhar cervejas, alegrias, brincadeiras, angústias, tristezas, doidices e aperreios. O nosso encontro não foi por acaso, irei levar vocês comigo para onde for.

Ao Professor Túlio Franco por seu olhar compreensivo ao manejo das produções científicas. Obrigada pela paciência e pela generosidade em se tornar suporte nos momentos essenciais das construções teóricas e práticas dessa pesquisa.

À Professora Consuelo Helena, pela disponibilidade, solidariedade, atenção e cuidado aos incentivos para o desenvolvimento e conclusão dessa dissertação.

À Ilha do Amor, São Luís, pela receptividade. Espero que possa contribuir por dias melhores na produção do cuidado em saúde. Aos profissionais e usuários

dos serviços de saúde, por terem se disponibilizado a participar da pesquisa, por se implicarem e contribuírem significativamente para a realização desse estudo. Em especial, à Luíza e à Maria, minhas usuárias-guia. Obrigada por me ensinarem a ser cartógrafa e pela possibilidade de encontros e afecções entre nós.

À minha tia Virginia, por sempre garantir minha oportunidade de estudar e crescer profissionamente. Grata por me ensinar ser dedicada ao conhecimento. A Madre Maria, sua fé em Deus, na vida e nas pessoas me impulsionam a ser mais corajosa. E as igualmente especiais Sara, Huston e tia Luzia pelo carinho que nutro por cada um e da minha torcida para que sejam as pessoas mais realizadas do mundo.

À minha eterna amiga Rayssa Viana, companheira de longa data. Obrigada por sempre ser a minha luz no fim do túnel, minha última esperança. Que o sucesso nos acompanhe.

À minha companheira, Beatriz Martins. Obrigada por me acompanhar nas linhas do meu rizoma devir-mulher. Cada palavra de carinho e de conforto me potencializaram a seguir com foco e força no meu processo de construção. Que você me permita acompanhá-la em todas as etapas de sua vida, mesmo nos caminhos porcos e tortuosos da existência, para que no findar de cada experiência, possamos perceber que, juntas, somos mais fortes.

À minha Terapeuta, por ter sido sempre minha copilota nessa caminhada. Obrigada por todas as orientações, pela paciência e pela consideração positiva incondicional ao ouvir minhas angústias, minhas frustrações e meus alcances existenciais. A minha vitória, é nossa.

“Escrever não é certamente uma forma (de expressão) a uma matéria vivida. A literatura está antes do lado do informe, ou do inacabamento. Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível e o vivido. A escrita é inseparável do devir: ao escrever, estamos em um devir mulher, um devir – animal ou vegetal, num devir-molécula, até num devir – imperceptível”.

(Gilles Deleuze)

RESUMO

Embora a política preconize um cuidado integral a pacientes com câncer, através da rede oncológica, sabe-se que rede de saúde é uma construção que se dá na composição macro e micropolítica do cuidado. Acerca das peculiaridades da mulher com câncer de mama e colo uterino, se fez imprescindível nesse estudo problematizá-las mediante a discussão da construção social dos corpos e a superação das estruturas de poder, sujeição, repressão e dominação através da perspectiva do Devir – Mulher como possibilidade de transformação e criação de novos modos de existência. Dessa forma, o objetivo geral foi analisar as linhas de composição das experiências macro e micropolíticas que compreendem a produção de vida e de redes de cuidado de mulheres com câncer. Foi possível narrar as produções de vida e de cuidado de duas usuárias-guia; mapear suas redes de cuidados; investigar a produção do devir – mulher na micropolítica das redes em saúde e problematizar a ética do cuidado e suas conexões com possibilidades de subjetivações e transformações da vida de mulheres com câncer. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, em São Luís/Ma, de orientação cartográfica, onde utilizou-se em campo a construção de oficinas com gestores e profissionais de saúde, produções de encontros e conversações, confecção de diário de campo e a construção de fluxograma analisador das redes de cuidado. Faz parte de uma pesquisa maior intitulada por “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, com parecer: 560.597 de 23/03/2014, pela UFRJ. A pesquisa acompanhou, primeiramente, Luíza, uma mulher de 58 anos, em tratamento de câncer do colo uterino há 5 anos. Desenhou-se uma rede vulnerável, fragmentada e centralizada no cuidado biomédico, tendo por um lado, um hospital que acolhe demandas da doença e, por outro, uma atenção primária que abandona em prevenção e promoção de saúde. Em síntese, um modelo de cuidado que captura e aprisiona o desdobrar de devires de vida, mantendo o modo de cuidado biomédico e clínico, centrado na doença. Destaca-se como potência as redes ligadas à religiosidade e ao apoio familiar. Para Luíza, ter câncer mudou sua vida, sendo necessário fazer conexões para além da terapêutica biomédica. A outra usuária – guia foi Maria, 32 anos, em tratamento de câncer de mama. Após o diagnóstico, passou a ter tratamento em um hospital oncológico, onde narra o estabelecimento de vínculo, de resgate da autonomia e de corresponsabilização do cuidado juntamente à equipe de profissionais. Os afectos gerados nos encontros entre Maria e seus cuidadores no serviço oncológico foram produzindo novas formas de ser Maria, possibilitando novos devires, cuidando da saúde de forma integral. Conclui-se com reflexões acerca dos desafios para a construção de redes de cuidado pautadas na ética do cuidado, pois a experiência oncológica atravessa o corpo em múltiplas dimensões, sejam físicas, sociais, econômicas, subjetivas e existenciais. Ressalta-se a necessidade de um cuidado que perceba e possibilite transformações e novas subjetivações às mulheres em cuidado oncológico.

Palavras-chaves: Devir-mulher. Micropolítica do cuidado. Rede oncológica.

ABSTRACT

Although the policy should advocate a comprehensive care to cancer patients through the cancer network, it is known that the health system is a construction that gives the macro composition and care micropolitical. About the peculiarities of women with breast cancer and cervical, it became imperative that problematize them study by discussing the social construction of bodies and overcoming power structures, subjection, repression and domination from the perspective of Becoming - Woman as possibility of processing and creation of new modes of existence. Thus, the overall objective was to analyze the lines of composition of macro and micropolitics experiences that include the production of life and women can cancer. Foi care networks narrate the life of production and care of two users guide; map your care networks; investigate the production of becoming - woman in the micro networks of health and question the ethics of care and their connections with the possibility of subjectivities and transformations of life of women with cancer. We conducted a qualitative study in São Luis / Ma, mapping guidance, which was used in the field building workshops with managers and health professionals, meeting production and conversations, daily cooking field and the construction of flowchart analyzer of care networks. It is part of a larger research titled as "National Observatory of care production in different modalities in the light of the implementation process of Attention Thematic Network Health in the National Health System: evaluates who asks, who is and who uses" with sound : 560,597 of 23/03/2014, from UFRJ. The research followed, first, Luiza, a woman of 58 years in the treatment of cervical cancer for five years. We drew up a vulnerable network, fragmented and centered on the biomedical care, and on the one hand, a hospital that welcomes demands of the disease and, on the other, primary care that leaves in prevention and health promotion. In short, a care model that captures and imprisons the unfolding of becomings of life, keeping the biomedical and clinical care so centered on the disease. It stands out as power networks connected to religion and family support. Luiza to have cancer changed her life, being necessary to make connections beyond the biomedical therapy. The other user - guide was Maria, 32, in the treatment of breast cancer. After diagnosis, she went on to have treatment at a cancer hospital, which chronicles the establishment of bond redemption of autonomy and co-responsibility of care along with professional team. Affections generated in meetings between Maria and their caregivers in cancer service were producing new ways of being Mary, enabling new becomings, taking care of health holistically. It concludes with reflections on the challenges to building care networks guided by the ethics of care, because the cancer experience through the body in multiple dimensions, whether physical, social, economic, subjective and existential. We emphasize the need for care that you understand and allows changes and new subjectivities for women in cancer care.

Keywords: Becoming-woman. Care. Oncology network.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	A assistência oncológica do SUS.....	36
Figura 2 –	Linhas do cuidado integral.....	37
Figura 3 –	Rede Câncer.....	39
Figura 4 –	Esquema Sinóptico das Oposições Pertinentes.....	47
Figura 5 –	Estimativa para 2015 de incidência de câncer em mulheres.....	54
Figura 6 –	Rede de conexões.....	61
Figura 7 –	Mapa da regional de São Luís.....	67
Figura 8 –	Mapa dos distritos de saúde.....	67
Figura 9 –	Total de mortes por neoplasias no Maranhão entre 1979 e 2012.....	81
Figura 10 –	Fluxo de assistência oncológica no estado do Maranhão.....	82
Figura 11 –	Fluxograma Analisador – Luíza.....	116
Figura 12 –	Fluxograma Analisador da rede de cuidados de Maria.....	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Atenção Primária
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
GRUPSFE	Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAO	Rede Atenção Oncológica
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	AGENCIAMENTOS.....	15
1.1	A PESQUISADORA DESEJANTE.....	15
1.2	PISTAS EM MOVIMENTO: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, REDE ONCOLÓGICA E O DEVIR-MULHER NA MICROPOLÍTICA DO CUIDADO.....	19
2	OBJETIVOS.....	25
2.1	GERAL.....	25
2.2	ESPECIFICO.....	25
3	LINHAS DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO - O ESTADO DA ARTE.....	26
3.1	CÂNCER É UM PROBLEMA BIOPSISSOCIAL: MARCAS GENEALÓGICAS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO ONCOLÓGICO.....	27
3.1.1	A hegemonia da produção do cuidado oncológico centrado na dimensão biomédica e hospitalar.....	31
3.1.2	O câncer é um problema de saúde pública: da prevenção aos cuidados paliativos – a política nacional de atenção oncológica e seus desafios.....	33
3.1.3	A produção do Cuidado a Pessoas com Câncer é também uma atenção psicossocial?.....	39
3.2	A MULHER COM CÂNCER É DEVIR: DISCUTINDO O FEMININO NA PRODUÇÃO DE REDE DE CUIDADO ONCOLÓGICO.....	43
3.3	A PRODUÇÃO DE REDE É MICROPOLÍTICA: REDES VIVAS, REDES RIZOMÁTICAS E CARTOGRAFIA.....	55
4	O RIZOMA.....	61
4.1	OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: A CARTOGRAFIA NA PESQUISA QUALITATIVA.....	61
4.1.1	Mas, afinal, o que é uma cartografia?.....	61
4.2	O CAMPO EM MULTIPLICIDADE: SÃO LUÍS/MA, REDE DE	

	ATENÇÃO À SAÚDE, REDE ONCOLÓGICA E TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS.....	65
4.2.1	Por que São Luis/Ma?.....	65
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	67
4.3.1	Quem produz conhecimento?.....	67
4.4	PASSO-A-PASSO: MAPEANDO OS TERRITÓRIOS DE CUIDADO.....	68
4.5	A CAIXA DE FERRAMENTAS.....	70
4.5.1	O que se leva na mochila?.....	70
4.6	PLANO DE ANÁLISE.....	71
4.7	QUESTÕES ÉTICAS.....	72
5	MAPAS DAS COMPOSIÇÕES MACRO E MICROPOLÍTICAS DAS REDES DE CUIDADO ONCOLÓGICO.....	74
5.1	PISTA 1: DESBRAVANDO O TERRITÓRIO – UM ESTRANHO NO NINHO.....	75
5.2	PISTA 2: MAPEANDO A REDE ONCOLÓGICA DE SÃO LUÍS/MA: ELEMENTOS MOLARES.....	80
5.3	PISTA 3: APROXIMANDO-SE DA MICROPOLÍTICA: ELEMENTOS MOLECULARES – EM BUSCA DAS USUÁRIAS-GUIA.....	95
5.3.1	Desbravando territórios.....	95
5.4	PISTA 4: “TER CÂNCER MUDOU MINHA VIDA” – A REDE DE CUIDADOS DE LUÍZA.....	100
5.4.1	Quem é Luíza?.....	100
5.4.2	Da descoberta à reabilitação: “Ter câncer mudou minha vida”....	101
5.4.3	Luíza e a Atenção Primária: “Prevenção Ginecológica? O que é isso? Eu nunca fiz!”.....	106
5.4.4	Luíza e a produção de redes de cuidado em seu território comunitário.....	108
5.4.5	Luíza e o encontro com o sincretismo religioso: força, fuga, vida e movimento.....	110
5.5	PISTA 5: “O CÂNCER ME TROUXE VIDA” – A REDE DE CUIDADOS DE MARIA.....	118
5.5.1	Quem é Maria?.....	118

5.5.2	Maria entre o sofrimento psíquico e o adoecimento oncológico..	120
5.5.3	O território hospitalar e os fluxos existenciais: “O câncer me trouxe vida”	122
5.6	PISTA 6: DEVIR-MULHER: SUBJETIVAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO ONCOLÓGICO.....	127
5.7	PISTA 7: A MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE: A DIFERENÇA EM CONEXÃO.....	133
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS: CARTOGRAFIA, PESQUISA E VIDA – LINHAS QUE SE ENTRELAÇAM NA PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	137
	REFERÊNCIAS.....	142
	APÊNDICES.....	150
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GERENTES).....	151
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TRABALHADORES DE SAÚDE).....	152
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS).....	153
	ANEXOS.....	154
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	155

1 AGENCIAMENTOS

1.1 A PESQUISADORA DESEJANTE

Por que estudar processos de produção de subjetivações e de cuidado que envolvem mulheres que vivem a experiência de ter câncer? Foi a primeira inquietação que surgiu para o iniciar dessa pesquisa. O desejo por esse estudo enfrentou os primeiros desafios logo no interesse pela temática. Não foi uma escolha rápida e certa. Percorreu devaneios que envolviam desde implicações subjetivas, como pesquisadora e militante pela saúde coletiva.

E que implicações foram essas? No âmbito da pesquisa científica, é inegável o reconhecimento da importância dessa temática como um problema social, de saúde pública e que abrange aspectos macro e micropolíticos. Mesmo sabendo sobre tal relevância, houve, de início, o receio desta, ser bastante contemplada na literatura científica nacional e internacional, tendo em vista que já existe uma gama de pesquisas, tanto trazendo dados detalhados e críticos sobre a ascendência epidemiológica, quanto no âmbito qualitativo, tratando da experiência de mulheres que passam por processo de adoecimento e tratamento de câncer.

Porém, mesmo diante da vasta literatura, a pesquisa tornou-se desejante à medida que foi possível avistar o horizonte para o qual se inclinava: estudar o ser feminino atrelado aos estudos sobre câncer, adoecimento oncológico e as redes de cuidado que se produzem como intercessões entre essas dimensões.

Ademais, cogitou-se a possibilidade de que a conexão entre mulher, cuidado, doença, câncer, oncologia, e redes de cuidado ecoassem elementos que são transversais na sociedade, como os processos de subjetivações sobre o corpo feminino, a finitude humana, as políticas públicas sociais e de saúde no combate ao câncer e os processos de cuidado micropolítico que atravessam e são atravessadas por múltiplos elementos dessa seara.

Diante da complexidade da temática, considerou-se solene construir uma pesquisa que produzisse encontros para acompanhar percursos, processos e produções no contexto de redes de cuidado oncológicos, de forma mais específica, abrangendo o contexto de mulheres com subjetividades marcadas pelos desdobramentos de possibilidades a partir do diagnóstico oncológico. Neste sentido,

estudar a conexão entre mulher e câncer apareceu como um desafio social a ser encarado. E eu, a pesquisadora em questão, psicóloga, tenho um grande apreço por temas que são tabus, diferenciados e (in)visíveis socialmente.

Durante cinco anos de formação em psicologia, caminhei pela saúde coletiva. Inicialmente, através do PET- saúde (Programa de educação pelo trabalho) conheci o cotidiano de um centro de saúde da família. Acompanhei de perto as ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde. Me chamava atenção a produção do cuidado voltada à saúde da mulher, ainda muito normatizada, voltada apenas ao exame de prevenção de mama/papanicolau e acompanhamento materno – infantil. Me perguntava quem eram aquelas que frequentavam o posto de saúde e quem eram aquelas que não iam em busca desses cuidados ditos de prevenção e promoção à saúde da mulher.

Entrando na área da saúde mental, me inseri na área da pesquisa, sendo bolsista de iniciação científica no GRUPSFE – grupo de pesquisa em saúde mental, práticas de saúde, família e enfermagem –, onde escrevi minha monografia sobre a produção do cuidado em saúde mental. Nessa seara, me deparei com um caso muito peculiar de uma mulher que se inseriu na rede de atenção psicossocial logo após passar por adoecimento e tratamento de câncer no colo do útero.

Essas inquietações sobre saúde da mulher e adoecimento oncológico se acumularam com minha passagem na atenção primária e especializada e foram propulsoras para o interesse em participar de uma pesquisa multicêntrica que tinha como um dos eixos a ser estudado a rede oncológica, intitulada por: “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”. A partir de então, comecei a me territorializar no campo inscrito nessa pesquisa, sobre redes de atenção à saúde e oncologia.

Caminhos abertos, desejos pulsantes, entre devaneios, movimentos, diálogos e conflitos, venho construindo a pretensão de desenhar essa pesquisa fazendo a conexão entre a produção do cuidado da rede oncológica voltada para o ser feminino.

Diante da temática estabelecida, para não produzir o “mais do mesmo”, almeja-se que o diferencial dessa pesquisa se finque no modo como se pretende fazer esse desenho: através da cartografia. Cartografar é buscar a superação do

modo de produção de conhecimento atrelado à representação, à generalização absoluta e verdadeira. Eis um método não apenas para ser aplicado e sim para ser experimentado, sendo visto como um dispositivo que conecta o pesquisador aos movimentos das vidas a serem pesquisadas.

Essa pesquisa parte da perspectiva de que é impossível conhecer a totalidade do investigado, visto que, o fenômeno é inacabado e inesgotável, pois onde pulsa vida, há movimentações em devir, que são impossíveis de serem capturadas e investigadas por completo, por se tratarem não somente do que é, mas também da multiplicidade do que ainda está por vir. Por isso, o alcance que conseguimos cartografar referem-se às pistas, vistas como guias do conjunto de linhas em conexão que compõe a realidade estudada.

Tem-se por objetivo analisar as linhas de composição da experiência macro e micropolíticas que compreendem a trajetória de vida e de cuidado de mulheres com câncer em devir. Neste contexto, é preciso apresentar, de forma introdutória, as duas principais linhas de forças que atuam como embriões potenciais do processo de produção dessa pesquisa, e a partir delas, o novo pode brotar: a mulher, o câncer e a produção de cuidado como ponto intercessor entre essas duas dimensões.

A linhas de forças acerca do fenômeno do ser feminino atuam com marcas históricas ligadas à biopolítica e à medicalização social, onde, hegemonicamente, seu corpo se inscreve à norma de reprodutividade, sexualidade e feminilidade. Representação esta que torna o corpo-mulher e o corpo-feminino restrito, reduzido e preso à estrutura macropolítica que o determina.

Através da cartografia, pretende-se conhecer as linhas de força e de fuga que impulsionam o corpo estruturado pela norma social à desterritorializar-se e produzir o devir-mulher, que rompe com essas estruturas normativas e cria, produz, significa e ativos processos de subjetivação em multiplicidade e em singularidade, tornando-se diferença na estética da existência e na ética do cuidado.

A outra composição de linha de forças compreende o câncer enquanto uma doença que impacta no corpo de forma holística, com afecções diversas, pela sua proximidade com a dor, o sofrimento, a vida e a morte. Essa dissertação coloca em discussão a multiplicidade de subjetivações que são disparadas quando o processo oncológico se inscreve no corpo humano, colocando em debate que não é

um fenômeno apenas físico e biológico, mas que atravessa todas as esferas do corpo – vida.

A linha de intercessão tem como ponto de partida estudo da produção do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), mais especificamente na Rede Oncológica (RO) no território de São Luís (MA). A dissertação que se apresenta abre espaço para sujeitos absolutamente singulares que em algum momento da vida praticaram o cuidado no território das RAS com alguma linha atuante em suas redes vivas, incluindo-se neste mapeamento os usuários dos serviços de saúde, profissionais de saúde, gestores e uma multiplicidade de sujeitos e territórios que não se enquadram nestas categorias, mas que são imprescindíveis para pensar o cuidado.

A entrada em campo no território de São Luís foi um grande desafio, como estrangeiros em terras estranhas. Foi preciso (des)territorializar-se ao encontro de uma paisagem social que desenha uma outra cultura, com outros modelos de disposição e organização de saúde e de vida. A experiência, no entanto, foi potencializadora de encontros vivos e aprendizados, que a condição de estrangeiro singularizou.

São Luís trouxe experiências singulares que se destacaram no campo do cuidado oncológico. Esse escrito desenha a história de duas mulheres vibrantes que têm seus corpos marcados pelo processo oncológico. Os encontros da pesquisa com a vida de Luíza (com Câncer de Colo Uterino) e de Maria (com Câncer de Mama) traçam os fios que se conectam em seus mapas de cuidado.

Cada história conta situações visíveis, invisíveis e ocultas. Essas mulheres, de forma singular, se transformaram após o diagnóstico oncológico, e denunciam em sua trajetória a perspectiva de que o cuidado não é restrito a corpo biológico, mas ao corpo-vida. As produções de cuidado colocam em movimento o corpo, atualizando-o, e novas subjetivações brotam, gerando novas per(forma)nces de Luíza e de Maria.

Portanto, é emaranhando-se ao rizoma devir-mulher com câncer em produção de cuidado oncológico que se pretende cartografar as movimentações macro e micropolíticas e evidenciar as pistas de como acompanhar tais processos.

Eis o desafio. Vamos adiante.

1.2 PISTAS EM MOVIMENTO: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, REDE ONCOLÓGICA E O DEVIR-MULHER COM CÂNCER NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

O argumento basilar dessa pesquisa cria raízes na perspectiva de que não há como negar que o câncer é um grave problema que atinge não somente as políticas públicas de saúde, mas a sociedade como um todo, desde estruturas macrosociais a processos de subjetivações, na experiênciação.

Justifica-se diante da realidade de que as patologias oncológicas vêm apresentando elevados índice de incidência e morbimortalidade, a nível nacional e internacional, o que acarreta impactos biopsicossociais. No que concerne o acometimento de câncer em mulheres, o afetamento de câncer do colo do útero e de mama, encontram-se como as duas principais preocupações de cuidado, tendo em vista que, embora sejam neoplasias com potencial de cura, se diagnosticado e tratado precocemente, os dados estatísticos de 2015 revelam que ainda são o segundo e o terceiro tumor mais diagnosticado e a terceira e a quarta causa de mortalidade. Para 2016 são esperados 16.340 casos novos e 5.430 mortes (INCA,2014).

Com esses dados epidemiológicos, altas taxas de incidência e elevados impactos na mortalidade, a problemática convoca o Sistema Único de Saúde (SUS) a organizar estratégias para controle e combate ao câncer e seus fatores de risco. Diante desse cenário, a partir do Plano Nacional de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (PNDCNT) são disparadas compreensões e formas macropolíticas de uma organização do cuidado com intuito de fazer a conexão entre os diversos seguimentos de assistência às pessoas com câncer, desde à prevenção e a promoção da saúde, interligando à atenção secundária e terciária (BRASIL, 2011).

Esse plano aponta como base a Política Nacional de Atenção Oncológica, que foi instituída pela Portaria GM/MS 2.439, de 08/12/2005, e visa, essencialmente, a formação de uma Rede Oncológica Regional e Estadual, com o objetivo de adequar a prevenção e o tratamento do câncer às necessidades de cada região do País. Teve por preconização, aumentar, com melhoria da qualidade, o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer, de modo a obter resultados que efetivamente

modifiquem o perfil da morbimortalidade por câncer que perdura por décadas em nosso país (BRASIL, 2010).

Vale lembrar que a política e a perspectiva do cuidado em rede surgem através através da estratégia das Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde definiu-se, a partir da portaria MS/GM nº 4279, de 30 de dezembro de 2010 a organização para um cuidado integral e articulado de acordo com as necessidades da população. O objetivo primordial das RAS é superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, enfatizando o desafio de superar o modelo hegemônico em saúde (BRASIL, 2010).

Em síntese, as RAS se caracterizam por preconizar relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS); centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Tratando-se do cuidado específico à saúde da mulher com câncer de mama e colo uterino, na atual conjuntura das RAS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu quatro redes prioritárias que fazem parte das Redes Temáticas em Saúde (Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011), dentre elas a criação da Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Teve-se por intuito expansão e articulação do cuidado entre as diversas áreas componentes do adoecimento crônico: da prevenção à reabilitação (BRASIL, 2011).

Há de se convir que já é um grande avanço o fomento à organização de uma rede oncológica sendo prevista em lei, tendo em vista que nem sempre o câncer foi tratado como um problema de saúde pública, pois carrega hegemonicamente o legado de ser um problema médico, com investimento centralizado em tecnologias de alto custo para uma terapêutica resolutiva (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012). Portanto, produzir cuidado em rede construindo conectividade entre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação na área oncológica é algo recente e desafiador.

É um desafio, pois embora a política preconize um modelo de atenção em rede, esse estudo privilegia a compreensão de que toda rede de cuidado é construída e produzida em seu território micropolítico, com cortornos e

multiplicidades que surgem no cotidiano dos serviços de saúde, entre gestores, trabalhadores de saúde, usuários e familiares. Mesmo havendo uma estrutura fixa de rede desenhada, através das conformações políticas, o caminho percorrido para produzir cuidado não é único. Ou seja, no limite, a produção de redes envolve processos de movimento, autonomia e singularização (FRANCO; MERHY, 2013).

Em suma, diversos elementos coexistem na produção de redes de cuidado, dentre eles as políticas, os processos de trabalho em saúde, os saberes científicos, as crenças populares e os processos culturais e de subjetivação das pessoas envolvidas nessa construção em confluência ou divergência com os modos de subjetivações estruturais-capitalísticos-modernos.

À vista disso, a concepção de rede que se trata nesse estudo emerge da compreensão de um desenho rizomático do modo de produção do cuidado. Para Deleuze e Guattari (2004), o rizoma, conceito vindo da botânica, rompe com a representação de rede normatizada, serializada, pontual, causal e linear. Nele, nenhum modelo estruturado ou gerativo justifica sua produção. Cada rizoma é único, não se repete. Uma rede rizomática é de caráter heterogêneo, com múltiplas conexões e entradas, sem saber de onde veio e para onde vai. Não há começo, nem fim. O processo se desenvolve no meio, entre, com intercessões e fluxos, que agem pelo princípio da ruptura, tendo a autonomia de romper e também de retomar as conexões de acordo com suas necessidades e possibilidades.

Diante dessa compreensão, trazendo para a área da saúde, construir cuidado em rede não é uma tarefa fácil, pois não compreende apenas a dimensão de macrogestão de organização da assistência. Tratando-se das peculiaridades da construção de redes para assistência à mulher com câncer, um leque grande de possibilidade se abre para a produção de cuidado.

Como exemplo, os estudos sobre integralização do cuidado em rede relacionados às mulheres com câncer de colo uterino (CASARIN; PICCOLI, 2011) destacam o campo da prevenção, da promoção e da educação em saúde como primordiais no combate e no controle da doença, alertando a sociedade acerca dos fatores de risco ligados às práticas sexuais, a infecção pelo vírus HPV e a realização anual do Papanicolau.

Entretanto, além das barreiras sociais e de baixo investimento na cobertura do exame Papanicolau na atenção primária (BRITO SILVA et al., 2014), Rico e Iriart (2013) refletem os processos de subjetivação presentificados no campo

da prevenção. Nesse estudo, as mulheres narram que nas práticas preventivas há exposição do corpo e da sexualidade, que são geradores de constrangimento, principalmente se o profissional for do sexo masculino. Os sentimentos de vergonha pela exposição do corpo, juntamente com a necessidade de falar sobre suas práticas sexuais e de sua sexualidade são vistas como barreiras na efetivação de uma prevenção resolutiva.

Ademais, no que concerne aos estudos na seara do cuidado às mulheres com câncer de mama, Aureliano (2009) discute como mulheres mastectomizadas são afetadas pela necessidade de novas relações com o corpo modificado pela cirurgia. A mulher mastectomizada é convidada, e por vezes, convocada à reelaborar essas construções sobre a mulher, sua relação com seu corpo, a sexualidade e o ser feminino. A unidade do corpo feminino é quebrada com a mastectomia, que o fragmenta em partes, e é preciso repensar esse corpo, atualizá-lo para que ele se percebe como um novo corpo.

Conhecer as experiências de mulheres com câncer de mama e colo uterino atravessa a construção social e subjetiva do corpo feminino. Nessa vivência, não somente o corpo físico se transforma, mas as subjetivações que o constroem como corpo social e subjetivo também são reelaboradas.

Esses resultados demonstram que ao estudar mulheres com câncer de mama e colo uterino, um leque grande de possibilidades se abrem, principalmente relacionando às questões de corpo, gênero e sexualidade. Dessa forma, houve o interesse de se estudar nessa pesquisa o corpo como uma linha de força produzida 22xperiênc, social e culturalmente, enfatizando a discussão da naturalização da construção social dos corpos (BORDIEU, 2007) , onde opera a cultura de dominação masculina e o controle do corpo feminino, com atribuições exigidas ao sujeito-mulher interligando sua estrutura física/biológica, principalmente seus órgãos sexuais (mama, útero, vagina), diretamente aos seus papéis sociais restritos à maternidade, sexualidade e feminilidade.

Para Butler (2003) a inteligibilidade dos corpos está aprisionada à coerência entre sexo/gênero/desejo. Portanto, é a matriz cultural e normativa, leia-se, também, a matriz heterossexual que opera de forma compulsória no estabelecimento de sujeitos e corpos para que sejam reconhecidos e legitimados socialmente, caso contrário, encontram-se à margem, no erro, no desvio. Por conta dessa demarcação hegemônica, a autora afirma que é preciso repensar

teoricamente a “identidade definida” das mulheres, para que se possa percebê-la para além de seus aspectos biológicos e suas construções culturais fixas identitárias.

Essa cultura hegemônica de dominação dos corpos é extremamente reducionista e biologicista, pois restringe à possibilidade de ser mulher de acordo com o padrão social a se adequar. Como escapar das estruturas sociais de dominação para agenciar novos desejos, novas subjetividades, outras formas de pensar e sentir a vida, de modo singular?

É ancorando-se na experiência de Devir e de Devir-Mulher, com Deleuze e Guattari (1997), que essa pesquisa se desenvolve ao exergar na linha do horizonte possibilidades de rompimento da identidade social binarizante e do sujeito-mulher, ao experienciá-la afetada por múltiplas forças, suscetíveis a devires, nesse caso, disparados e potencializadas pelas transformações do câncer inscrito em seu corpo.

Devir-Mulher não se restringe à experiência somente com mulheres. A idéia é chamar atenção para a potência de criar vidas que existem em todos os corpos, independentemente do seu gênero masculino ou feminino, e assinalar, que no caso das mulheres, esta potência, por força das circunstâncias sócio-culturais majoritárias, do discurso falocêntrico e homeinizador, gera um efeito intensificado por ser altamente estimulador daquilo que é Outro, não falocêntrico, não macho, não masculino, não cientificamente positivista (ROLNIK; GUATTARI, 1989).

Se estamos falando de mulheres que tem suas vidas transformadas após o diagnóstico oncológico, remetemo-nos a algo para além de um cuidado ao sintoma, ou à doença. Portanto, outro ponto singular a se discutir nessa dissertação é sobre a produção de redes para além do cuidado clínico biomédico, com ênfase na formação de redes vivas de cuidado a partir do diagnóstico, haja vista que o câncer é uma doença crônica que traz afetamentos diversos (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2015) – dor física, desgaste emocional com o tratamento, alterações de hábitos alimentares e mudanças de estilo de vida, além das subjetivações que emergem com a aproximação com a perda de uma parte, a finitude, a morte e o morrer.

Entretanto, em tempos de modernização tecnológica, as relações estão sendo escassas, o que desperta para o problema acerca do tratamento de câncer pelos profissionais, focado na contemplação de todos os aspectos clínicos do tumor, preocupando-se exclusivamente com as terapêuticas das máquinas e dos

equipamentos de ponta. Em outras palavras, no processo de tratamento e cura, há o privilégio do conhecimento sobre o câncer em detrimento da conexão com a pessoa que experiencia essa doença de modo singular (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2015).

Refere-se, então, a necessidade de um outro modo de produção do cuidado, pautado em tecnologias voltadas para a relação, com a escuta do sofrimento, o acolhimento, a co-responsabilização e autonomia (JORGE et al., 2011), além de redes de cuidado que possibilitem a socialização e a promoção de vida.

Em suma, defende-se nesse estudo que a produção de rede de cuidado oncológico é um processo com múltiplos desdobramentos de possibilidades, com potencialidades e desafios, que emergem, tanto no cotidiano dos serviços de saúde, seja na atenção primária ou especializada – com gestores, trabalhadores, profissionais de saúde e usuários –, como à nível cultural, social e subjetivo – que envolve as especificidades e singularidades da relação entre os sujeitos, a sociedade, o cuidado, a vida e o adoecimento oncológico.

Sendo assim, é com o olhar pluralizado e complexificado que algumas questões podem ser elencadas como norteadoras dessa pesquisa, implicando o desenho rizomático do objeto de estudo em análise: Quem são essas mulheres que são afetadas pela experiência do adoecer oncológico? Quais os caminhos são possíveis, escolhidos e percorridos na produção do cuidado? Como se desenha sua rede de cuidados? Quem produz cuidado? Que modelo de produção de cuidado se estabelece?

Diante do emaranhado das dimensões apresentadas, esse estudo objetiva analisar as linhas de composição das experiências macro e micropolíticas que compreendem a produção de vida e de cuidado de mulheres com câncer.

A intenção, de forma mais específica, é acompanhar a produção das redes no território micropolítico do cuidado, conhecendo os serviços e os personagens envolvidos e não envolvidos nesse processo. Para tanto, utilizou-se como ferramenta teórica – metodológica a cartografia, que se desenha de acordo com os processos que vão emergindo no caminhar do pesquisador junto às usuárias-guia.

Espera-se que essa pesquisa contribua como ferramenta para a melhoria da assistência oncológica, afirmando a potência de vida e a promoção de saúde de mulheres que se produzem e são produzidas em conexão com redes de cuidados.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar as linhas de composição das experiências macro e micropolíticas que compreendem a produção de vida e de cuidado de mulheres com câncer.

2.2 ESPECÍFICOS

Mapear a macropolítica da rede oncológica de São Luís e a rede micropolítica do cuidados de duas Usuárias-Guias

Narrar as produções de vida e de cuidado de Luíza com Câncer de Colo Uterino e Maria com Câncer de Mama

Compreender a produção do Devir – Mulher na micropolítica das redes de cuidados em saúde

Problematizar a micropolítica do cuidado e suas conexões com as possibilidades de produção de vida e de saúde de mulheres com câncer

3 LINHAS DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO – O ESTADO DA ARTE

A proposta da construção desse estado da arte está em busca da diferença. Foge da tentativa de escrita apenas prescritiva e moral de saúde pública, e não se estabelece apenas elencando portarias oncológicas em conexão com os achados científicos dos últimos 5 anos de revisão bibliográfica.

Neste sentido, em contraponto à essa perspectiva de escrita científica hegemônica, emerge a preocupação em conhecer os movimentos, as forças e as linhas que se encaminharam para a construção do que hoje preconiza-se como rede de atenção oncológica e os desafios iminentes para a produção do cuidado à pessoas com câncer, especificamente, à mulheres que experienciam o adoecimento oncológico que, por sua vez, são convocadas a trilharem caminhos e estabelecerem conexões, construindo redes, em busca de cuidado.

Para essa escrita rizomática, inicialmente, no primeiro capítulo utilizar-se-á como coordenadas, o desenvolvimento de articulações entre a história do câncer – seu surgimento como força atuante no processo de industrialização e urbanização da sociedade moderna –, a oncologia – como área específica em cuidados oncológicos e seus elementos de cuidado –, e os modos desafiadores de produção do cuidado em rede.

Por conseguinte, no segundo capítulo, de forma mais específica, evidenciam-se estudos sobre a experiência e o caminhar de mulheres, tanto na rede de atenção oncológica, como também em operação viva de produção do cuidado, destacando a conceituação a ser trabalhada nessa dissertação: o devir-mulher, na perspectiva dos teóricos pós-estruturalistas.

No terceiro e último capítulo há a pretensão de fazer uma discussão sobre as concepções de rede de cuidado com os elementos componentes dessa pesquisa juntamente às perspectivas de rede rizomática da cartografia, vista não somente como pretensão metodológica, mas também como potência atuante no modo de operar com os conceitos teóricos e a experiência viva.

Nessa seara, nos três capítulos que se seguem, não há como não estabelecer conexões entre o desenvolvimento epidemiológico, clínico e crítico social, evidenciando as marcas humanas, sociais e históricas da bionormatização dos corpos, da higienização do corpo feminino, da forma hegemônica de cuidado

centrado na doença e em procedimentos, junto à medicalização social, dentre outros elementos caros a esse projeto.

E como proposta de superação desses modelos normativos de cuidados, no emaranhado desses três eixos, apresenta-se como linhas de fugas operantes, algumas proposta conceituais de teóricos da vertente pós-estruturalista, a qual se finca toda a pesquisa, percebendo o corpo em unidade e multiplicidade, produzindo afecções; discutindo o feminino na perspectiva de gênero e fazendo as conexões entre mulher, câncer e os modos ativados de subjetivações e transformações de vida e de corpo disparados pelo estabelecimentos de outros modelos de produção de cuidado que privilegiam a ética do cuidado e a estética da existência.

3.1 CÂNCER É UM PROBLEMA BIOPSISSOCIAL: MARCAS GENEALÓGICAS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

“[...] Se quer entender o final, preste atenção no começo [...]”.
(Provérbio Africano)

“[...] Na história, o câncer foi visto de diversas formas. De tumor maligno e incurável à neoplasia, de tragédia individual ao problema de saúde pública. [...]”.
(SONTAG, 2007)

“[...] No início, as propostas para o controle do câncer no País apregoavam a maior utilização da eletrocirurgia, com o passar dos anos, tiveram como base a criação de uma rede de instituições que tratassem os doentes com o conjunto de tecnologias que a medicina oferecia, implementassem campanhas publicitárias em relação à necessidade de diagnóstico precoce e que também pudessem oferecer cuidados paliativos para os desprovidos de recursos [...]”.
(INCA, 2007)

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2014), o câncer configura uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, com aproximadamente 14 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes relacionadas ao câncer em 2012. Para além disso, ainda se espera que os casos anuais de câncer aumentem cerca de 14 milhões nas próximas 2 décadas, visto que as taxas não estão subindo por razões chocantes, mas por razões que são mais fáceis de entender, como determinantes relacionados ao estilo de vida e falta de iniciativas de saúde pública para detecção precoce da doença.

Em face dessa perspectiva, é possível identificar múltiplas estratégias de controle do câncer, visto que o eixo oncológico tem se tornado essencial no contexto

da saúde pública, haja vista que as mudanças no perfil demográfico do país, têm sido decorrentes, principalmente, da urbanização, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia, o que atenua a ocorrência das doenças infectocontagiosas e coloca as doenças crônicas como centro de atenção dos problemas atuais da população brasileira (INCA, 2014).

Diante do cenário grave instalado, emerge como proposta de organização do cuidado, a Política Nacional de Atenção Oncológica, com a formação de uma Rede de Atenção Oncológica regional e estadual, que objetiva adequar a prevenção e o tratamento do câncer às necessidades de cada região do País.

Para compreender a efetiva consolidação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), e por consequência, as nuances e os entraves do modelo da Rede de Atenção Oncológica (RAO), é consubstancial conhecer e discutir, primeiramente, a história da construção social e política do câncer, a nível nacional e internacional.

O início da dissertação sobre esse contexto introduz o principal argumento desse capítulo: a afirmativa de que o câncer não é, e historicamente, nunca foi visto apenas como um problema de saúde pública. É preciso fomentar os elementos dessa trajetória para que se possa conhecer genealogicamente o nosso problema atual: a construção da rede de atenção oncológica.

Acredita-se que é mediante o conhecimento dos determinantes históricos que se pode encontrar ferramentas para compreender a organização atual da produção do cuidado às pessoas com câncer, visto que existe uma intrínseca relação entre a ampliação de políticas públicas com o desenvolvimento de uma comunidade de cancerologistas aliada à filantropia, que foram determinadas e atravessadas pelas transformações sociopolíticas brasileiras (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Ademais, em uma perspectiva foucaultiana (DELEUZE, 2005), acredita-se que não é possível analisar políticas e práticas de saúde sem contextualizá-la em sua construção histórica e social. Nesse sentido, a importância de se abordar as múltiplas dimensões dos saberes, práticas e discursos na construção de cuidado em oncologia, reside no fato de que as relações entre os sujeitos passam, muitas vezes, sem uma reflexão acerca do modo de cuidar, como um caminho que se faz e se refaz, em processo, e da ausência ou da descontinuidade do processo de cuidado, que opera de forma reduzida na rede pública a por meio de tecnologias duras.

Dessa forma, emerge a necessidade de realizar estudos de maior profundidade que revelem como vem se construindo a produção de cuidado oncológico, ao longo da história de insurgência e emergência do câncer como adoecimento de ordem médica, de saúde pública e psicossocial preocupante.

Diante do contexto apresentado, o presente estudo tem por objetivo analisar as perspectivas genealógicas que atravessam a construção da atenção oncológica, desenvolvendo argumentos sobre o câncer como um problema médico, de saúde pública e psicossocial, sendo estes, elementos caros à discussão atual de produção do cuidado em rede às pessoas com câncer.

A opção por produzir conhecimento utilizando como ferramenta a perspectiva de genealogia trabalhada por Deleuze e Foucault, emerge diante da possibilidade de problematizar as práticas discursivas e não – discursivas que operam no campo da oncologia, evidenciando a cultura, a ciência, a sociedade e as particularidades que se presentificam nessa seara.

Para tanto, urge como possibilidade a utilização da genealogia como ferramenta para essa produção de conhecimento. E o que é uma genealogia?

É um conceito utilizado, principalmente por Deleuze, Nietzsche e Foucault, como uma ferramenta para a construção de um modo de análise histórica, distante da história tradicional desenvolvida por historiadores. E o que difere a História da perspectiva da Genealogia? É importante elencar alguns pontos fundamentais para essa diferenciação e que será pilar da construção desse estudo sobre a perspectiva genealógica do câncer e da atenção oncológica.

Para Deleuze (1976), Nietzsche faz uso da genealogia como instrumento metodológico e só a partir dela que se é possível produzir conhecimento, articulando a crítica e a investigação com a interpretação e a perspectiva. Há uma ruptura com a naturalização dos fatos, da ciência como verdade absoluta e do distanciamento entre sujeito e objeto, elementos estes hegemônicos no fazer científico. Assim, explica com suas palavras:

Genealogia se opõe ao caráter absoluto dos valores tanto quanto a seu caráter relativo ou utilitário. Genealogia significa o elemento diferencial dos valores do qual decorre o valor destes. Genealogia, quer dizer, portanto, origem ou nascimento, mas também diferença ou distância na origem. Genealogia quer dizer nobreza e baixeza, nobreza e vilania, nobreza e decadência a origem. O nobre e o vil, o alto e o baixo, este é o elemento propriamente genealógico ou crítico (DELEUZE, 1976, p.4).

Neste sentido, Foucault (1979) estabelece que a genealogia é a forma de problematizar a verdade, não tratando-a como absoluta e distante do espaço micropolítico. Pelo contrário, seu interesse é traçar as linhas visíveis e invisíveis de poder e de sentido que não somente atravessam, mas também e principalmente, que criam as práticas discursivas e não discursivas acerca de fenômenos sociais.

Em síntese, em uma perspectiva genealógica troca-se a neutralidade do investigador historiador pela perspectiva implicativa e crítica do pesquisador que se interessa em conhecer desde a origem alguma dimensão da sociedade.

A história que se pretende desenhar aqui não é linear. Em uma genealogia, não aparece uma distinção clara entre o que é passado, presente e futuro. Pelo contrário, as sequências históricas se justapõem, se aglutinam, se perdem e se transformam. Logo, o presente é, concomitantemente, construções passadas, criações atuais e angústia do futuro por vir.

Portanto, ao invés de narrar uma história em continuidade de fatos, privilegia-se a articulação do que parece contínuo com o descontínuo, o acaso, o imprevisto, o espanto e as invenções. Para Foucault, essa inversão na genealogia acontece por considerar que em toda construção histórica e social de um fenômeno há uma multiplicidade que não permite uma representação fixa de uma realidade, mas sim um campo em constante movimento, seja de lutas, combates, imposições de sentido e/ou modos de subjetivações.

Diante do contexto explorado, para a construção dos resultados desse estudo, inicialmente, utilizar-se-á como coordenadas, o desenvolvimento de articulações da história do câncer, anterior à conformação da oncologia como campo de saber-poder dessa patologia.

Em um primeiro eixo discursivo, põe-se em questão o câncer como uma doença desconhecida e temida tornando-se preocupação médica na sociedade moderna. Por conseguinte, pretende-se problematizar a emergência do câncer como problema de saúde pública, tendo como norteador do cuidado a política nacional de atenção oncológica e a conformação da proposta do cuidado em rede.

Entretanto, o fenômeno não pretende se esgotar apresentando as políticas públicas da atenção oncológica. No terceiro eixo, apresenta-se a égide máxima desse estudo, em uma tentativa criativa de desnaturalizar a crença do adoecimento oncológico como uma questão apenas de saúde, ampliando o olhar para o atravessamento e os campos de forças psicossociais e os modos de

subjetivações inscritas na vida e no corpo de pessoas com câncer na sociedade contemporânea.

Ao fazer o movimento entre essas dimensões – câncer como problema médico, de saúde pública e psicossocial, não há como não estabelecer conexões entre o desenvolvimento epidemiológico, clínico e de políticas públicas sobre o câncer, evidenciando as marcas humanas, subjetivas, sociais e históricas.

3.1.1 A hegemonia da produção do cuidado oncológico centrado na dimensão biomédica e hospitalar

Por muito tempo, câncer foi uma doença desconhecida. As questões relacionadas à causa, capacidade de tratamento e cura eram nulas. As pessoas sofriam até a morte. O câncer traçou uma história inicialmente parecida com a lepra e a tuberculose, pois foram se construindo e tendo uma representação social de serem doenças mortais e contagiosas (SONTAG, 2007).

O adoecimento oncológico passa a ser alvo de pesquisas e estudos, inicialmente, na Europa e nos Estados Unidos da América. Tendo uma incidência maior a nível internacional, as preocupações mais sistemáticas no Brasil sobre câncer foram tardias, tendo início nas primeiras décadas do século XX, onde foi se formando uma comunidade cancerologista que participavam de eventos internacionais acerca da epidemiologia e etiologia da doença (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

O câncer estaria assim iniciando sua trajetória na incorporação da agenda higienista como um incômodo visível e que deveria ser enfrentado através da iniciativa do campo médico-científico, que resultaria em ações concretas daí por diante.

A partir do século XX, o câncer passou a apresentar estatísticas ascendentes de incidência e mortalidade, se tornando um problema médico. O elevado número de casos de câncer no Brasil começou a crescer de forma assustadora, o que levou um grupo de médicos a buscar novos conhecimentos sobre o câncer.

Vale ressaltar que o câncer foi por muito tempo representado como uma doença atrelada a um mal universal, evidenciando um reconhecimento oficial dos problemas relacionados ao avanço do acometimento das neoplasias na população

ao nível mundial, tendo que ser inserido como um dos desafios a serem enfrentados pela agenda pública (BARRETO, 2005). Deste momento em diante, o controle do câncer se tornaria uma inquietação profissional e um projeto nacional.

As primeiras políticas públicas, e medidas governamentais que se tem conhecimento no campo do tratamento e do controle do câncer no Brasil é ação para diagnóstico terapêutico (BRASIL, 2010).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014) no Brasil, a ênfase no tratamento do câncer se dá até os dias de hoje, de forma hegemônica, na rede especializada, executados e avaliados pelo alto percentual de diagnósticos de tumores avançados e pela deficiência de cuidados de reabilitação e paliativos.

Dessa forma, o presente estudo precisa destacar alguns elementos na trajetória de construção oncológica, como por exemplo: os principais protagonistas foram médicos que reconheceram a importância de estudos e pesquisas sobre pessoas com câncer; a principal forma inicial de cuidado era centralizada em procedimento clínico, voltados para a eliminação da doença, através de tratamento, cura e/ou reabilitação. Além disso, é a terapêutica especializada com o uso de tecnologia e medicamentos de alto custo que mais demanda na assistência oncológica (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Essas dimensões são significativas, pois, até hoje, a seara oncológica é fortemente demarcada pela medicina, bem como o modelo biomédico/hospitalar, centrado no sintoma. Eis o grande desafio da atenção oncológica: a ampliação do cuidado que hegemonicamente veio a se construir de forma restrita e fragmentada, que reduz a pessoa com câncer a um diagnóstico e um tratamento do corpo físico, evidenciando apenas terapêutica clínica e medicamentosa.

Em suma, conforme explanado até aqui, a produção do cuidado às pessoas com câncer atravessa a forte demarcação do modelo médico-hospitalar e de alta complexidade, visto que os primeiros esforços da sociedade foram baseados na construção de hospitais especializados para o tratamento do câncer, tornando o mesmo como um problema com hegemonia na dimensão biomédica e hospitalar.

3.1.2 O câncer é um problema de saúde pública: da prevenção aos cuidados paliativos – a política nacional de atenção oncológica e seus desafios

O câncer nem sempre foi uma questão de saúde pública, visto que inicialmente, como já visto nesse estudo, o câncer era um problema médico, e apenas posteriormente, foi visto como um problema de saúde pública e fortemente vinculada a ações filantrópicas.

Foi partir de 1970, com uma dificuldade de investimento na terapêutica, que “[...] surgiram às primeiras iniciativas que viam o câncer como um problema de saúde de grande magnitude, a ser contido por uma ação governamental planejada [...]” (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012). Com isso, cita-se como organizações importantes a criação do Programa Nacional de Controle do Câncer em 1973 e o Programa de Controle do Câncer em 1975, que de forma inicial teve enfoque na prevenção do câncer de colo do útero.

A partir do processo de redemocratização política do país, evidenciando a reforma sanitária e a nova constituição de 1988, que pela primeira vez, o câncer deixa de ser, politicamente, visto como apenas um problema investigado por médicos, e passa a ser objeto de saúde pública. Deriva-se a partir daí, uma nova base para o controle do câncer, focada na prevenção, na detecção precoce e na integração dos serviços em rede.

Em 1986, foi criado o Programa de Oncologia (Pro-Onco), que caracterizava-se por uma estrutura técnica administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer, passando a ser, em março de 1990, uma coordenadoria do Instituto Nacional de Câncer; a Coordenação de Programas de Controle de Câncer. Em 1987, ele foi oficializado por decreto ministerial e sua estrutura possuía duas linhas básicas de trabalho: a educação e a informação sobre o câncer (ABREU, 1997).

Inserido no campo de saúde pública, houve inicialmente uma preocupação estatística de revelar dados mais consistentes de incidência e mortalidade, além de pesquisas experimentais e estudos voltados para os investimentos em diagnóstico precoce e tratamento.

Por conseguinte, houve a criação da portaria nº 170, de dezembro de 1993, sendo uma iniciativa da Secretaria de assistência à Saúde, acerca da

constituição de “hospitais que realizam diagnósticos e procedimentos terapêuticos em oncologia, que participam do SUS e que possuem programação de rotinas terapêuticas” (BRASIL, 1993). Foi a 1ª forma de enfrentamento à crescente demanda de câncer no Brasil, voltada para a organização dos hospitais credenciados na alta complexidade de assistência oncológica. A intenção foi normatizar os componentes integrantes dos hospitais que ofereciam serviço de quimioterapia e radioterapia.

A posteriori, a portaria nº 3.535, de 1998, também vinculada à Secretária de Assistência à Saúde, realiza avanços acerca de uma assistência mais integralizada, a normatizar a organização em rede dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), classificados como I, II e III:

[...] a) garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas; b) estabelecer uma rede hierarquizada dos centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes, e c) atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia, resolve: Art. 1º Aprovar as normas específicas, constantes do anexo desta Portaria, para o cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia. [...] (BRASIL, PORTARIA Nº 3.535, 1998).

Embora as perspectivas políticas já apontem a necessidade de construção de rede para a produção do cuidado oncológico, percebe-se que até a publicação desta portaria, a preocupação primordial é a alta complexidade. Mesmo que já se amplie para outros serviços, a rede que se preconiza baseia-se em uma articulação entre serviços hospitalares. Diante disso, abre-se espaço para tocar novamente no ponto de destaque nesse capítulo: a centralização da atenção oncológica no âmbito hospitalar, na alta complexidade, no investimento em tecnologias de alto custo. Eis um grande desafio a ser enfrentado até os dias de hoje.

Foi só com a portaria nº 2.439, de 2005, que é decretada a Política Nacional de Atenção Oncológica e, por consequência, a Rede de Atenção Oncológica, que tem por base a construção de uma integralidade entre os campos de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação às pessoas com câncer, além de uma pactuação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde:

[...] Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, [...] Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as

Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios [...] (BRASIL, PORTARIA Nº 2.439, 2005).

Percebe-se que essa perspectiva de integralidade é muito recente. Essa política visa aumentar o acesso desde a prevenção, passando pelo diagnóstico até o tratamento do câncer, de modo a obter resultados que efetivamente modifiquem o perfil da morbimortalidade por câncer. Visa também ações voltadas para a identificação dos fatores determinantes e condicionantes das neoplasias e desenvolvimento de ações que promovam à redução de danos e a proteção à vida, assegurando a equidade e autonomia dos indivíduos.

Nessa construção de rede, destaca-se o papel do INCA como articulador de ações e formulador de políticas de câncer no país vinculando-se ao Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, instituições de fomento à pesquisa e instâncias sociais e midiáticas.

Sobre a assistência oncológica no SUS, tem-se a importância da articulação e da comunicação entre todos os níveis de atenção à saúde, como pode ser visto no mapa apresentado como anexo dos principais normativos para a oncologia no SUS:

Figura 1 – Assistência oncológica no SUS



Fonte: Anexo A – Assistência Oncológica do SUS/MS

Figura 2 – Linha do cuidado integral



Fonte: INCA, 2014.

É visível com nesses mapas a presença de todos os níveis de atenção à saúde. Há de se destacar o diferencial dessa política ao investir na área de detecção precoce e prevenção para reduzir a incidência das neoplasias, que é visto como a pretensão básica e pilar para o controle do câncer.

Este nível de atenção atua em várias dimensões da linha de cuidados para o câncer. Conforme a portaria que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) à Atenção Básica envolve

[...] ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados[...] (BRASIL, 2005).

A pesquisa de Ríco e Iriart, 2013 destaca a potencialidade da atenção básica na redução da incidência de câncer, porém encontrando entraves no acesso à realização de exames, no vínculo com os serviços de especializados e na busca ao serviço da população de alto risco

A porta de entrada dos serviços de saúde para a rede oncológica são as unidades de atenção primária à saúde, tendo como referência o Programa Saúde da Família, que de acordo com a necessidade de cada usuário ordenará o cuidado em saúde nas demais redes de atenção (BRASIL, 2010 ; BRASIL, 2006).

Os estudos de Parada (2008) destacam a potencialidade da atenção básica na redução da incidência de câncer, porém encontrando entraves no acesso

à realização de exames, no vínculo com os serviços especializados e na busca ativa em comunidades da população de alto risco.

A política de Atenção Oncológica também recomenda a educação permanente e a capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvimento de todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005).

Apesar da preconização de assistência compartilhada, como já visto em outras portarias, tendo em vista que atenção oncológica é fortemente focalizada na terapêutica hospitalar, e diante dessa realidade, surgiu também a Portaria SAS/MS nº 741, de 19/12/2005 – específica para a alta complexidade – que define “[...] as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia [...]” (BRASIL, 2010) , normatizando suas características, peculiaridades e articulações entre si.

Na alta complexidade, é válido destacar que a atenção oncológica é também marcada pela relação direta entre saúde pública e Instituições Filantrópicas (IFs), pois os serviços de quimioterapia, radioterapia e braquiterapia – centrais no processo de tratamento oncológico - são de tecnologias de alto custo, sendo assim necessário a ajuda filantrópica e da iniciativa privada para o fomento aos recursos.

Os procedimentos quimioterápicos e radioterápicos concentram-se, em ordem decrescente, nas entidades privadas sem fins lucrativos (filantrópicas), privadas com fins lucrativos e universitárias, inclusive com nítidas diferenças percentuais entre a quimioterapia e a radioterapia. Esta última ficando mais a cargo das filantrópicas (52,6%) e menos das universitárias (11,5%), e a quimioterapia, mais das filantrópicas (42,1%) e menos das privadas (18,5%) (INCA, 2014).

Em suma, conforme explado até aqui, a história do câncer, desde de doença desconhecida, passando pelo seu reconhecimento biomédico, até a construção da política nacional de atenção oncológica, já conquistou grandes avanços. Não significando que não há desafios, haja vista que historicamente, a atenção oncológica atravessa a forte demarcação do modelo médico-hospitalar e de alta complexidade, tendo a proposta do SUS indo na contra-mão do sistema, à medida que articula ações e cuidados à pessoas com câncer, não somente curativas

e individuais, mas com o intuito de reduzir a incidência, a mortalidade por esta doença e aumentar a qualidade de vida.

Tendo em vista que trata-se de uma doença crônica, que necessita de tratamento desde a prevenção aos cuidados paliativos, é por meio de uma perspectiva de rede ampliada que a Política Nacional de Atenção Oncológica propõe a Rede de Atenção Oncológica (RAO), a qual tem como princípio fundamental:

[...] A proposta de parceria entre todas as instâncias envolvidas, direta e indiretamente, com o problema do câncer - sejam elas o Governo Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as universidades, os serviços de saúde, os centros de pesquisa, as organizações não governamentais e o controle social [...] (BRASIL, 2010).

A RAO privilegia como princípio construtor para produção de cuidado, o trabalho cooperativo, em horizontalidade, ou seja “[...] não é possível pensar em um ator central, responsável pelas decisões de forma hierarquizada e paternalista. Na Rede, os membros decidem o encaminhamento das ações em conjunto [...] (INCA)”. E essa rede não se restringe apenas ao âmbito dos serviços de saúde.

A iniciativa que mais exemplifica esse modelo de Rede como ferramenta de gestão para a organização da atenção oncológica é vista através da “rede câncer”, proposta de construção do INCA, desde setembro de 2003, com o intuito de construção comum para o controle do câncer no país:

Figura 3 – Rede Câncer



Fonte: www.redecancer.org.br

Como visto na ilustração, a proposta é unir promoção, prevenção, vigilância e gestão na assistência oncológica das neoplasias eleitas como prioritárias para o Ministério da Saúde (MS), além de ter vínculo com a área de pesquisa como

a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e com o âmbito midiático (Rádio INCA), com o intuito de promover educação em saúde à população.

Conforme vê-se, a rede pede múltiplas conexões, tanto focalizada na alta complexidade, como com a atenção primária, os órgãos intersetoriais e a sociedade como um todo, o que aumenta o desafio. Essa forma de organizar a atenção cria um laço social que, antes, não existia.

Como se percebe, na política contemporânea, a aproximação com a sociedade e a disseminação do discurso social evidenciando o câncer como um problema de saúde pública e suas formas normatizadas de prevenir, tratar e organizar o cuidado é componente ímpar na construção da RAO.

Parece que o câncer, por ser discutido como uma doença de risco mundial e de alta letalidade, é motivo de preocupação tanto macropolítico, ao nível Estatal, como ao nível micropolítico.

Em suma, conforme explanado até aqui, a história do câncer, desde doença desconhecida, passando pelo seu reconhecimento biomédico, até a construção da política nacional de atenção oncológica, já conquistou grandes avanços. Não significando que não há desafios, haja vista que historicamente, a atenção oncológica atravessa a forte demarcação do modelo médico-hospitalar e de alta complexidade, tendo a proposta do SUS indo na contra-mão do sistema, à medida que articula ações e cuidados às pessoas com câncer, não somente curativas e individuais, mas com o intuito de reduzir a incidência, a mortalidade por esta doença e aumentar a qualidade de vida.

3.1.3 A produção do Cuidado a Pessoas com Câncer é também uma atenção psicossocial?

Apesar de constatar, através da história, os avanços para a construção de um cuidado organizado e que proporcione mais qualidade de vida, é preciso compreender as condições que possibilitam esse modo de construção de rede oncológica, que opera com a hegemonia do cuidado com máquinas de tecnologia dura na alta complexidade; com o tratamento centrado na medicalização, e com ênfase no discurso de que o combate ao câncer é um compromisso de toda a sociedade.

Nesse contexto, convém questionar, nessa última etapa desse capítulo: Será que o câncer é só um problema de saúde pública? Um problema que pode ser enfrentado apenas mediante a organização da atenção oncológica no Sistema Único de Saúde (SUS)? Será que o adoecimento oncológico assim como outras doenças crônicas não reflete também um problema social?

Aqui, reflete-se sobre a pedra angular de tal escrito, que é evidenciar que a história do câncer, aliado à susceptibilidade genética e ao envelhecimento, também fala de um estilo de vida que produz e é produzido no modo de produção capitalista, ancorando os hábitos alimentares, o trabalho e o lazer – em suma, a vida das pessoas –, aos processos de industrialização, modernização e urbanização, sendo estes, fortes determinante de doenças crônicas.

Ao longo da história foi construído, a partir de diversos paradigmas explicativos para os problemas de saúde, um consenso para as articulações entre as importantes mudanças sociais em consonância com os processos de adoecimentos e as práticas de saúde.

As condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos, proporciona, dentre muitos casos, conflitos entre a Saúde Pública e a Medicina e entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença em que estes passaram a ser o centro do debate sobre a configuração desse novo campo de conhecimento, de prática e de educação (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Buscando compreender melhor esse novo arranjo, nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um avanço no estudo das relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma sociedade e a situação de saúde de sua população, sobretudo a partir das iniquidades em saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000).

Dessa forma, entende-se que o estudo da produção do cuidado em saúde consiste no principal aspecto estudado quando se trata de determinantes sociais de saúde (DSS), que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, isto é, que expressam, com maior ou menor nível de detalhe, as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos

da população estão relacionadas com sua situação de saúde (CANESQUI;BARSAGLINI,2012).

Sob esse prisma, os fatores socioeconômicos são apontados como determinantes importantes na incidência e mortalidade por câncer. Duarte (2016) associa o câncer às iniquidades sociais, às dificuldades de acesso à prevenção primária, ao diagnóstico precoce e aos tratamentos bem como aos elementos estruturais da sociedade moderna e às modificações ao longo das últimas décadas dos estilos de vida.

Contudo, Souza, da Silva e Silva (2013) problematizam a relação entre os problemas sociais e a saúde sob a ótica no modo de produção econômica em que as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades advém, ou pelo menos, foi impulsionado pelo modo de produção capitalista no decorrer da história.

Assim, tais autores se utilizam da expressão “questão social” e de seus desdobramentos para dar um enfoque social nas ações de saúde. Entende-se, portanto, que o sistema capital com suas crises inerentes a sua lógica de funcionamento se tornam devastadoras para qualquer esfera da atividade humana, afetando, de uma forma geral, as relações humanas e, por conseguinte, a saúde.

Tendo em vista que os problemas sociais rebatem sobre a saúde é preciso também compreender que as mazelas sociais também emergem do processo capitalista, sendo, portanto, determinante para a problemática da saúde e torna-se um laço invisível entre o indivíduo e o processo saúde-doença-cuidado. Para Souza, da Silva e Silva (2013, p.55-56), “o que na verdade temos são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e deletérias à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure, também, numa condição socialmente imposta”.

Para Foucault (1979), na modernidade há um poder que tem um discurso sobre a multiplicidade da vida por meio da aniquilação da própria vida. Isso significa dizer que se por um lado, nunca se falou tanto sobre vida, viver bem e longevidade, por outro, o próprio estilo de vida operante capitalista impede que isso aconteça. Fala-se em alimentação saudável e o que é oferecido em grande escala são *fast-foods*; em atividade física e soluções farmacêuticas rápidas e mágicas para emagrecer, além do modo capitalístico ativado de produção intensa em série, o que em certos casos leva ao esgotamento físico e emocional das pessoas. O mesmo

parece quando a política de prevenção de câncer afirma que é necessário parar de fumar, de beber, fazer atividades, dentre outras atividades mais “purificadoras da vida”, quando na verdade, o cotidiano pede e oferece exatamente o contrário. Contraditório?

Com a bionormatização dos corpos, o poder disciplinador e normatizador concentradas não somente na figura do Estado, mas também reproduzido nas relações micropolíticas, atua administrando a vida e os corpos da população, pois “[...] Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações[...].” (FOUCAULT, 1979, p. 126). As práticas de saúde na era moderna não se distanciam dessa realidade, também refletem um modo de produção de cuidado com prática de dominação e normatização dos corpos.

Entretanto, essa pesquisa parte da pesquisa de que o cuidado é uma produção que se estabelece em encontros relacionais, de forma singularizada e que está para além das normas prescritivas e imperativas de saúde, de prevenção e de tratamento (faça isso, faça aquilo, tome esse remédio, não deixe fazer isso). Anterior à norma, há a existência. E cada modo de existência pede um cuidado diferenciado. Atualmente isso é possível?

Existe um sistema social econômico e político que depende de um discurso que penetre na vida das pessoas. É possível dizer, à luz de Foucault, que a era moderna institui a sociedade de controle. Esses conceitos são importantes para esse estudo no intuito de compreender como o poder se infiltra nos mecanismos da vida, até o ponto que se torna invisível e vive-se apenas a partir de um padrão, de um modelo imposto através de um discurso moral sobre a vida. Vive-se de forma automática, reproduzindo o controle.

Essa invisibilidade do poder faz com as pessoas não questionem mais em saber quais as razões de ter um padrão de vida de forma x ou y. Tornam-se, como chama Foucault, “Corpos dóceis”. Especificamente, Foucault fala de duas formas de estabelecimento do poder que visam o controle para a sustentação do próprio poder. Anátomo – poder que incide sobre o corpo específico do indivíduo e o biopoder, que já não é a tentativa de controlar o corpo do indivíduo, mas a tentativa do poder de controlar a sociedade como um todo.

Trazendo essas questões para o contexto da produção de cuidado às pessoas com câncer, antes de evidenciar a necessidade de cuidar daquele corpo,

é preciso, a priori, conhecer que corpo é este que está em processo de cuidado. A quem pertence? Qual a sua história? Quais as subjetivações acerca da doença, da saúde e da existência imperam nesse corpo? Qual seus limites? Quais as suas possibilidades/potencialidades?

Deleuze e Guattari (2008) falam da necessidade de se conhecer um corpo para além de sua estrutura física, o que é conhecido como o Corpo Sem Órgãos (CsO), que se inscreve no campo da singularidade e intesidade da experiência, da vivência e da existência do corpo.

Portanto, cabe o questionamento: a produção de redes de cuidado oncológico, preconizado atualmente, percebe a necessidade de conexão e construção de redes existenciais que conheçam o corpo para além de sua normativa física? É preciso estar atento à normatização social e de como se materializa nas práticas de saúde, para poder desterritorializar-se e produzir novos modos criativos de cuidar.

3.2 A MULHER COM CÂNCER É DEVIR: DISCUTINDO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE NO TERRITÓRIO EXISTENCIAL DA REDE ONCOLÓGICA

“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”.
(Beauvoir, 1980, p. 9)

Este capítulo trata-se de uma pretensa argumentação e reflexão acerca da construção de redes de cuidado voltada às mulheres com câncer, tentando concebê-las para além das estatísticas do câncer de mama e colo uterino e da normatização que são submetidas. A intenção é, *a priori*, adentrar na realidade de mulheres que vivem a experiência de ter câncer e fazer uma análise do processo de produção de cuidado para o enfrentamento dessa doença.

Sendo assim, a ideia desse capítulo é refletir sobre as especificidades da mulher em relação ao adoecimento oncológico, principalmente relacionados ao câncer de mama e colo uterino. A investigação científica se inicia em busca de compreender quais os processos de subjetivação e as formas de enfrentamento que emergem desde a descoberta do câncer até o tratamento e seus prognósticos.

Nesse processo, há de se evidenciar um leque muito grande de possibilidades teóricas, e não apenas a doença emerge na configuração do campo

de pesquisa, pois: as questões envolvendo corpo, gênero e sexualidade tornam-se indissociáveis nos estudos sobre mulheres com câncer, a qual todo o contexto de significação da doença está intimamente ligado à questão do corpo feminino, e por consequência, da representação social que ele envolve, associada à sexualidade, à maternidade e à feminilidade da mulher.

Nesse contexto, é preciso discutir sobre quem se interessa estudar: a mulher. É imprescindível problematizar a construção histórica do gênero feminino para reconhecer como as práticas de cuidado às mulheres com câncer estão se materializando no campo da saúde pública.

De modo geral, se pensar do ponto de vista cultural, homens e mulheres nunca foram concebidos simbolicamente e socialmente iguais. As diferenças de gênero atravessam todo o curso da história das sociedades, que sempre foram demasiadamente significativos e constantes, principalmente com o surgimento da Era Moderna.

Acerca dessas diferenças, Del Priori (2009), em seus estudos sobre as condições femininas ao longo da história, reitera que a marca fundamental da cultura ocidental é o patriarcado, – uma sociedade com dominação predominantemente masculina –, que se estabelece de forma cultural, simbólica, prática, metafísica e epistemológica afirmando que o homem é por definição o essencial, tendo lugar social primário, tido como o provedor, soberano ; e a mulher determinada como secundária, subalternas, subservientes ao homem.

Esse modo de organização cultural se reflete tanto na esfera da política, do direito, da esfera pública, mas também na ética cotidiana, sendo possível perceber e reproduzir essa lógica nas relações micropolíticas mais próximas, no contato com pessoas da comunidade, colegas trabalho, etc. Eis aí a problemática demarcada sobre a hegemonia da definição de mulher e de seu papel na sociedade.

É valoroso deixar claro que embora essas diferenças de gênero não são essencialmente naturais, entretanto, existiram durante a história, grandes esforços em naturalizar essas diferenças, pautando as determinações biológicas atreladas as construções sociais dos corpos. É o que Bourdieu (2014) evidencia quando se remete a naturalização dos corpos sociais, pois estes se inscrevem na vida social não somente como um dispositivo biológico, mas se contrói político e socialmente. Em outras palavras, o corpo não se movimenta apenas como uma dimensão física,

regida pelas funções do corpo biológico. Pelo contrário, os organismos físicos estão simbolicamente atrelados à construção social, política e cultural dos corpos.

Bourdieu (2014) apresenta a cultura de sujeição e controle dos corpos femininos submetidos a dominação masculina/falocêntrica, sendo esta a norma estabelecida na micropolítica da vida cotidiana. Esse autor fala de uma construção simbólica dos gêneros, onde as diferenças sociais se tornam marcas na formação e na subjetividade dos corpos.

Ainda mais, essa representação se naturaliza a partir da associação entre as condições anatômicas atreladas as condições subjetivas e aos papéis sociais pré-estabelecidos. Para esse autor, a definição social dos órgãos sexuais, longe de ser um simples registro de propriedades naturais, é produto de uma construção que remete a esquemas de percepção, de pensamento e de ação às custas da acentuação de certas diferenças e do obscurecimento de certas semelhanças entre homens e mulheres, tal como pode-se observar em seu esquema sinóptico das oposições pertinentes sobre este processo de construção conceitual do binário homem-mulher/masculino-feminino:

geração em geração, além de serem vistas como aceitáveis e principalmente naturais.

Então, afinal, como se construiu a representação do corpo feminino? Como os discursos que constroem essas representações operam na sociedade? Ainda nessa discussão sobre gênero, Foucault se dedicou em estudar os dispositivos da sexualidade construídos como forma de dominação do corpo.

Para entender essas conexões entre as condições anatômicas e a produção de vida, de subjetividade e de sociedade, Foucault (2015) em seus escritos sobre a História da Sexualidade, desenvolve o argumento de que sexualidade dos corpos – seja homem ou mulher -, está ligada diretamente ao fenômeno da normatização e medicalização dos corpos. Em seus estudos, o autor afirma que a construção sobre a sexualidade e a distinção e, por vezes, a dicotomia entre gêneros se intensifica desde o século XVI, ganhando espaço hegemônico no século XIX, oriundo da necessidade social de controle dos corpos no ocidente, através de instituições como a igreja, a escola, a família e contando com uma grande aliada: a biomedicina.

Através dos discursos médicos, a mulher foi determinada por suas definições anatômicas e seus aspectos biológicos os quais a distinguiria definitivamente do homem: a menstruação e a gestação. Sendo assim, a mulher, teria um comportamento natural e orgânico que lhe determinaria a ser reconhecida através do seu “dom natural” de procriação e maternagem. Sobre a biomedicina e a demarcação da mulher:

[...] Os médicos viam a mulher como produto de seu sistema reprodutivo, base de sua função social e de suas características comportamentais: o útero e os ovários determinariam a conduta feminina desde a puberdade até a menopausa, bem como o seu comportamento emocional e moral, produzindo um ser incapaz de raciocínios longos, abstrações e atividade intelectual, mais frágil do ponto de vista físico e sedentário por natureza; a combinação desses atributos, aliada à sensibilidade emocional, tornava as mulheres preparadas para a procriação e a criação dos filhos [...] (MATOS, 2003, pp. 114-115).

Fica evidente nesse trecho a relação direta que se estabelece entre a mulher e os seus órgãos ligados à sexualidade e a reprodutividade: o útero e o ovário. Em suma, a construção do corpo feminino e de um modelo feminino ditado ou pensado através da sua biologia, constrói sobre esse corpo funções que

passaram a caracterizar a mulher, a fragmentar seu corpo nos seus símbolos e a determinar papéis sociais (o cuidado da casa, do marido e dos filhos).

Nessa perspectiva tradicional, o símbolo social da mulher está atrelado a sua imagem de ser heterossexual, esposa, mãe e cuidadora. Infelizmente, essa perspectiva acerca das questões de gêneros é hegemônica, ela se completa e se realiza em uma transformação profunda e duradoura dos corpos e das formas de pensamento, dos desejos, dos sentimentos e das subjetividades em jogo, em um trabalho que impõe uma definição diferencial dos usos legítimos dos corpos, sobretudo os sexuais, e tende a excluir do universo do pensável e do factível tudo o que possa aniquilar essa concepção. Portanto, nessa concepção radical, extremista, tradicional e conservadora, a mulher que não é mãe, não é mulher; a mulher que não tem tais órgãos sexuais, mesmo se identificando com o gênero feminino, não pode ser considerada mulher, a mulher não-heterossexual, não-mãe, não-cuidadora da casa e do marido, vive no estigma social.

Entretanto, graças aos movimentos feminio rompimento e a resistência às representações morais e normativas na área da saúde no que concerne ao modo de conceber a mulher. A ideia concentra-se em buscar a ruptura com a representação do “sujeito – mulher” ao reconhecer a singularidade e a multiplicidade de cada corpo feminino e seus processos de subjetivação e criação que atravessam a vivência de ter câncer.

A partir do rompimento com tal perspectiva pode-se tracejar elementos cartográficos em consonância a formas de inventividade do ser mulher e do ser homem, considerando o corpo para além de suas normas biológicas e previamente estabelecidas socialmente. Em última análise, pretende-se desenhar nessa dissertação a concepção de um corpo em potência de multiplicidade, singularidade e inventividade, que não se limita às linhas molares do corpo social.

A ideia concentra-se em buscar a ruptura com a representação de identidades fixas atrelas ao “sujeito – mulher” ao afirmar e reconhecer a singularidade e a multiplicidade de cada corpo feminino e seus processos de subjetivação e criação que atravessam a vivência de ter câncer.

Butler, em sua obra Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade (2003), radicaliza a teoria feminista, ao problematizar se o sexo ou sexualidade, assim como o gênero é uma construção social. A própria partilha de

certos referenciais de Michel Foucault e se pergunta se o “sexo” ou a “sexualidade” teria uma história ou se é uma estrutura dada, isenta de questionamentos em vista de sua indiscutível materialidade e naturalidade. Butler discorda da ideia de que só se pode pensar a perspectiva de gênero, enquanto o sexo como forma de pertença ao corpo e à natureza biológica. Butler pretende historicizar gênero, corpo e sexo, dissolvendo as perspectivas sexistas e binarizantes da relação sexo-gênero. Para Butler, a sociedade encontra-se diante de uma “ordem compulsória” que exige a coerência total entre um sexo, um gênero e um desejo/prática que são obrigatoriamente heterossexuais/heteronormativos.

Em outras palavras: a criança está na barriga da mãe; se tiver pênis e próstata é um menino, o qual será condicionado a sentir atração por meninas, o qual terá papéis sociais previamente estabelecidos, como dominador da casa, do trabalho e da sociedade, detentor do poder; se tiver vagina, mama, útero e ovário é uma menina, que deverá se relacionar com meninos indo em direção à reprodução, à formação de uma família, e dedicar-se a educação dos filhos e aos cuidados do lar. Essa relação entre sexualidade, corpo, gênero e papéis sociais foram bastante discutidas por alguns teóricos que engendram tal escrito como os já citados Pierre Bourdieu, Michel Foucault e Judith Butler

Para dar um fim a essa lógica que tende à reprodução e à representação, Butler destaca a necessidade de subverter a ordem compulsória, desmontando a obrigatoriedade da relação intrínseca entre sexo, gênero e desejo, além de apontar para a possibilidade de haver uma política sem que seja necessário a constituição de uma identidade fixa, de um sujeito a ser representado para que essa política se legitime; pelo contrário, passa-se a afirmar a existência do conceito de mulheres, no plural, evidenciando sua organização em pluralidade e não mais o conceito de mulher, em unicidade. Essa perspectiva pós-estruturalista de pluralidade e multiplicidade tende a emancipar a existência feminina das amarras da representação social.

Em consonância a essas perspectivas, a cartografia percebe essas marcas impostas da norma social como aquilo que está territorializado e para movimentar-se diante desse território machista, sexista e patriarcal, propõe-se o processo de desterritorialização ao território existencial. E é a partir do conceito de

Devir e, principalmente, do Devir-Mulher que surgem as criações novas formas de existências, que se inventem para além da norma territorializada.

Deleuze conceitua a ideia de Devir-Mulher, que nada tem a ver com as concepções binárias e sexistas tão presentes nas discussões sobre gênero. Para a compreensão desse conceito é preciso discutir primeiro sobre o Devir como um conceito filosófico.

Krahe e Matos (2010) em seus estudos, apresentam o Devir na perspectiva de alguns autores. Para Heráclito o devir é comparado as águas de um rio, que continua o mesmo, a despeito de suas águas continuamente mudarem. Afirma, então, que o que determina a vida são os fluxos e os movimentos, perspectiva esta que também corrobora com Nietzsche quando este afirma que devir é um eterno, quando define: “Devir entendido como algo que não tem estado final, não projeta uma identidade.Devir como um estado de variação” (NIETZSCHE, 2008, p. 358).

Na cartografia, Devir não consegue atingir uma forma definitiva, logo, nunca se conclui, pois permanece em eterno fluxo. E isso é possível acontecer a partir da possibilidade de conexões rizomáticas, afetivas, que estão no âmbito da sensível, assim como explícito nesse trecho: “Em nossa sociedade, o que se recalca é a possibilidade de se criarem formas a partir da sensibilidade dos indivíduos em seu processo de existência, formas tão múltiplas e variadas quantos forem esses processos” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p.81).

E de onde surge o conceito de Devir-Mulher? Ora, considera-se que esse modo de estar em eterno movimento é capturado e aprisionado pelas estruturas sociais capitalísticas contemporâneas, e, por isso, a impossibilidade de gerar/fecundar novas formas de existências, de criação e produção de novos e outros devires:

O que fica recalçado é uma espécie de “função gravidez” – a possibilidade de a gente se deixar fecundar pela vida, de a gente funcionar como canal para proliferação de formas de existência que se impõem a cada nova configuração da experiência. Ora, o que é esse recalçado senão, exatamente, o “devir – mulher”? Conclusão: pelo jeito, qualquer ruptura com o modo de funcionamento de nossa sociedade passa, no mínimo, por um devir-mulher [...] (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p.81).

Portanto, se digo mulher, homem, animal, falo de formas, logo, refiro-me a alianças efetivas com as políticas de identidade e gênero para a constituição dessas formas. Mas se digo devir-mulher, devir-animal, são tendências de um ser que flui,

constituindo com as outras alianças afetivas, rizomáticas, que fazem sempre escapar das políticas de identidade e fabricando micropolíticas.

O devir – mulher fala de um processo de singularidade da mulher, o que ela é e o que ela que pode vir – a- ser. Não se refere necessariamente à mulher, mas é potente àqueles que se constituem em devir-minoritário, ou como diria Deleuze, em forma molecular em nossa sociedade, que encontram-se no desvio, na fuga: mulheres, negros, homossexuais, lésbicas, pobres, etc. O devir-masculino ou devir-homem é a macro-estrutura que dá forma a identidade patriarcal que engendra a sociedade moderna ocidental. Portanto, o próprio homem para escapar desse modo estrutural também precisa abrir-se e permitir-se inventar-se através do Devir-Mulher. Esse conceito nada tem a ver com a binarização home x mulher, mas coloca em roda de discussão a potência de criar vida que existe em todos os corpos, independentemente do seu gênero masculino ou feminino.

Em síntese, no limite, a questão que se coloca nesta dissertação é como o devir-mulher pode superar as estruturas de gênero, que constituem a base do pensamento e da subjetividade dominante, fazendo surgir revoluções moleculares micropolíticas a partir de experimentações inter-subjetivas abertas à multiplicidade.

No âmbito da saúde, os modos de conceber o ser mulher também atravessam desafios para conseguir considerá-la para além do que está na norma social. A saúde da mulher, no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitando-se às necessidades referentes à gravidez e ao parto (PADILHA et al., 2011). Segundo Ballarin, Ferigato e Carvalho (2008), as políticas públicas e a assistência à saúde da mulher se desenvolveram a partir de uma visão reducionista, onde lhe era atribuída uma especificidade biológica, ênfase no papel de mãe e responsabilidade pela educação e saúde dos filhos, limitando a possibilidade de uma abordagem mais ampliada e integral voltada à saúde da mulher.

Esse cenário só sofreu modificações a partir da década de oitenta, com a organização de movimentos feministas e o movimento que preconizava a reforma sanitária no Brasil, que iniciaram as discussões acerca da liberdade e igualdade/equidade de gênero que culminaram na conceituação de direitos sexuais e reprodutivos (CORRÊA; PETCHESKY, 1996), o que vem sendo construído

historicamente e nesta perspectiva feminista, como é sabido, estes direitos versam sobre a liberdade sexual, reverberando no exercício da democracia.

Dando início às mudanças das políticas voltadas à saúde da mulher foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), trazendo inovações, centradas na integralidade (BRASIL, 2004)

Com sua postura inovadora, são propostas ações ampliadas, que percebem a mulher com uma multiplicidade de necessidade, e dessa forma, a acompanhem no âmbito educativo, preventivo, diagnóstico, tratamento e recuperação de acordo com as demandas derivadas do perfil populacional das mulheres, agregando a assistência à mulher (que antes eram apenas assistência a mulheres grávidas) às doenças sexualmente transmissíveis, os cânceres de colo, útero e mama, entre outras.

Nessa seara, se faz considerável ratificar a reflexão reflete sobre essas questões históricas do feminino em interface com os problemas de saúde da mulher, em específico, a área oncológica, principalmente no que se refere ao câncer do colo do útero e de mama:

[...] Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam forte impacto nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero, as quais se referem ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher as expõem a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina diante de certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade que a situação com fatores biológicos. É importante considerar as especificidades na população feminina – negras, indígenas, trabalhadoras da cidade e do campo, as que estão em situação de prisão e de rua, as lésbicas e aquelas que se encontram na adolescência, no climatério e na terceira idade – e relacioná-las à situação ginecológica, em especial aos cânceres do colo do útero e da mama [...] (BRASIL, 2013).

O câncer de mama e colo do útero – neoplasias ligadas aos dois símbolos da sexualidade, da maternidade e da reprodutividade – estão entre as 5 (cinco) acometimentos mais incidentes no corpo feminino, sendo primeiro e terceiro lugar, respectivamente. Assim como pode se vê nas ilustrações abaixo:

Figura 5 – Estimativa para 2015 de incidência de câncer em mulheres

	Localização primária	casos novos	%
Mulheres 	Mama Feminina	57.120	20,8%
	Cólon e Reto	17.530	6,4%
	Colo do Útero	15.590	5,7%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%
	Glândula	8.050	2,9%

Fonte: BOURDIEU, p. 23, 2014.

No que concerne a especificidade do câncer de mama e de colo uterino, os estudos evidenciam que desde a prevenção à reabilitação e cuidados paliativos, o câncer se inscreve de forma a processar novas subjetivações em relação ao corpo, a sexualidade, a imagem corporal, a identidade feminina, a vida sexual e a relação conjugal, além de ser todas essas questões estarem atravessadas pelo temor diante da proximidade com a perda de uma parte do corpo, a morte e a finitude humana (FERREIRA et al., 2013; GASPARELLO et al., 2011).

Rico e Iriart (2013) conversam sobre o temor associado ao câncer desde à prevenção, que envolve tanto o medo e a vergonha em expor seu corpo e junto a ele sua sexualidade, seus modos e práticas sexuais. A partir deste contexto conota-se a questão de gênero, que se revela-se como um dos principais motivos que levam a não realização da prevenção do câncer de mama e colo do útero, sendo um fator determinante para a evasão dessa mulher dos serviços de saúde.

Ribeiro, Santos e Teixeira (2011, p. 488) ressaltam que “a violência de gênero [...] tem um impacto muito grande na saúde da mulher, sendo responsável por um em cada cinco anos potenciais de vida saudável perdidos”. Por isso, afirma que pensar a questão do câncer do colo do útero aponta para uma perspectiva de discussão assentada nas desigualdades de gênero.

Sobre o diagnóstico e o tratamento, Aureliano (2009) relata em seus estudos as transformações que as mulheres mastectomizadas passam, necessitando ressignificar o corpo feminino e o que é ser mulher, fazendo a ruptura com a representação da mulher simbolizada pela sexualidade e a maternidade, onde a mama torna-se símbolo da mulher mãe e esposa. A própria vivência oncológica

convoca a mulher a essa reconstrução de sua identidade. Assim como afirma os autores se faz necessário realizar tanto um movimento de afirmação da continuidade deste 'ser mulher' como de negação da sua caracterização restrita e reduzida através de suas partes anatômicas, simbolicamente constituídas enquanto elementos que caracterizam o feminino.

E o que isso tem a ver com a produção do cuidado de mulheres que vivenciam o câncer? Diante do exposto até aqui, é notória a percepção de que viver a experiência de ter câncer é viver transformações, vivenciar outros/novos processos de subjetivação com o corpo, com a dor e com a existência. E que redes podem ser construídas no intuito de abranger essas multiplicidades?

Em síntese, que linhas e contornos poderiam compor uma rede de cuidado de mulheres com câncer? Que tipo de cuidados? Quem precisa de cuidados? Como se dá o processo de cuidado?

Através dos resultados científicos apontados, esse estudo, se arrisca em traçar que o câncer e o próprio processo de adoecimento e tratamento oncológico se tornam devir, haja vista que se caracteriza por ser processual e que não é pontual, nem linear, se inscreve no corpo de forma holística e que atravessa todo o campo do desejo entre a dor, a vida, a morte, o outro e a si mesmo. O câncer se inscreve no corpo e produz novas e outras subjetivações. O próprio adoecimento é uma possibilidade de tornar-se movimento.

Tratando-se do câncer de mama e do câncer de colo do útero, temas centrais desse capítulo, considerar o devir-mulher é romper com a representação do feminino ligado à maternidade, à feminilidade e à sexualidade. Romper com o papel social delimitado a mulher de ser heterossexual, casada, mãe, santa e dona de casa. É considerar todas as infinitas possibilidades de existência para além da dominação da identidade feminina e da identificação de mulher atrelada à mama, útero e ovário – órgão ligados à reprodução, sexualidade, maternidade e feminilidade. É como se através da perda da parte, existisse a possibilidade que o todo fosse transformado, colocando a mulher sem mama ou colo uterino diante de um processo contínuo de reconstrução dessa nova identidade ainda plural, ainda mulher e, com todas as suas ambiguidades e multiplicidades, demasiadamente humana.

Por isso, esse estudo alerta que é preciso reconhecer tanto os padrões sociais que penetram no âmbito da saúde e se materializam em práticas de cuidado

normativas – tabu do corpo, da sexualidade e da morte, por exemplo -, como também evidenciar as produções criativas de enfrentamento que são construídas na esfera de conexão que envolve a mulher, o seu corpo feminino, a saúde, a doença, a morte e a vida. Em suma, cada mulher vivencia o câncer em sua diferença, por isso, demanda uma construção micropolítica de rede singularizada. Sim. No limite, cada mulher, diante de sua história, pede e produz conexões únicas de cuidado.

Acredita-se, que ao trabalhar a saúde da mulher, compreendendo os agenciamentos do sujeito-mulher e as suas especificidades, amparados ainda na confluência com as especificidades da saúde da mulher e a construção e fluxo do devir-mulher, é possível fomentar o desenvolvimento de uma atenção de saúde efetivamente na perspectiva da integralidade.

Ora, o que advoga-se é que o agenciamento do cuidado aconteça de maneira a fortalecer a potência do corpo (FRANCO e GALAVOTE, 2010), e que envolva a imanência de redes vivas de cada sujeito, bem como sua multiplicidade (MERHY et al., 2014); isso nada mais é, em última análise do que a garantia da atenção verdadeiramente integral, pautadas na multiplicidade, na singularidade e na diferença, investindo, então, em uma clínica efetivamente ampliada

Dessa maneira, se faz necessária a incorporação da dimensão do gênero como um determinante no processo de cuidado e saúde, procurando abranger o fluxo presente nos territórios e não o contrário, como acontece na prática. Há ainda a urgência de se considerar os determinantes sociais que atravessam os aspectos concernentes ao feminino para o seu enfrentamento, uma vez que percebe-se um alto índice de morbimortalidade, bem como o seu crescimento vertiginoso nos últimos anos.

É válido ressaltar que, diante do que foi exposto até aqui e adentrando esta seara sobre o corpo feminino e o devir-mulher, esses elementos ainda são novos conceitos e que irão ainda enfrentar grandes desafios a se corporificarem na sociedade.

3.3 A PRODUÇÃO DE REDE É MICROPOLÍTICA: REDES VIVAS, REDES RIZOMÁTICAS E A CARTOGRAFIA – A DIFERENÇA EM CONEXÃO

[...] Resumamos os principais caracteres de um rizoma [...]. Ele não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio

pelo qual ele cresce e transborda. Ele constitui multiplicidades lineares a n dimensões, sem sujeito nem objeto [...]. Oposto a uma estrutura, [...], o rizoma é feito somente de linhas. [...] O rizoma é uma antigenealogia. É uma memória curta ou uma antimemória. O rizoma procede por variação, expansão, conquista, captura, picada. [...], o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga. [...] unicamente definido por uma circulação de estados [...] todo tipo de "devires" [...]

(DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.32).

O primeiro capítulo discorreu a nível macropolítico acerca da história do câncer, desde doença desconhecida à construção de políticas públicas, com a elaboração da Política de Atenção Oncológica e, por consequência, a proposta do Ministério da Saúde de organização de uma Rede de Atenção Oncológica. Foi dito que por mais que haja um modelo padronizado de construção dessa rede, existem várias especificidades que devem ser levadas em conta, dentre elas, é de que se faz necessário a construção de uma rede centrada nas necessidades dos usuários.

Diante dessa conjuntura, já que se tem como guia desse estudo as redes de mulheres com câncer, o segundo capítulo enfatizou os principais estudos acerca dessa temática, e assim, foi possível a criação de perspectivas a partir de fluxos e linhas de pensamento que tiveram por base o referencial teórico de Deleuze e Guattari de “devir – mulher” e de construção do feminino na cultura, a partir de concepções foucaultianas.

Por último, mas não menos importante, esse terceiro capítulo tratar-se-á de compreender a concepção de rede que demarca o eixo central no processo de produção dessa pesquisa, a partir da afirmativa de que “toda rede é produzida na micropolítica”.

Embora a política preconize um modelo de atenção em rede, com cuidado integralizado e regionalizado a pacientes com câncer, sabe-se que uma rede de saúde - nesse caso, tratando-se da rede oncológica – não está dada e pronta para o usuário caminhar, apenas seguindo e percorrendo fluxos pré-determinados em uma construção macropolítica. Além disso, há uma força hegemônica de um cuidado normatizado, hierarquizado, fragmentado e centrado em procedimentos.

Sendo assim, está em pauta de discussão não apenas a transformação de estrutura macropolítica, mas uma transformação no modo de produção de de

redes de cuidado, de práticas de saúde, de clínica, de saberes e de postura técnica, ética e poética frente às necessidades de saúde da população assistida.

Apresentada tais perspectivas, convém questionar: como operacionalizar modos de produção de rede de cuidado que se afastem de práticas fragmentadas e centradas na doença, e que pelo contrário, favoreçam processos de subjetivação, agenciamentos de coletivos e potência de vida às mulheres que experienciam o adoecimento oncológico?

Para essa dissertação é imprescindível ruminar algumas afirmativas: a) produção da rede é micropolítica; b) a rede é de caráter rizomática; c) a produção do cuidado opera em redes vivas ; d) a diferença em conexão é a dimensão central para a produção de redes.

Como primeiro fluxo a desenhar nesse capítulo, é pertinente compreender a micropolítica na concepção de Guattari e Rolnik, 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[...].

Posto isso, pode-se tomar com o exemplo a atenção oncológica. À nível molar, pode se considerar a organização enquanto instituição que normatiza a assistência à pessoas com câncer, as políticas públicas, em especial, a política nacional de atenção oncológica. Ao mesmo tempo, à nível molecular, há a equipe de saúde, os gestores, os coordenadores, os usuários, os familiares, em síntese, à todas as pessoas que fazem parte da atenção oncológica e até mesmo, àqueles que não fazem parte, cada pessoa da sociedade. Nesse caso, afirmar que a rede é produzida na micropolítica da atenção oncológica pressupõe-se que há a relação entre os níveis molares e moleculares, garantindo um processo de movimento, autonomia e singularização, e não de identidade, dicotomia e rigidez. Em suma, a rede se produz na coexistência entre as políticas, os processos de trabalho , os saberes científicos, as crenças populares e as pessoas envolvidas.

Isso significa dizer que apenas as preconizações políticas não são os suficiente para conformação de redes de cuidado, pois é no cotidiano dos processos de trabalho em saúde que há o auto – governo, capaz de produzir um trabalho em ato vivo e, dessa forma, estabelecer conexões em rede.

Há de se destacar a dimensão do auto – governo no cuidado em saúde e na sua potência de estabelecer redes, assim como afirmam Franco e Merhy (2012), pois cada trabalhador de saúde e usuário tem capacidade de escolha dentre várias possibilidades no ato de cuidar, podendo optar por um trabalho vivo – acolhedor, promotor de vínculo e corresponsabilização - ou trabalho morto – cuidado burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz.

Neste sentido, a considerar essa gama de atores implicados na produção do cuidado, esses autores citados consideram que o desenvolvimento de uma assistência promotora de qualidade de vida e de saúde, exige uma maior atenção centrada no usuário e em suas necessidades, tendo a produção do cuidado em ato vivo, sendo esta caracterizada por ser uma assistência que operacionaliza trabalhos guiado por tecnologias leve, ou tecnologias relacionais, consideradas facilitadoras de produção de vínculo, acolhimento, autonomia no cuidado, estabelecidas nos encontros entre os diferentes atores em saúde; leve-dura, àquela dos saberes estruturados na operacionalidade das práticas, como a clínica médica, epidemiologia e a clínica psicanalítica; e dura, operada por equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e rotinas.

Entretanto, mesmo com a disponibilidade ou não de dispositivos para operar em saúde – as tecnologias leves, leve-duras e duras –, Franco e Merhy (2012) vem afirmar que o modo de produção do cuidado é irreduzivelmente singular, à medida que se considera em seu plano constitutivo de agir a dimensão da subjetividade. Isso quer dizer que mesmo com padrões, normas e rotinas cotidianas de trabalho que todos devem seguir, o que se produz a cada encontro entre atores de saúde é diferente e único.

Outra concepção significativa para essa pesquisa é afirmar que a rede que opera na micropolítica é calcada em dimensões sociais, espaciais e temporais. “[...] As redes que constituem a micropolítica do processo de trabalho se estruturam a partir de determinado território de saberes, práticas, semiótico e subjetivo [...]” (Franco, 2013, p.197), isto é, inseridas em um contexto, em um território, que não é apenas geográfico, é, portanto, um território existencial.

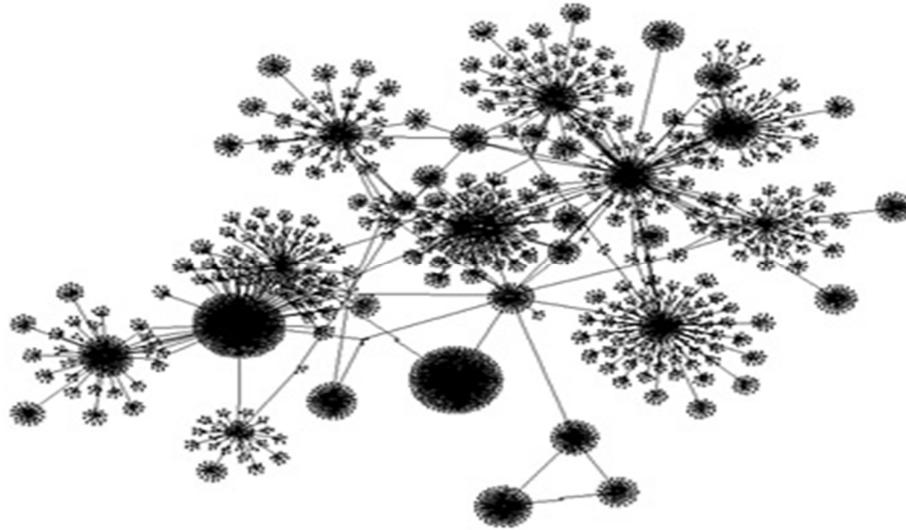
Para o contínuo fluxo, se faz o movimento de territorialidade, reterritorialização e desterritorialização. “[...] O território é sinônimo de apropriação.. ele pode se desterritorializar isto é, abrir-se.. e a reterritorialização consistirá numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo

desterritorializante [...] “(Guattari e Rolnik, 1996, p.319) .Essas três dimensões alcançam a dimensão da alteridade, do interesse pelo desconhecido, pelo outro que é diferente do eu. Sendo, portanto um processo de devir e de eterno retorno, como diria Nietzsche.

É preciso fomentar relações de cuidado que afirmem a transdisciplinaridade de saberes, os vínculos terapêuticos e o protagonismo de cada ator do cuidado. É mediante a afirmação de tais categorias citadas que pode-se potencializar construções de espaços de conversações entre profissionais, usuários, família e comunidade no tocante à promoção de saúde e resolubilidade da atenção (JORGE et al, 2012).

A rede é micropolítica e de caráter rizomático. O rizoma, conceito vindo da botânica, rompe com a representação de rede serializada, pontual causal e linear. Uma rede rizomática tem pontos múltiplos de conexão, sem saber de onde veio e para onde vai, sem saber a origem, a causa e a consequência dos pontos estarem entrelaçados. O rizoma é guiado pela dimensão da: multiplicidade, heterogeneidade, conexão, ruptura, cartografia e decalcomania:

1º e 2º - Princípio de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo”; “3º - Princípio de multiplicidade: é somente 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”; “4º - Princípio de ruptura asinificante: Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas”. “5º. – Princípio de cartografia e de decalcomania: Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. [...] Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas (Deleuze e Guattari, 1995, pp. 15:22).

Figura 6 – Rede de conexões

Fonte: Google Imagens

A criação de um conceito que melhor ilustra as características e os elementos de um rizoma são as redes vivas, conhecidas por serem redes de conexões existenciais, em eterno movimento. Não são rígidas, nem estão dadas nas instituições.

Nessa lógica, a preocupação não é, em si, com a conformação, por exemplo, da rede de atenção oncológica preconizada pela política. Esta pode ser disparado de múltiplas redes que estão por vir, a depender do desejo do usuário e de seus modos de operar cuidado. Diante dessa perspectiva, o usuário é potência criadora. Ele cria redes para atender as suas demandas, se desfaz quando já não é mais necessária, ou não suportável. Enfim, toda essa discussão poderia se resumir em: o processo de produção de redes de cuidado é singular, processual e micropolítica.

Cada usuário, assim como cada profissional de saúde, produz redes em diferença, em singularidade. Cabe refletir se os modos diferentes, múltiplos e heterogêneos de construir rede conseguem coexistem aos muros/normas institucionais. Há o reconhecimento das redes vivas na micropolítica do cuidado? Eis uma das questões a serem trabalhadas no decorrer da pesquisa.

4 O RIZOMA

4.1 OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: A CARTOGRAFIA NA PESQUISA QUALITATIVA

4.1.1 Mas, afinal, o que é uma cartografia?

A priori, é importante manifestar o distanciamento entre uma pesquisa científica tradicional e o construir de uma pesquisa que se tem por base a cartografia. A pesquisa que se lapida tem uma proposta de rompimento paradigmático com a construção metodológica tradicional. Rompe com a construção positivista e cartesiana, onde sujeito e objeto admitem uma dinâmica em neutralidade, dicotomia, objetividade e generalização dos resultados.

Na pesquisa positivista, o pesquisador conclui, a priori, todos os seus passos em campo, sem minimamente adentrá-lo e, ao findar, precisa gerar um resultado que generalize os fatos para que se desenhe uma representação a atingir uma verdade científica.

Com outros olhares e outros modos de fazer pesquisa, encontra-se a cartografia. Na verdade, é difícil explicar o que é cartografar, uma vez que, seu modo de produção não é repetição, por privilegiar a dimensão da diferença, da diversidade e da multiplicidade como modos operantes de produção de conhecimento.

Na obra *Diferença e Repetição*, Deleuze (2006) continua a crítica inaugurada por Nietzsche, que rompe com o pensamento dualístico começado por Platão, e propõe e defende novos meios de expressão filosófica, através do ato de criar, ao invés de apoiar-se na reflexão e na reprodução do conhecimento, buscando a identidade. Cartografar é produzir diferença e esta não é e nem pode ser submetida à “[...] Quádrupla sujeição da representação do pensamento tradicional: a identidade no conceito, a oposição no predicado, a analogia no juízo, a semelhança na percepção” (Deleuze, 2006, p.247). Isso significa dizer que Deleuze seguindo autores que não se enquadraram no modelo tradicional da representação busca uma alternativa a tal modo de produzir conhecimento.

Nesse contexto, a luz no fim do túnel encontra-se no ato de criação, este sendo o ponto de partida para buscar a gênese do pensar não mais na identidade e na representação. Para Deleuze, produzir conhecimento tampouco é a contemplação e/ou reflexão do mundo ou das idéias, menos ainda a contemplação do mundo das idéias. Produzir conhecimento é, antes de mais nada, criar conceitos. O pesquisador é inventor de conceitos através da lógica de intercessores e da não-dicotomia entre filosofia, ciência e arte.

Sendo assim, é impossível realizar uma cartografia com o paradigma na neutralidade científica hegemônico do pensamento ocidental tradicional, haja vista que o campo não é ascético, pois é rico de vida, de morte, de alegria e tristeza, dentre outras múltiplas afecções. Ademais, também está distante da composição cartográfica, a análise valorativa, atribuindo juízo de valor, binarizando certo e errado, bom/bem e mal/mau. A cartografia rompe com o modo de pesquisa tradicional científica, em busca da verdade absoluta, da generalização e da semelhança, pelo contrário, busca-se à diferença.

O termo cartografia tem origem na geografia, tendo por finalidade o traçar de mapas referentes a determinados territórios. Seu rigor é detalhar as regiões e suas fronteiras e demarcações, sua topografia e seus acidentes geográficos. Pode também tratar da distribuição de uma população em um espaço, mostrando suas características étnicas, sociais, econômicas, de saúde, educação, alimentação, entre outras. A cartografia no campo da geografia opera com bases matemáticas e estatísticas, contando com instrumentos e técnicas sofisticadas (PRADO FILHO; TETI, 2013).

Deleuze e Guattari se apropriam do termo cartografia utilizando-o como ferramenta para a construção de paisagens sociais (ROLNIK, 1989). A cartografia desenha “linhas, identidades e subjetivações inscritas na paisagem social” (GOMES; MERHY, 2014, p.105), e dessa forma, a construção dos mapas estão para além de aspectos físicos e geográficos, pois também desenha.

Não se tem, a priori, um modelo fechado de como realizar essa pesquisa, o seu passo-a-passo, não se tem um método a seguir como receita de bolo. E o que se tem, então? Tem-se o desejo de trilhar os caminhos do conhecido e do desconhecido, do singular e do coletivo, do macro e do micro, do corriqueiro e do trágico, do geral e do marginal, da vida, assim como nota Passos, Kastrup e Escóssia (2009, p.10):

A metodologia, quando se impõe como palavra de ordem, define-se por regras previamente estabelecidas. Daí o sentido tradicional de metodologia que está impresso na própria etimologia da palavra: *metá-hódos*. Com essa direção, a pesquisa é definida como um caminho (*hódos*) predeterminado pelas metas dadas de partida. Por sua vez, a cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá*. Essa reversão consiste numa aposta na experimentação do pensamento –um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Com isso não se abre mão do rigor, mas ele é ressignificado. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida. A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção.

Sendo assim, nesse estudo, assume-se um compromisso de implicação, curiosidade, e ao mesmo tempo, de respeito e interesse em alteridade pela história de mulheres que vivem com câncer e seus processos de construção de rede em busca de cuidado. Há também o despertar de uma teimosia em estudar realidades ignoradas e minoritária, como por exemplo, a condição feminina, o *devir- mulher* atrelada a história social do câncer e a formação de redes como pontos intercessores dessas dimensões. Para isso, é preciso uma imersão do pesquisador em campo, o que Gomes e Merhy (2014) denominam como pesquisadores *in-mundo*, se permitindo imergir e se enxarcar com experiências que estão por vir no caminhar da pesquisa.

A cartografia é por excelência um modo de acompanhar processos. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015) Não é o pesquisador que guia os caminhos a seguir na pesquisa. Ele apenas se dispõe a acompanhar os movimentos que surgem como força e tensão no campo. É caminhando ao lado e compartilhando com o coletivo em horizontalidade que é possível perceber as conexões de redes e os pontos intercessores que favorecem a coexistência de diversos elementos em multiplicidade.

As entradas de uma cartografia são múltiplas, pois o rizoma não tem um centro de organização, é um sistema acêntrico (DELEUZE; GUATTARI, 2004) Assim, a realidade é concebida como um mapa móvel e nele nada se decalca, nada se copia, se imita ou se plagia. Cartografar é privilegiar a diferença como modo de produção de conhecimento.

O que situa-se no cerne da criação dessa pesquisa é a perspectiva de considerar o saber sendo algo aberto. Isso justifica-se a partir da perspectiva de considerar que uma realidade abrange múltiplos aspectos, que simplesmente não

podem ser abarcados por completo. Logo, tem-se por premissa, que escrever uma cartografia é realizar uma tarefa que parece sempre inacabada.

Por afirmar a totalidade inacabada, essa pesquisa, à imagem do livro desenhado por Passos, Kastrup e Escóssia (2015) – *Pistas do Método Cartográfico* – ao invés de buscar verdades absolutas, investe-se na perspectiva de acompanhar processos e a partir deles se desenharem pistas que permitam a percepção algumas linhas do rizoma devir-mulher na micropolítica da produção de cuidado oncológico.

As pistas se mantêm lado a lado sem hierarquia e sem totalização. A paisagem a ser desenhada processa uma proposta metodológica que opera não por unificação ou totalização mas, como refere Passos, Kastrup e Escóssia (2010, p.10):

[...] “subtração do único”, como na fórmula do n-1. Menos o Uno. Menos o Todo, onde a realidade se apresenta como plano de composição heterogêneo: plano de diferenças e plano do diferir frente ao qual o pensamento é chamado menos a representar do que a acompanhar o engendramento daquilo que ele pensa[...].

Como pode ser visto, os resultados e a discussão dessa pesquisa serão apresentados a partir de um modo diferente de fazer ciência. A composição dessa pesquisa se inscreve para além do paradigma científico de articular apenas artigos científicos, teorias e narrativas. Privilegia-se, além desses elementos já citados, os desenhos que aparecem com o cotidiano: a arte, a literatura, a fotografia, a poesia, a música, as expressões corporais, as intuições e as afecções. Pretende-se mergulhar no universo à deriva da encruzilhada dos campos do saber e do viver.

Trata-se, então, de uma mistura, em busca da construção de um rizoma que não só conte as histórias, mas que, de forma interventiva, favoreça a criação de novos e outros processos de subjetivação, intercessores de vida e de cuidado.

Outro ponto importante a se destacar é que se teima em falar de um corpo sem fragmentações, em unidade e, ao mesmo tempo, em multiplicidade. Sendo assim, construir essa pesquisa é mergulhar na heterogeneidade, o que pode ser visto como um risco, pois pode-se desenvolver um texto com muitas informações e pouca coerência. No entanto, ao perceber o todo em sua complexidade, formando um corpo só, é possível traçar os fios que une – e por vezes, afasta – as diferenças.

Nessa pesquisa, parte-se da perspectiva de que mesmo em uma sociedade rígida, com papéis estruturados e normatizados, somente forças criativas podem construir o novo. E é essa a intenção. Fazer uma pesquisa que busque a produção e a criação de novas práticas de cuidado e em saúde.

Por fim, tem-se por égide máxima que o conhecimento produzido não é um fim em si. Ele pode ser uma ferramenta, uma mola propulsora para a criação de novos caminhos possíveis no campo da saúde coletiva, mais especificamente, na área oncológica, que se possa fazer cair os muros e estreitar os laços da produção do cuidado.

4.2 O CAMPO EM MULTIPLICIDADE: SÃO LUÍS/MA, REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, REDE ONCOLÓGICA E TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS

4.2.1 Por que São Luis/Ma?

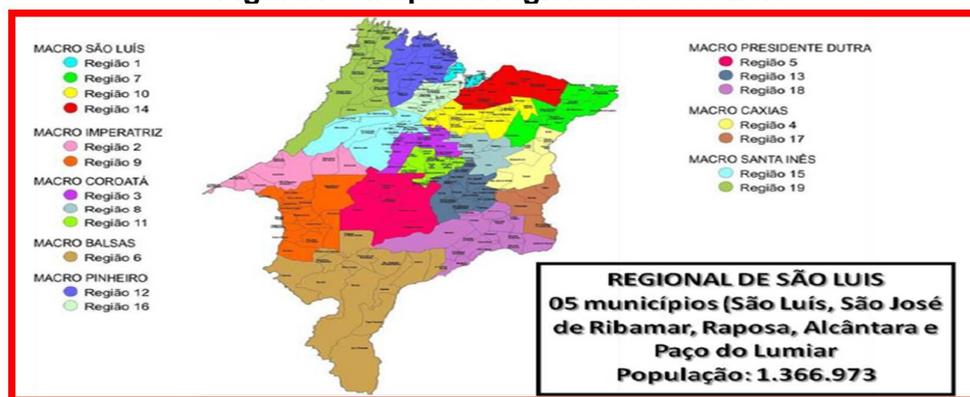
Esse estudo emerge de um projeto nacional, ainda em andamento, intitulado por: “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”.

É uma pesquisa multicêntrica que acontece em alguns estados do Brasil, tendo como deliberação a proposta de pesquisar acerca de algumas redes temáticas, dentre elas a rede de atenção oncológica. No nordeste, há a preocupação de construção dessa pesquisa tanto em Fortaleza/CE como em São Luís/Ma. Diante desse contexto, foi aceito o desafio de realizar a pesquisa em São Luís/Ma, mesmo o grupo de pesquisa sendo de Fortaleza/CE.

No que concerne à cidade de São Luís, foi fundada no dia 8 de setembro de 1612, sendo 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 (SÃO LUÍS, 2014).

A região de saúde de São Luís é composta por cinco municípios: São Luís, Paço do Lumiar, São José de Ribamar, Raposa e Alcântara. Podemos visualizar nas figuras abaixo:

Figura 7 – Mapa da regional de São Luís



Fonte: MARANHÃO, 2013.

Figura 8 – Mapa dos distritos de saúde



Fonte: MARANHÃO, 2015.

De acordo com os documentos da Secretaria Municipal de São Luís (SEMUS), a cidade possui 50 Unidades Básicas de Saúde, 03 CAPS, 04 Unidades Mistas, 03 Hospitais de Urgência e Emergência, 10 Hospitais, 07 Maternidades e 06 Centros de Especialidades Médicas. O município se dispõe de serviços de média e alta complexidade, assim como os serviços especializados.

No que concerne a rede de atenção oncológica, há três hospitais que são componentes da assistência pública e são referências para todo o Maranhão, não estando restrito à São Luís, a saber: Hospital Aldenoura Belo (IMOAB), Hospital São Rafael de Imperatriz/MA e Hospital de Câncer do Maranhão.

Os territórios de cuidado da pesquisa em questão não se restringem apenas aos níveis de atenção oncológico formais. Há a necessidade de conhecer os territórios comunitários dos usuários. Por isso, além de conhecer as nuances dos hospitais de alta complexidade, a central de regulação de exames, tem-se também o

interesse de territorializar-se ao campo de prevenção, na atenção primária com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus territórios adscritos.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

4.3.1 Quem produz conhecimento?

A cartografia rompe com o modelo de produzir conhecimento a partir da dicotomia sujeito e objeto/individual e coletivo. Sua preocupação é com o coletivo de forças que atua em determinado campo (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009).

Isso significa dizer todos os participantes da pesquisa produzem conhecimento, logo todos são pesquisadores. Nesse caso, assim como ratifica Merhy e Gomes (2014, p.92): “partimos do entendimento de que o usuário não se encontra na condição de objeto e sim se localiza no lugar do protagonista do seu próprio modo de existir. Produz suas próprias conexões e modos de estar na vida.” Tomando como exemplo, o gestor, o profissional de saúde, a equipe de saúde, os usuários, os vizinhos, a igreja do bairro, dentre vários outros elementos possíveis de atuação, todos produzem conhecimento. E cada um produz em singularidade, através de encontros para produção do cuidado.

O eixo norteador e ordenador da construção dessa cartografia baseia-se no conceito de Usuário-guia e seu nomadismo. O conceito de usuário – guia (GOMES; MERHY, 2014) é o elemento disparador dessa pesquisa, pois considera o usuário como elemento primordial no tecer de redes de cuidado. De forma nômade e singular, o usuário percorrer fluxos tanto nos serviços de saúde como fora deles, formando uma rede heterogênea, sem campos pré-definidos de entrada e de saída.

Portanto, esse conceito reflete que o elemento central que desenha uma rede de cuidado é o usuário, no caso particular dessa pesquisa, serão as usuárias que vivenciaram o câncer em seu corpo. A escolha das usuárias – guias aconteceu em ato. O critério adotado foi conhecer usuárias que coloquem em análise os movimentos de produção de redes de cuidado oncológico. Usuárias que tensionem a rede.

Justifica-se essas ferramentas de entrada em campo a partir do “entendimento de que o usuário-guia, por meio da sua flexibilidade, possibilitará

cartografar e/ou dar visibilidade a outros territórios existenciais nos serviços de cuidado” (GOMES; MERHY, 2014, p. 19).

Portanto, não se teve, de forma pré-estabelecida a definição de quem são e quantos são os participantes da pesquisa. O critério definidor foram ir à busca de pessoas – profissionais de saúde, gestores, familiares, vizinhos, etc – que participem do cuidado da usuária escolhida como guia. O intuito é cartografar redes rizomáticas de cuidado.

Outra peculiaridade é que essa pesquisa não pretende eleger quem é participante e quem não é. Logo, não há como falar em critérios de inclusão e exclusão. A nível molar e molecular, aqueles que emanam no campo podem se tornar participantes e pesquisadores.

Em suma, como diria Schöpke (2012), no limite, cartografar é tornar a diferença um modo de produção de conhecimento, através do encontro. E isso, só a partir da entrada em campo que é possível pontuar suas especificidades e seus elementos participantes.

4.4 PASSO – A-PASSO: MAPEANDO OS TERRITÓRIOS DO CUIDADO

Antes de conhecer as usuária-guias da pesquisa foi preciso conhecer os territórios de cuidado em São Luís. Ser estrangeiros e estranho em São Luís/Ma tornou a experiência da pesquisa ainda mais desafiadora. Para que a pesquisa pudesse acontecer, foi necessário permitir-se entrar em um processo de territorialização e desterritorialização, compondo linhas de abertura ao encontro de um outro campo, com política, cultura e processos de subjetivações outros.

É válido ressaltar que as etapas abaixo a serem citadas não percorreram um desenho linear. Foram em indas e vindas entre o campo macro estrutural e o micropolítico que se estruturou o rizoma.

Para iniciar a análise, realizou-se um mapeamento das linhas de composição macropolítico da rede oncológico, indo em busca do que já está pré-determinado a partir de protocolos, pactuações, leis, portarias a conhecer as demandas da população, os desafios e as potencialidades da assistência oncológica, principalmente a partir do novo modelo de cuidado em rede. Para isso, percorreu-se:

- Mapeamento da Rede Oncológica de São Luís/Ma através da intercessão entre o conhecimento: dos dados sobre a situação oncológica em São Luís disponíveis na base de dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA); dos documentos que legitimam a rede, dentre eles o “Plano Estadual de Saúde do Maranhão especificamente da Rede Estadual de Atenção Às pessoas com Doenças Crônicas – eixo temático: oncologia” e a nível municipal o “Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher”;
- Narrativas que se desdobraram em 1 encontro com a articuladora da rede oncológica a nível municipal; 2 encontros com a articuladoras da rede a nível estadual (um no início e outro no findar da pesquisa) e 4 encontros com a articuladora da rede de saúde da mulher do município (durante as indas e vindas da pesquisa).

Após conhecer a rede a nível ampliado de gestão, conhecendo os pontos de cuidado, o fluxo formal da rede e as composições de força, de fuga e de desvio, já se vislumbrava a possibilidade de adentrar os territórios micropolíticos e investigar suas composições. Para subsidiar a entrada em campo, o encontro entre a pesquisa e os pesquisadores, foram realizadas, inicialmente, oficinas de apresentação do estudo que se pretendia realizar e as peculiaridades de sua metodologia.

O intuito seria realizar oficinas em cada ponto prioritário da rede: Hospital Oncológico Filantrópico, Hospital Oncológico Estadual e Secretaria Municipal de Saúde com profissionais, gestores e coordenadores da atenção primária. Entretanto, não foi possível realizar o encontro no Hospital Oncológico Estadual mesmo diante de três tentativas sem êxito, sendo justificado a grande demanda e o pouco tempo para a presença dos profissionais na oficina.

Essas oficinas tiveram dois nortes. O primeiro situa-se na conversação com os participantes acerca das percepções dos mesmos acerca da conformação da rede de atenção oncológica, suas potencialidades, avanços e desafios. Por conseguinte, é feito o convite para que os protagonistas participantes da oficina narrem o processo de afecção e construção de cuidado de usuárias que tensionou/tensiona a rede, criando uma rede complexa de cuidado, para conseguir eleger usuárias-guias que desenhem as redes de cuidado no território micropolítico.

Dessas duas oficinas elegeu-se duas usuárias-guias: Luíza, que surgiu a partir da oficina com trabalhadores de saúde da atenção primária e Maria, emergindo a partir do Hospital Oncológico Filantrópico de São Luís/Ma. Cada uma desenhou uma rede com vários sujeitos envolvidos nas linhas do cuidar. Optou-se, de forma didática, por descrever os participantes da rede de cuidado de cada usuária no início dos resultados com o intuito de ficar mais próximo do rizoma desenhado.

Depois de ter dado o ponta pé inicial, a pesquisa vai em busca de conhecer os territórios existenciais das usuárias – guias escolhidas. Abre-se um novo processo de acompanhá-la nos pontos que produzem cuidado.

4.5 CAIXA DE FERRAMENTAS

4.5.1 O que se leva na mochila?

A cartografia presume que não faz sentido a teoria ser distante da prática, se sendo assim, é melhor descartá-la. É baseada nessa perspectiva que Deleuze, em uma entrevista dada à Foucault cria a proposta de utilizar-se de uma caixa de ferramentas, que se refere a teoria ou os conceitos como uma força que tem possibilidade de ser ferramenta para auxiliar as práticas.

Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas (FOUCAULT, 2012, p.42).

Nessa pesquisa, a caixa de ferramentas teve sua composição em devir, pois “a prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra” (FOUCAULT, 2012, p.41). A priori, algumas ferramentas foram presentes desde à entrada em campo até a sua escrita final, outras surgiram no desenvolvimento.

Essa caixa compõe o plano de consistência para as análises micropolíticas das redes na produção do cuidado às mulheres com câncer. Essa pesquisa em particular apresenta as ferramentas divididas em duas particularidades: a) os conceitos – força b) ferramentas em campos.

Apresenta-se como conceitos-força as teorias da vertente pós-estruturalista da produção do conhecimento. Alguns conceitos são trabalhados de forma enfática por serem caros à construção e à análise da pesquisa, tais como: Foucault, com conceitos acerca da biopolítica/biopoder, medicalização social, bionormatização dos corpos; Espinoza, discutindo corpo em unidade e multiplicidade, produzindo afecções; com Judith Butler, ao discutir o feminino na perspectiva de gênero. E, como central, apresenta-se as ideias de Deleuze e Guattari com a catrografia e o rizoma, dentre outros, aliada a Franco e Merhy, que criam conceitos acerca do modelo de produção do cuidado em rede que envolve processos de subjetivação, redes vivas e trabalho vivo em ato.

As ferramentas utilizadas em campo também compõem a caixa. Em campo, a técnica primordial a ser utilizada são as conversações, que acontece com o outro, de modo livre. Esse termo se enuncia no livro *Conversações de Deleuze* (1996) que traduzido por Peter Pál Pelbart. No livro uma série de entrevistas e cartas, em que podemos nos aproximar de forma mais direta e clara de alguns dos grandes conceitos do filósofo francês. As conversações se estabelecem por fluxos de intensidades produzidas no encontro com as produções de si e do outro.

Além das conversações, utilizou-se o gravador; o diário de campo, onde foi escrito tanto os acontecimentos, como os sentimentos – as afecções produzidas na esfera relacional dos encontros da pesquisa; e as observações em campo, com uma atenção, como diria Kastrup (2007) não focalizada, mas concentrada e aberta aos elementos que aparecem no cenário de investigação.

É válido lembrar que a caixa de ferramentas transversaliza todo o corpo da pesquisa, desde o início com seus devidos agenciamentos, perpassando e contruindo os eixos teóricos, os encontros em campos e a escrita final da dissertação.

4.6 PLANO DE ANÁLISE

“O método cartográfico comporta uma concepção ampliada de conhecimento. Não mais restrito à descrição e/ou à classificação dos contornos formais dos objetos do mundo, conhecer é também acessar o movimento próprio que os constituem, ou seja, conhecer a realidade é

traçar seu processo constante de produção. Numa perspectiva pragmática do conhecer, afirmamos ainda que acessar o plano das forças é já habitá-lo e, nesse sentido, os atos de cartógrafo, sendo também coletivos de forças, podem participar e intervir nas mudanças e, principalmente nas derivas transformadoras que aí se dão". (PASSOS, KASTRUP e ESCOSSIA, 2015, p.106)

A pesquisa cartográfica luta em não ficar restrita à descrição e à representação do campo. Isso significa dizer que não há como desenhar uma cartografia se não for em ato. Ela não é interpretativa, pois não faz sentido coletar dados e interpretá-lo em casa. A análise se dá em ato, em conjunto com todos os participantes da pesquisa.

Na cartografia, o fazer e o conhecer são inseparáveis. Por isso alguns autores afirmam a construção cartográfica como uma produção de dados (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2015). A pesquisa cartográfica preocupa-se em traçar/desenhar os movimentos que são percebidos, sentidos e intuídos. É um processo de constante produção. A própria imersão da cartografia na experiência em campo já causa, por si, uma atualização ou transformação no plano de forças que atuam, modificando o cartógrafo e o campo a qual está imerso.

Realizou-se a confecção de mapas existenciais e fluxogramas. Merhy, ao construir um fluxograma analisador (BARBOSA; FACOLLI, 2005) trata da perspectiva de análise das interfaces entre o que produzem o cuidado em saúde, seus modos de operantes ação e o modo como se interseccionam, possibilitando uma nova compreensão sobre o trabalho em saúde, mudando o foco da atenção que passa a ser usuário-centrado.

O fluxograma consiste em mapear os fluxos e os processos de trabalho, publicizando-os, cartografando-os por meio de uma representação gráfica, tornando-os uma ferramenta para reflexão. Se constitui numa ferramenta que interroga a construção dos fluxos da produção de cuidado. A figura a seguir demonstra seu passo-a-passo:

Na construção do fluxograma utilizou-se símbolos, sistematizados num diagrama, demarcando a trajetória de cuidado percorrido pelas usuárias, que 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.

Em síntese, toda forma de análise será feita em conjunto ao campo. Não há sentido analisar uma realidade fora dela.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa em questão trata-se de recorte da pesquisa nacional ainda em andamento chamada “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”, o que responde a todos os propósitos da Resolução 466/2012 de pesquisa envolvendo seres humanos. Com parecer: 560.597 de 23/03/2014, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé.

Os participantes da pesquisa foram informados acerca de como funciona a pesquisa, sendo garantido o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo, inclusive, ter desistido em qualquer momento. Foram assegurados o sigilo das informações e a privacidade dos participantes, protegendo suas imagens e respeitando os valores sociais, culturais, religiosos e morais de cada sujeito.

As conversações foram gravadas em equipamento eletrônico, após a aprovação dos participantes. Ademais, foram realizadas nos locais mais confortáveis para os usuários, profissionais gestores e demais participantes. Já as observações foram registradas em um diário de campo. As conversações gravadas foram transcritas e organizadas conforme a necessidade da discussão dos resultados.

5 MAPAS DAS COMPOSIÇÕES MACRO E MICROPOLÍTICAS DAS REDES DE CUIDADO ONCOLÓGICO

O modo de investigação desse estudo apresenta raízes na perspectiva filosófica cartográfica que tem como principais representantes, Deleuze e Guattari. Pode-se dizer que a cartografia desenha “linhas, identidades e subjetivações inscritas na paisagem social” (GOMES; MERHY, 2014, p.105), e dessa forma, a construção dos mapas estão para além de aspectos físicos e geográficos, pois também desenha o território existencial de tal espaço.

Sendo assim, a construção desses resultados pretende desenhar mapas vivos das composições macro e micropolíticas da rede de cuidado oncológico. Para tanto, fomenta-se a conceituação de mapa cartográfico que distoia do mapa apenas geográfico, apenas com linhas e demarcações de fronteiras determinadas. Dentre as várias possibilidades de desenvolver pesquisas através de mapas, esse estudo privilegia o conceito e as formas de organização de um mapa através da percepção de Gilles Deleuze. Em suas palavras, o próprio conceito de mapa que busca mais o movimento dos fenômenos em processo do que seu resultado final:

O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação (DELEUZE; GUATTARI, 2002, p.42).

Trazendo para a realidade dessa pesquisa, além de apresentar tais dimensões, o mapa cartográfico pretende capturar os principais pontos que configuram as redes de cuidado e que cada ponto conduza o leitor a se aprofundar como um mergulho na experiência ,seja no hospital oncológico, nas secretarias de saúde do estado e do município, na atenção primária, ou até mesmo dentro do táxi indo ao encontro do território comunitário, o bairro, a casa da usuária, cada cômodo de sua casa, e dentre outros pontos que serão desenvolvidos a compor o rizoma devir-mulher em cuidado oncológico.

Esses mapas não são lineares, por que tratam-se de mapas móveis, vivos, que contam construções e organizações sociais e existenciais. Aqui, tentar-se-á desenhar os mapas à imagem de um corpo, onde cada parte tem um

funcionamento singular e, ao mesmo tempo, em intercessão com as outras partes, forma um todo complexo e multifacetado, com múltiplas funções.

Ao abrir o mapa, o leitor terá a oportunidade de se conectar com criações de vida e de cuidado que são possíveis na vida das mulheres usuárias- guia que experienciam de forma sigular o câncer em seus corpos. As fronteiras delimitam dimensões biológicas/fisiológicas, sociais, subjetivas, culturais e transcendentes. Esses mapas podem servir como possibilidade para a criação de outros e novos mapas na esfera do cuidado.

A seguir, serão desenhadas pistas de composição dos mapas macropolíticos e micropolíticos das redes de cuidado em São Luís/Ma. Afirma-se, com a produção desses resultados, o compromisso com o leitor em narrar as experimentações vivenciadas em campo, ao expressar os agenciamentos da produção de pesquisa que se interconectaram nos encontros com trabalhadores de saúde, em especial da rede oncológica, além das usuárias – guias e os protagonistas envolvidos em suas redes de cuidado.

Ademais, a escrita será atravessada por fragmentos do diário de campo, utilizado como dispositivo intercessor entre a produção de dados em ato no campo com a produção de subjetivação da pesquisadora envolvida.

Os resultados serão escritos na primeira e na terceira pessoa por acreditar que não é possível tornar-se impessoal ao escrever sobre encontros atravessados e produzidos na intersubjetividade. Diante disso, abre-se mão da neutralidade científica e coloca-se em movimento os modos desejanter dos pesquisadores que se implicaram na produção desses mapas.

5.1 PISTA 1: DESBRAVANDO O TERRITÓRIO – UM ESTRANHO NO NINHO

Medo, muito medo! Como irei realizar uma pesquisa em territórios-outros? Que não me pertencem? Como adentrar em novas territorialidades? Confesso que há um estranhamento em mim. Nunca realizei pesquisa dessa forma. Preciso buscar ferramentas que me auxiliem na entrada em campo e de forma consciente, estou a construir dois dispositivos. Primeiro, São Luís não me é tão distante assim. Acredito que a singularidade do Nordeste nos aproxima. Sinto que a luta pela sobrevivência, resistindo às forças impostas da máquina social e capitalística são características compartilhadas em qualquer que seja a cidade nordestina. Segundo, meu desejo em estar aberta a realizar essa cartografia é mais forte que o medo capturante do estranho e do imprevisível. No mais, espero me divertir nessa viagem e que se produzam bons encontros! Essas são as minhas ferramentas nesse primeiro dia de contato com São Luís. E vamos que vamos! (Diário de campo, 14 de janeiro de 2015)

Para conhecer os fluxos, os movimentos, as linhas de força, de vida, de tensão e de fuga produzidas na construção de redes oncológicas em São Luís/Ma, foi necessário, primeiramente, a abertura aos movimentos de territorialização, haja vista que há, de início, uma territorialidade fixada e, concomitante a isso, a necessidade da abertura aos movimentos pertencentes ao campo-outro que se produz em diferença.

Nessa primeira linha de composição, ecoa os processos de territorialização que são amplamente discutidos por Guattari e Rolnik (1996). Na cartografia, o território é sinônimo de apropriação e desterritorializar-se é estar aberto a conhecer o novo e o outro – novos e outros territórios com histórias, políticas, práticas, saberes e crenças diferentes das que são conhecidas à nível de representação social e de identidade. A reterritorialização consiste na perspectiva de reconhecer a coexistência entre os territórios já fixados e conhecidos e os novos que estão a surgir. Essas três dimensões se estabelecem em um movimento de não – exclusão de alteridade, imanência e de interesse pelo desconhecido.

A experiência em São Luís/Ma seguiu linhas, fluxos, intensidades, movimentações que compreenderam as dimensões elaboradas por LIMA e YASUI (2013) acerca da lógica territorial imanente na produção de cuidado em saúde, enfatizando que falar de território, não é apenas falar de seus limites geográficos, assim como afirma os estudos de Santos (2002), é falar de um contexto onde desdobram múltiplas possibilidades de vida, mediadas pela cultura e pelos aspectos sócio-político-econômico que o demarca. Dessa forma, intercruzar as categorias território e saúde, é entender os processos saúde-doença que são irredutivelmente singulares a cada espaço, a cada tempo e a cada lugar que se processa em cada território.

E não é apenas um deslocamento espacial, como afirma (LIMA; YASUI, 2013), pois consideramos que todo Território é vivo e dinâmico, rico de sentidos, de subjetividades, que possui sua história, sua crença e sua cultura. Para compor essa cartografia se dipôs à territorializar-se ao novo meio que estava a se apresentar, de forma dialógica e relacional.

Não adianta forçar a entrada de estranhos conhecimentos sem ao menos fazer uma aliança com o mundo da vida. Desterritorializar, foi antes de tudo, reconhecer e ter consciência do que estava territorializado em mim como

pesquisadora. Algumas linhas traçavam minha territorialização antes de adentrar no campo. Uma delas é o modo como o câncer está inscrito em minha subjetividade, como uma das doenças crônicas que mais afeta o corpo, conectada a uma multiplicidade de afecções que nem sempre estão na linha da racionalidade. Isso está presente em mim e foi construído durante a minha história. Por isso, foi preciso reconhecer esse modo de perceber o câncer, para que houvesse uma abertura a essa multiplicidade de afecção que poderia estar presente ou não no campo e que se mostraria de forma singularizada.

Uma outra abertura necessária foi aceitar ser um estrangeira e um estrangeira em uma outra cidade que não a minha. De início achava que isso seria o ponto mais difícil de se desenhar, pois seria preciso reconhecer que ali pulsa outros costumes, crenças, identidades e, principalmente, outros modos e modelos de cuidado, diferente dos que já estão fixadas em meu corpo cearense. O desafio foi entender que não há necessidade de comparação, nem de crítica, pois são realidades diferentes e que se produziram de forma única, cada uma em seu espaço-tempo.

Em ato, outra abertura foi acontecendo mediante o encontro entre estranhos. Ao chegar no campo das redes de saúde de São Luís, foram angenciando possibilidades que se manifestaram através de uma empolgação de diferentes formas, querendo mostrar sua atenção para comigo de diferentes maneiras, claro que nem todos, alguns nem repararam na minha presença. No contato inicial se extraiu sorrisos, risos, lágrimas, vazios, bravezas e se viu rostos com desejos em querer outras coisas, em mudar a situação que se encontram, em outras palavras, o desejo de se desterritorializar também era presente.

E por último, com o tempo, percebi que a desterritorialização acontece de forma processual e não de forma pontual. Anterior a entrada em campo, pensava que era preciso um esforço cognitivo para que eu já iniciasse a pesquisa com essa abertura. Mal sabia que a desterritorialização se daria em processo em imanência no campo, no encontro com geografias distintas e territórios inusitados. Ao longo do processo, percebi que é preciso apenas estar atento, mas a desterritorialização acontece em ato, ao misturar-se com as possibilidades emergentes no cenário da pesquisa.

O processo de desterritorialização emerge nesse processo como um dispositivo fundamental para a produção de encontros em campo e,

consequentemente, importantíssimo para a produção de dados. Durante a pesquisa, o território vai sendo explorado por olhares, escutas, pela sensibilidade aos odores, gostos e ritmos” (BARROS; KASTRUP, 2015, p.61). Como expressa Suely Rolnik (1989), “o cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado”. Dessa forma, o princípio em campo é estar sempre buscando encontros, elementos, pessoas e possibilidades para compor a cartografia, reconhecendo as fronteiras visíveis e invisíveis entre as dimensões estabelecidas em campo.

O pesquisador que entra em contato com o campo de pesquisa rizomático é incentivado a interagir atentamente nos cenários e com os personagens envolvidos que descrevem territórios não familiares, suscitando um olhar estrangeiro e uma abertura constante para a imprevisibilidade.

Em síntese, investigar sobre as peculiaridades do processo do viver e do adoecer de mulheres com câncer foi também questionar como o funcionamento do contemporâneo nos atravessa enquanto psicólogos, estudantes, pesquisadores, habitantes de uma sociedade que tem costumes, crenças e modos de interagir com o fenômeno do câncer que estão colados à subjetividade. É questionar o que costuma parecer tão óbvio, é desconstruir clichês quanto ao modo de ver as coisas e de viver no mundo.

O desafio, então, é o de estender esse olhar-turista para aquilo que se pesquisa, para aquilo que se experimenta. Isso implica dispor -se às misturas e ao contágio dos encontros e, ao mesmo tempo, insistir no constante estranhamento das falas, dos fazeres, das manchetes de notícias, das leituras acadêmicas, das conversas cotidianas e, principalmente, de práticas desenvolvidas no cotidiano do cuidado. Manter-se uma espécie de estrangeiro, enfim, que se assombra com o mundo ao seu redor, mas não teme perder-se diante das diferenças, pois as percebe como possibilidades de expressão em meio à multiplicidade própria da vida.

Portanto, se faz consubstancial afirmar, então, que foi preciso apropriar-se da produção de sentidos dos territórios de cuidado que pulsavam em São Luís. E não somente isso. Foi preciso criar espaços, dentro deste próprio espaço cultural demarcado, para que se permitisse a expressão das diversas e diferentes subjetividades. Foi preciso dar voz e vez à comunidade, aos sujeitos comunitários, à saúde, a doença e aos modos de cuidado que ali se presentificam, e, dessa forma,

os atos, os sentimentos e os pensamentos se potencializaram, dando lugar ao novo, à vida e às novas relações inter-subjetivas.

5.2 PISTA 2: MAPEANDO A REDE ONCOLÓGICA DE SÃO LUÍS/MA : ELEMENTOS MOLARES

Participantes da Cartografia da Rede Oncológica de São Luís/Ma:

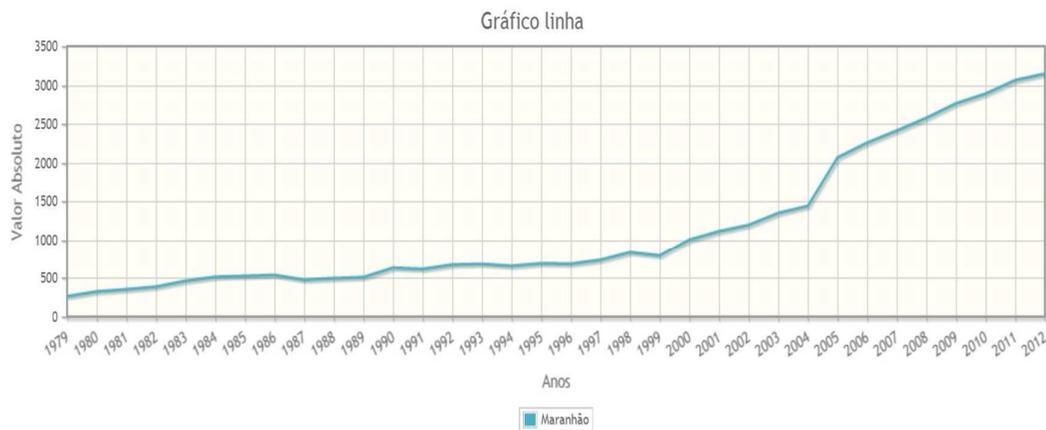
- Gestor Municipal – Coordenador da Rede Oncológica a nível Municipal (1).
- Gestor Estadual – Articulador da Rede Oncológica a nível Estadual (1).

Sabe-se que mesmo com a existência de uma rede preconizada através de políticas públicas de saúde, é a partir da construção micropolítica que se desenham as redes singulares de cuidado oncológico. É diante dessa perspectiva que se fez questão de saber como se desenha, de forma peculiar, a rede oncológica em territórios maranhenses.

A pesquisa tentou colaborar com a compreensão dos modos de produção do cuidado que se operacionalizam atualmente. No estado do Maranhão, percebe-se que a oncologia é uma dimensão da saúde em constante ascendência, como pode ser vista nesse gráfico:

Figura 9 – Total de mortes por neoplasias no Maranhão entre 1979 e 2012

Total de mortes por todas as neoplasias, por anos, segundo localidade, em homens e mulheres, Maranhão, com idade de Ign. a 99+, entre 1979 e 2012



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

Fonte: INCA, 2014.

Pode ser visto pelo gráfico que a mortalidade por neoplasias malignas desde 1979 até 2012 constitui uma linha de ascensão. Atravessados por esses dados, pelas inquietações do ministério da saúde e dos pesquisadores, impulsionou-se ao encontro com os atores maranhenses sobre os caminhos do cuidado trilhados na área oncológica, a saber seus principais protagonistas, suas principais estações de cuidado e os desafios para a garantia de assistência oncológica efetiva.

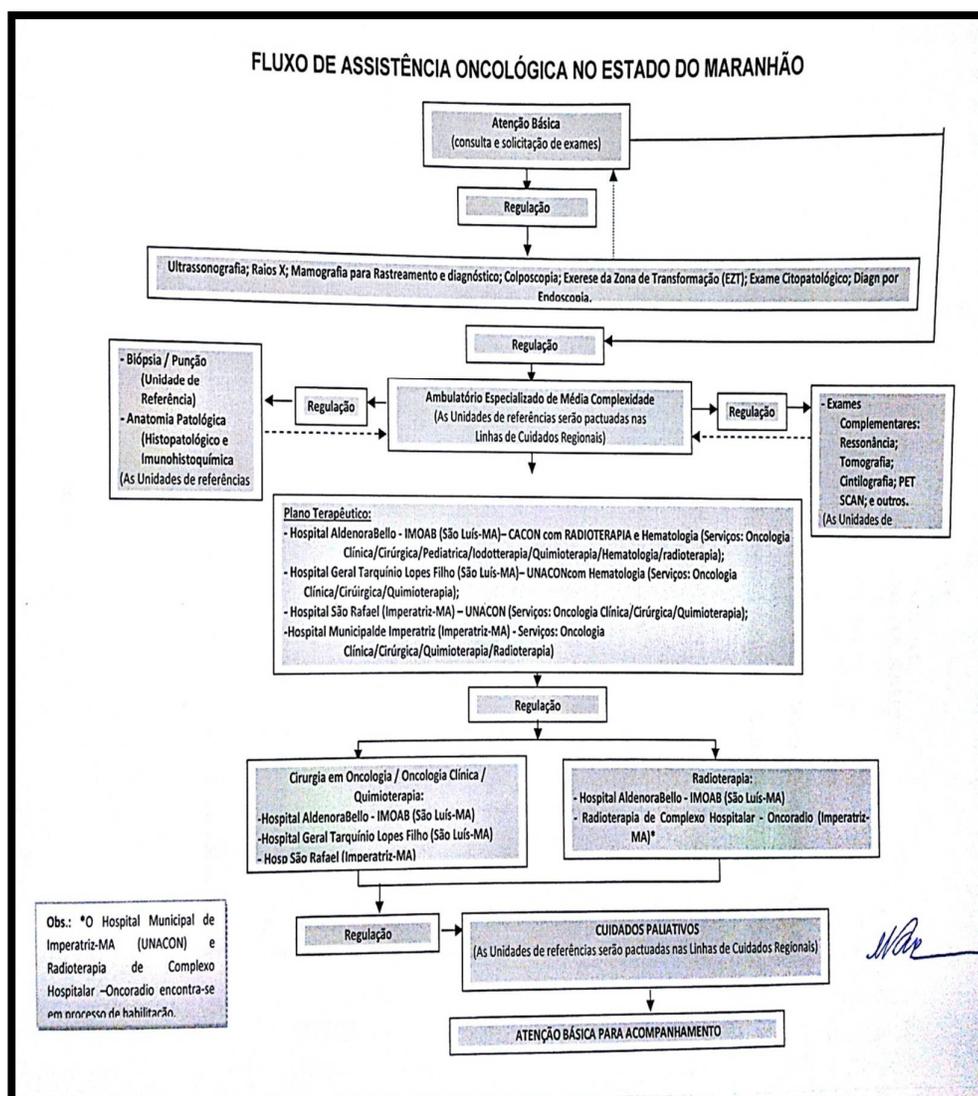
A rede oncológica é prioridade do ministério da saúde, estando incluindo do plano de enfrentamento à doenças crônicas. A portaria nº 2.439, de 2005, que decretou a Política Nacional de Atenção Oncológica e, por consequência, a Rede de Atenção Oncológica, tem por base a construção de uma integralidade entre os campos de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação às pessoas com câncer, além de uma pactuação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde.

De início, o estudo se propôs a ser um resgate do vivido acerca da experiência de construção da rede oncológica em São Luís /MA. O ponto de partida foi conhecer os mapas e fluxos desenhados pelo plano de estadual de saúde do maranhão e, a posteriori, privilegiou-se a vinculação da pesquisa com as secretarias

estadual e municipal de saúde desse determinado território, com o intuito de conhecer, através das narrativas, as estórias e as histórias que atravessaram e determinaram o processo de construção da rede oncológica.

A primeira forma de análise desse estudo aborda a construção da rede estadual de atenção às pessoas com doenças crônicas do estado do Maranhão que preocupou-se em desenhar a linha de cuidado diretamente ligada ao eixo de oncológica, com o objetivo de realizar a atenção integral à saúde, em todos os pontos de atenção, por meio de ações e serviços de promoção, proteção, tratamento e reabilitação (MARANHÃO, 2015).

Figura 10 – Fluxo de assistência oncológica no estado do Maranhão



Fonte: MARANHÃO, 2015.

Vê-se, então, que pelo fluxo preconizado, todos os serviços, desde promoção à reabilitação e cuidados paliativos estão compondo a rede. Toda produção do cuidado tem início na atenção primária, considerando que esta tem um papel chave na estruturação da rede, sendo tanta porta de entrada na prevenção e detecção precoce, como ponto de apoio fundamental no fim do tratamento, auxiliando em cuidados paliativos.

Outra questão que se percebe no fluxo é a presença da central de regulação, tida como a ponte de conexão entre a atenção primária, a especializada e

a de alta complexidade. Ou seja, é dependendo de uma organização da central de regulação que o fluxo acontece.

O plano terapêutico se estabelece nos serviços de alta complexidade, tendo então dois hospitais em São Luís/Ma e dois hospitais em Imperatriz/Ma, sendo que o único que faz radioterapia é o hospital Filantrópico, IMOAB. Faz-se lembrar que esses hospitais atendem a demanda de todo o estado do Maranhão e, ainda constroem fluxos com a rede oncológica do Piauí, o que resulta em uma grande demanda a ser atendida por esses serviços de saúde.

Junto à análise documental, fomos em busca de desbravar a rede de atenção oncológica de São Luís, em sua abrangência. Por isso, buscou-se a inserção nos territórios de gestão estaduais e municipais de saúde, em busca de atores protagonistas do processo de implantação dessa rede. Foi possível promover conversações entre os pesquisadores e dois gestores, um a nível estadual (G1) e outro a nível municipal (G2), com o intuito de conhecer os fluxos, os movimentos, as linhas de vida, de tensão e de fuga produzidas na construção de redes de cuidado oncológico.

Tanto a nível estadual como a nível municipal, as inquietações da pesquisa foram bem recebidas, mesmo com uma certa timidez e sensibilidade ao falar sobre os entraves e os nós críticos da construção da rede.

A pesquisa buscou interagir com os protagonistas já citados, a seguinte questão problematizadora: Como se dá/se deu a história do processo de construção da rede oncológica em terras maranhenses? Seu antes, seu agora e suas possibilidades futuras? A pergunta, a priori, foi esta, mas no decorrer da narrativa e do estabelecimento de vínculo entre pesquisadores e os atores da saúde em questão, inquietações foram emergindo enquanto fenômenos, e, essas inquietações, de forma delicada, urgiam enquanto necessidade a serem pontuadas e colocadas em debate.

De início, ao falar que a pesquisa é uma iniciativa do ministério da saúde, o discurso legitima a necessidade de se falar, se problematizar e se analisar a oncologia no estado do maranhão,

Como a oncologia no nosso estado constitui um nó, então foi solicitado pelo ministério da saúde que a gente desse prioridade a esse plano estadual de oncologia, que nada mais é que a construção de uma rede (GT1).

Os profissionais entrevistados tinham receio de suas falas serem gravadas. Era nítido o olhar de descontentamento. Intuiu-se, diante da dialógica do

encontro, que tal desconforto ao narrar sobre a rede oncológica, era por que, na verdade, ainda iriam falar sobre a construção e a implantação dessa rede, pois ela ainda está em processo não chegando a ser implantada.

Então, sobre a rede oncológica... na verdade, sobre a construção dessa rede, não é? [...] Vocês sabem que ela ainda está em construção, não é? (G1)

A rede oncológica ainda está em processo foi a questão que emergiu nos primeiros momentos no cenário de pesquisa, sendo um discurso repetido por ambas as gestoras e demonstrando ser uma questão de preocupação ainda não está finalizada e implantada. Esse discurso vinha seguido da expressão “na verdade”, que por vezes também fora repetitiva. Pode-se ver nesses trechos das narrativas quando ambas tentam justificar o processo da rede ainda em construção:

Então, mas o que acontece, na verdade? Esta rede de oncologia está dentro de um documento maior que é o plano estadual de oncologia. Nós ainda estamos construindo o plano estadual de oncologia Não existe um documento específico sobre a rede oncológica, dizendo “essa é a rede”.. Por que a rede que existe são de doenças crônicas, dentro dessa rede, nós temos três eixos, o eixo de oncológica, o eixo renal-crônico e o eixo sobrepeso e obesidade. (G1)

A rede ainda não foi construída. Ainda está em processo de construção. Na verdade, essa construção, eu não sei como é em Fortaleza, mas aqui é regionalizada. Então, aqui a regional de São Luís, ela é composta pelo município de São José de Ribamar, que fica tudo dentro da ilha, passa do Lumiar Raposa, e tem Alcantra que não fica dentro da ilha, fica do outro lado, aí você tem que atravessar a Bahia pra chegar em alcantra. Então essa construção tá sendo bem difícil por que abrange todas essas regiões. Porque nós temos muita dificuldade dessa articulação tanto com os outros níveis de complexidade e como com outros níveis regionais. Por que fazer rede é isso, né. É articular. (G2)

O que esse “na verdade” estava querendo dizer? Que politicamente existem preconizações sobre a rede e na prática, “na verdade”, ainda estão em processo de construção, não estando pronta, acada e definida? Talvez o confronto entre a política e a prática? O distanciamento e/ou aproximação entre elas? Diante desse medo que se refletia no encontro e no diálogo entre pesquisadoras e profissionais, tentou-se amenizar tal angústia ao dizer que o intuito da pesquisa não é comparar políticas e práticas cotidianas de saúde – nem de forma moralista, nem de forma punitiva -, muito pelo contrário, essa pesquisa parte da ideia de que a construção de políticas e práticas são complementares e processuais.

No período de 2012-2015, o Estado do Maranhão lança o plano estadual de saúde que exige metas a serem cumpridas nesses determinados 3 anos. Preconizou-se em tal plano que aumentem os esforços para garantir a cobertura

assistencial de média e alta complexidade e para qualificar as Redes de Atenção à Saúde buscando assegurar um serviço equânime e humanizado. A Rede de Oncologia com ênfase no Câncer de Mama e de Colo de Útero são bastante citadas nesse plano (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO MARANHÃO, 2012).

Ora, é sabido que por mais que se tenham preconizações políticas, até mesmo colocadas como metas, como visto no plano estadual de saúde do Maranhão, a prática é in-mundada por desafios cotidianos, por subjetividades que se encontram e se desencontram para a efetividade dos cuidados. O espaço do fazer saúde não é formal, não é rígido, nem uniforme. É um espaço que se constrói e se desconstrói, tem fluxos e movimentos que transcendem à preconização apenas formal da política (FRANCO; MERHY, 2013).

E diante desse contexto explicado de que não se busca a conformação das práticas com as políticas, as narrativas se desenvolveram em um tom de mais leveza, sendo permitido o desenho inicial da rede oncológica, ainda em construção:

Bom, para começo de informação, nós temos 3 serviços habilitados: o Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo – IMOAB- que é CACON, ou seja, é aquele estabelecimento de saúde que realiza todo tipo de câncer. E ele é filantrópico. Outro hospital é O hospital de Câncer do estado do Maranhão. E o Hospital São Rafael em Imperatriz que também é UNACON, ele está no mesmo nível do Hospital Geral, com exceção da hematologia (GT1).

Diante do quadro restrito de serviços de referência, surgem as sensações:

Nós só temos o Aldenora Belo como referência, que nem é do município, é filantrópico. Então isso é uma dificuldade muito grande para a construção da rede, os outros municípios não têm absolutamente nada em relação ao câncer. Então nós estamos presos, amarrados, né nessa entidade filantrópica que é o IMOAB e o Hospital Geral que é do estado. Mas sabe o que é pior? Na verdade, Aldenora belo, que é o IMOAB, não é referência apenas de São LUÍS, mas no estado inteiro. Então, todo mundo que tem problema de câncer é mandado pro aldenora belo. Se você dimensionar isso, é muita demanda pra pouco serviço (GT2).

O encontro foi atravessado, nessa primeira etapa, pela angústia dessa discrepância entre poucos serviços de alta complexidade para todas as demandas de câncer o Maranhão. Para contextualizar as sensações acerca da escassez de serviços UNACON e CACON, foi-se indagado como foi o surgimento e a implantação de cada hospital pontuado – IMOAB; Hospital do Câncer de Maranhão; Hospital São Rafael – Imperatriz.

Como as narrativas não têm, por si, um movimento linear e são consubstanciais das dimensões da complexidade e do imponderável, os informantes

trilharam caminhos mais voltados à história do IMOAB, tendo em vista que o mesmo foi o primeiro a ser implantado, com a maior capacidade de assistência oncológica do Estado do Maranhão.

A história de assistência oncológica maranhense tem uma idade média de quatro décadas. O início foi de precariedade, pois o tratamento de câncer no Maranhão começou no Instituto de Radiologia, localizado na Rua São João, no Centro de São Luís. A radioterapia era feita no Centro Médico, mas devido à falta de condições para o tratamento, muitos pacientes deixavam o estado para se tratarem em Teresina, no Piauí.

Com a visita da presidente da rede feminina de combate ao câncer de mama é que começaram as articulações para a construção de uma assistência oncológica, tendo como ponto de partida a ajuda de Antônio Dino – Médico Oncologista - e Aldenora Bello – esposa do ex-Governador do Maranhão, Newton Bello - tendo iniciado com a atenção voluntariada pela Fundação Antônio Jorge Dino, hoje também conhecida, depois de grandes evoluções, como Hospital Aldenora Belo.

O Imoab – Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo -, tem sua origem em meados de 1976, sendo conhecido desde então por Fundação Antônio Jorge Dino (FAJD), um hospital de assistência ao câncer filantrópico, que emerge para atender toda a população do Maranhão. O nome da fundação refere-se ao médico protagonista desse serviço, que “falava ensinando, ouvia pensando, feria curando e que dedicou sua vida à saúde de nossa gente no combate ao câncer” (FADJ, 2015).

Segundo dados do site da Fundação Antônio Jorge Dino, o Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, conta com: 159 leitos 10 leitos de UTI 40 mil procedimentos por ano com: 29 leitos na pediatria – ala ampliada com recursos do McDia Feliz - no início de 2013 e em média são diagnosticados e tratados 3.000 mil novos casos de câncer por ano, além dos casos já existentes. É 20º Hospital do país em cirurgia oncológica, o único de alta complexidade em oncologia e tratamento oncológico do Estado a frente do Hospital São Marcos de Teresina e Instituto do Câncer do Ceará (ICC).

As narrativas enfatizam a importância do IMOAB para o estado do Maranhão:

Então, assim, na história oncológica do maranhão, nós só tínhamos o aldenora belo, que era UNACON e posteriormente ele teve que se estruturar e tornar-se CACON para servir a todos os tipos de câncer (GT1).

O IMOAB é o pilar da assistência as pessoas com câncer aqui. Mas não podemos deixar de lembrar que ele é filantrópico. Tem uma organização diferenciada do que seria um hospital público (GT2).

Aí depois, com a grande demanda e com a grande solicitação da comunidade, aí tivemos que construir o hospital são Rafael de imperatriz, o segundo habilitado e posteriormente veio o hospital geral, que se transformou em hospital do câncer Dr. Tarquínio Lopes (GT1).

É perceptível o incômodo de se ter como UNACON, referência do estado, um hospital filantrópico. Os profissionais demonstram um acuidade de estar na dependência dessa organização e a dificuldade de articulação entre esse hospital e outros do estado.

Continuando a história:

Aí depois, com a grande demanda e com a grande solicitação da comunidade, aí tivemos que construir o hospital são Rafael de imperatriz, o segundo habilitado e posteriormente veio o hospital geral (GT1).

Diante da grande demanda estadual, foi preciso um apoio regional na assistência oncológica, haja vista que apenas um serviço não teria como dar conta da complexidade de toda a população com câncer do estado. A primeira Unidade de Oncologia do Maranhão, na Região Tocantina, integrou-se ao Hospital São Rafael, sendo um UNACON.

Fala-se com mais autonomia acerca do Hospital do Câncer do Maranhão. É curioso seu histórico, pois é um serviço de alta complexidade, sendo um UNACON de referência estadual - Hospital de Câncer Dr. Tarquínio Lopes Filho (Geral) - que foi reformado e transformado em um centro exclusivo para o tratamento de pacientes oncológicos no estado:

O hospital de câncer do maranhão está na condição de UNACON, então ele só realiza quimioterapia, cirurgias e hematologia, não tem a radioterapia. Esse serviço ainda está em processo, em estudo ainda, a questão da expansão da radioterapia para o hospital geral.

Sendo assim, ficou claro que são esses três serviços – IMOAB, Hospital São Rafael de Imperatriz/MA e Hospital de Câncer do Maranhão – que constituem os componentes da alta complexidade oncológica no Maranhão, sendo perceptível o

incômodo de apenas um hospital filantrópico ser referência UNACON para todo estado. Os mesmos, antes da proposta do Ministério da Saúde de construção de uma Rede oncológica, funcionavam de maneira independente. Não havia organização de fluxos entre eles, nem diálogo interprofissionais. Cada um agia de forma independente:

Então, assim, esses três funcionando anteriormente, não tinha um fluxo definido entre serviços, era demanda espontânea. Demanda espontânea, né? Então não se tinha uma organização de fluxo, de demanda, de tudo. Mas depois, São Luís assumiu a responsabilidade da sua população, foi necessário implantar uma regulação, um fluxo de atendimento, mas sempre com dificuldade de acesso, onde o número de serviços é muito limitado (GT1).

A informante-chave ao narrar sobre o desenho da atenção oncológica, antes das preconizações dos serviços em rede, gesticulava que um “emaranhado”, onde a principal atenção era nos níveis de alta complexidade, deixando de lado a atenção básica e atenção secundária. A palavra “desorganização” foi repetitiva em seu discurso, onde a mesma encontrava dificuldade para articular suas ideias a respeito de como funcionava os fluxos da atenção oncológica.

O diálogo ficou por um bom tempo restrito ao funcionamento da alta complexidade da rede oncológica, até que as pesquisadoras se inquietaram em perguntar quem mais faz parte dessa rede, para tentar “aliviar” um pouco a alta complexidade, citando como exemplo a atenção primária em saúde.

Sobre a atenção primária, as gestoras narram percepções diferentes, mas que se complementam. Se por um lado, a visão da gestão em nível estadual coloca como entrave os serviços básicos de prevenção e detecção precoce, colocando a problemática do papel e do lugar da atenção primária na atenção oncológica:

Não dá pra deixar de ver a atenção básica como o eixo coordenador de todo esse processo, é a porta de entrada, por meio de suas equipes de saúde da família, a mulher, a pessoa, o usuário é atendido na atenção básica, é solicitado os exames... e isso é pra tudo, né, não somente oncologia. Mas o que a gente percebe na realidade? Uma atenção básica fragilizada. Nós não temos atenção básica efetiva, só temos uma atenção básica entre parêntese. Né? Se você for nesses socorões da vida, os que estão lá, ocupando um leito, são pessoas que deveriam ter passado por uma atenção básica, não precisaria encaminhar para serviço de urgência. Estão lá sem resposta da atenção básica. Não precisam serviços de urgência. Então, a atenção básica não está fazendo seu papel, mas aí por que não estão, não quero entrar nessa questão. É pra fazer dentro do seu nível com suas responsabilidades. O profissional que tá lá tem que saber primeiramente cuidar na atenção básica e não somente encaminhar. Tem que saber interpretar os exames, saber avaliar e encaminhar o paciente para o segmento correto (GT1).

Por outro lado, a gestão municipal acredita no potencial da atenção primária e que para diminuir a superlotação nos altos níveis, só construindo processos longos e graduais de prevenção e promoção da saúde na atenção primária. Pode-se observar as diferenças nas narrativas:

A gente sabe que são muitos casos de câncer, a cada ano aparecendo novos casos. E a gente tem uma dificuldade muito grande no tratamento, a melhor solução é a gente trabalhar a prevenção. Atenção básica, trabalhando com a questão do coletivo, de preventivo de promoção da saúde. A gente sabe que muitos casos oncológicos tem causas evitáveis. São esses que temos que investir na atenção básica. Se não nas causas, mas no diagnóstico precoce com busca ativa, com equipe de atenção domiciliar e atenção aos usuários que chegam ao serviços para fazerem prevenção, teste rápido. Tudo que podemos investir na atenção básica, precisamos investir. Mas a gente sabe que é um processo. Não é por que a atenção básica tá funcionando hoje que amanhã o CACON vai diminuir a lotação. Não, é um processo de tempos, que demora. (GT 2)

Percebe-se, então, na narrativa dos profissionais, que a atenção básica tem sim sua importância na organização da rede oncológica, inclusive, à medida que se considera que a mesma pode garantir assistência de promoção da saúde –para evitar câncer com causa evitáveis – exames preventivos e diagnósticos precoces. Porém, os discursos apresentam afetos que divergem sobre sua situação atual no estado do Maranhão.

A Portaria GM/MS 2.439/2005 definiu que na rede oncológica, dentre seus componentes fundamentais da política, destaca-se a atenção básica, que tem por diretrizes operacionalizar a previsão de ações voltadas para a promoção da saúde, a prevenção do câncer, o diagnóstico precoce, o apoio à terapêutica, aos cuidados paliativos e ao seguimento dos doentes (BRASIL, 2005)

É válido afirmar que a produção do cuidado em saúde não se centraliza apenas no processo de trabalho de cada serviço de saúde específico. É preciso uma articulação tanto entre equipes multiprofissionais em cada serviço, como também uma articulação, um encontro e uma congruência entre os vários serviços e setores de uma sociedade, que compõem, em sua máxima, uma rede de cuidados, caracterizando, portanto, os serviços de saúde na perspectiva de rede (FRANCO, 2013).

Para problematizar sobre a atenção primária, nas narrativas, vem sendo conhecida como “a coordenadora de processos de atenção à saúde”. Em época que se considera a perspectiva de corresponsabilização de comprometimento pactuado entre todos os pontos da rede e entre todos as equipes de saúde (JORGE et al, 2011) é importante se refletir acerca dessa eleição de um coordenador da rede e

depositar em cima desse serviço toda a responsabilidade de ordenar e organizar demandas de saúde.

Em continuidade ao processo das narrativas, ao explicar o caminho que se faz da atenção primária até chegar os altos níveis de complexidade, o usuário perpassa pela pedra angular dos serviços em rede: a central de regulação, já muito problematizada em diversos estudos sobre suas potencialidades e entraves na operacionalização de práticas. Pois bem, foi sobre esse ponto que geraram algumas mudanças de afeto das entrevistadas, a defender a central de regulação como positiva ao processo, mesmo sendo polêmica quanto a sua efetividade:

A central de regulação é vista pelo usuário como um problema... Mas olha, nós não temos, assim, hoje, uma regulação estruturada, nós estamos caminhando pra isso. Ela é uma disciplina, uma ordem a valorizar o usuário, vai evitar aquela doidice “eu não sei pra onde eu vou”. Então, ele vai ser conduzido para o local certo, no momento certo, por meio da regulação.. Mas não podemos mentir, temos fila de espera? Temos sim, fila de espera. Isso incomoda muito o usuário? Incomoda. Nós temos nós para indicação da UTI? Sim, temos. É necessário sermos realista. Temos uma escassez de vagas e uma fragilidade na central de regulação” (GT1).

Sobre essa linha de composição, foi marcante nessa conversação a fala da Gestora Municipal quando enfatiza que “a marcação de consultas na rede oncológica é desumana” (GT2). Há dificuldade e ineficiência da rede mais básica, por exemplo, que não consegue fechar o diagnóstico de câncer. “Tem gente que morre antes mesmo de fazer o tratamento, você acredita nisso? (GT2)”.

A discussão caminhou sobre a dificuldade do usuário do SUS ter acesso a assistência oncológica por que “tudo demora demais, a fila pra fazer uma mamografia, a espera pelo resultado, a volta ao clínica, até fechar o diagnóstica, é uma demora (GT1)” e de forma impactante, emerge em campo a fala: “Tempo e câncer andam lado a lado. Se se descobre em estágio inicial, há possibilidades de um bom prognóstico, mas se tem toda essa demora até fechar diagnóstico em um estágio avançado, as chances são menores” (P1).

A narrativa se apresenta por partes de ambas gestoras como forma de expressão de indignação e impotência, por se sentirem amarradas a uma elevada demanda e fragilidade na assistência de atenção integral a esse público, ao revelar que pacientes ainda morrem sem antes mesmo iniciar o tratamento por falta de acesso à rede oncológica. Coaduna a esse fato a escassez de serviços de referência, onde apenas o hospital aldenora belo é o único que tem como dar conta de todas as etapas, desde diagnósticos, passando por serviços ambulatorias,

internações com tratamento de quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, e reabilitação com casas de apoio a moradores do interior. O Hospital Estadual ainda está se inventando, só consegue atingir o processo ambulatorial e de tratamento de quimioterapia, pois antes era um Hospital Geral, e por isso ainda está se estruturando como hospital oncológico. E, como síntese, a sobrecarga ao hospital filantrópico, que se sobrerresponsabiliza para dar conta da demanda e das necessidades em saúde dos pacientes oncológicos.

Foi perceptível o confronto que se tem entre o usuário que tem pressa e a demora burocrática do processo da central de regulação com a experiência da gestora que coloca a CR como pilar fundamental para “disciplinar” os fluxos, mesmo que tenham filas, que corrobore em dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Essa burocracia, se por um lado é reverenciado como necessário para a organização da rede, na fala de um gestor, já na fala de outro, percebe-se outras vistas desse ponto em lidar com essa burocracia da rede formal:

Olha, sinceramente, eu tava agora conversando com os parceiros de equipe, porque as coisas andam a passo de tartaruga, o sistema é muito enterrado, muito burocrático, e eu sou uma pessoa super prática. Como eu estava falando com a superintendente, eu quero as coisas acontecendo e tudo demora demais. Que tem que fazer relatório, que tem que preencher tantos procedimentos para conseguir uma guia e não sei o que, e o usuário sofrendo esperando, morrendo nas filas (GT2).

Como visto, a média complexidade foi grande motivo de problematização quanto a sua efetividade no cuidado. Não somente em relação aos fluxos de referência e contra-referência protagonizados pela central de regulação em comunicação com os serviços primários, secundários e terciários. Também tornou-se fenômeno narrado os próprios serviços da atenção secundária, sendo esta a mais importante para dar os primeiros passos no tratamento:

Mas a gente tem problema na média complexidade. Sempre tivemos e isso se arrasta até hoje, por que por exemplo: um paciente oncológico ele é suspeito, ele é encaminhado para fazer o exame histopatológico. Aí os serviços só admitem o paciente começar o tratamento com diagnóstico fechado. Então, pra fechar esse diagnóstico o paciente pena, sofre viu? Por que onde ele fecha? Na média complexidade. E a média não está estruturada, falta laboratórios. O histopatológico, por exemplo, demora 30 dias em média para o resultado do exame. Deveria ter laboratórios muito ágil. Enquanto isso, as células vão se multiplicando e o prognóstico vai ficando cada vez mais complexo (GT1).

Sabe-se que a rede formal não é a única alternativa para o cuidado em saúde. Por vezes, essa é a rede que menos funciona, que mais demora e menos

resolutiva. E então, o que usuário busca? O usuário torna-se inventor de redes, construindo suas redes vivas, que permeia fluxos construídos de forma criativa e nômade tanto por usuários e profissionais que se encontram mediante afetos para concretizar o cuidado. O problema é quando apenas a rede viva funciona. Que o usuário fica sempre a mercê da empatia do profissional. O ideal é que ambas andem juntas, mas a realidade ainda é um vir-a-ser construído.

Resumindo, sem muito postergar: as narrativas revelam que cada nível de complexidade possui nós críticos, uns que afetam mais diretamente no processo de tratamento – como a média complexidade –, outros nós que vão impactar na rede de forma mais longa e gradual – como na atenção primária com prevenção, promoção e diagnóstico precoce –, sinergizando-se tudo isso ao fato de que apenas um hospital ser referência estadual, e que o mesmo ainda é filantrópico.

Nesse momento de desenho da rede, de forma bem explicativa, chega-se à estação do encontro de mais impacto tanto para o pesquisador quanto para os profissionais que se implicam no processo. Refere-se, nesse ponto, o resultado de como o desenho dessa rede reverbera no cotidiano de práticas:

Vocês devem saber que o tempo é amigo e inimigo do câncer, não é? É amigo e inimigo!!!! Quanto mais rápido ele passar por esses processos de acesso a atenção básica, de fechar o diagnóstico para ir em busca logo do tratamento, mais chance ele tem de ter um bom prognóstico. Mas aí se ele não tem assistência por ficar empacado em algum ponto da rede, aí o tempo vira inimigo e por isso muitas pessoas morrem, por já está num tempo avançado. O tempo pode ser amigo e inimigo do câncer (GT1)

Em síntese, um exemplo foi pontualmente esclarecedor sobre a trajetória “formal” que um usuário atravessa:

Então, na oncologia, o usuário entra, se percebe a necessidade, solicita os exames, vai para a central de regulação, a cr já encaminha e faz o agendamento. Quando a pessoa é atendida com esses exames ou com a consulta na atenção especializada, ele volta pra atenção básica, ele não precisa voltar por meio da regulação, ele já é orientado pra voltar por meio do agente comunitário de saúde. Aí o usuário é atendido novamente na atenção básica e dependendo da análise da interpretação dos resultados, ele volta pra ser agendado na regulação aí pra ir ou pra consulta especializada, ou pra pedir outros exames para complementar o diagnóstico. Pela rede, ele vem, vem obedecendo o fluxo, ele chega até a alta complexidade, na AC ele faz o tratamento, aí na hora que ele recebe a alta ele volta pra atenção básica para continuar fazendo o segmento. É isso que pretendemos construir, mas nada está assim, perfeito. Estamos ainda caminhando.

De forma detalhada, é possível perceber nesse discurso como o usuário pode percorrer a rede. Esse seria o caminho ideal, formal, com o fluxo organizado. Mas é sabido que o passo – a – passo é diferente, é vivo, é dinâmico, é movimento,

é subjetivo. E nem sempre ocorre dessa forma pensado ideologicamente, politicamente.

Enquanto isso, os usuários inventam suas redes, apoiados ou não pela rede formal, seja buscando redes privadas para o acesso rápido à exames laboratoriais, seja buscando profissionais da rede que os auxiliem informalmente, tentando permear a rede burlando as burocracias, sempre com o intuito de buscar resolutividade para seus problemas de saúde.

As narrativas compreendem o processo de implantação da rede, a partir da experiência de cada profissional em construí-la, com seus avanços e seus desafios. É um misto de possibilidade que se problematizam como alternativas para a consolidação da rede. E assim findou-se as narrativas com questões que não se esgotaram, mas que se colocaram enquanto experiência viva dessa rede oncológica, ainda em devir.

Antes de findar-se o encontro, foi possível – agora com mais empatia e vínculo – saber um pouco sobre a implicação desses profissionais na assistência oncológica. Ou seja, o que tem de sujeito desejante, de ator afeto e afetado para movimentar-se nessa luta de construção de assistência oncológica. E assim segue:

Olha, eu trabalhei 13 anos na estratégia, eu era superempolgada, eu comecei a trabalhar em 2000 na estratégia, e fiquei pensando, “nossa, esse programa vai dar certo”, a gente fazia visita na comunidade, a gente conseguiu mudar o perfil epidemiológico da comunidade, junto com a média complexidade. Mas hoje, na gestão, muitas coisas aconteceram, muito tempo se passou e a gente ver o profissional sem vontade, o enfermeiro não tem mais aquela garra, quer copiar o modelo do médico, o médico já entra de costas na unidade pra já estar de frente pra sair. Então, as vezes até me desmotivo a continuar na gestão, por que a questão realmente não é só traçar um plano de atenção, não é implantar a rede. Não é só isso. Por que quem faz tudo isso acontece r é o profissional. E eu sinto que ele tá desmotivado pra trabalhar pra atenção. É isso que a gente tem batido muito, tentando até sensibilizar o profissional, mexendo com o psicológico dele, até o espiritual pra ver se comove com o usuário do SUS. E assim, eu não tenho muita expectativa não.

As narrativas ecoam às dimensões do sensível na oncologia, sendo vista como uma área movida por afetos, emoções, e por vezes, desgastes emocionais, de implicação direta com a vida e a morte. Sem essas dimensões, o fazer saúde torna-se fragilizado,

Eu vejo que é um desafio estar nesse processo, por que a gente é humano, é nosso dever e que atrás da gente tem muitos precisando do nosso serviço. Nós somos formados para servir. Então, assim, se a gente não faz, a população sofre. Mas pra fazer é preciso empenho, responsabilidade, cumprir com o dever, falar com o pessoal do município, fala com o usuário, falar com a equipe toda. E eu vejo assim, na atenção oncológica, é preciso

peças que tenham sensibilidade, por que não é fácil. Olha, se você tem um câncer na família você vê logo a morte.

É interessante como a narrativa abre possibilidades de fala que são permeáveis por todas as faces da vida. Lembra-se, sobre isso, de que aquele que fala não é somente regido pelo seu papel exercido na sociedade enquanto profissional. A pessoa que fala é profissional, mas também é mãe, é religiosa, tem crenças, desejos, sofrimentos, impasses, intenções e representações simbólicas de seu trabalho. A narrativa transborda, então, para toda uma ética e uma poética de vida:

Sobre ser mãe,

Eu tenho uma filha que é médica na oncologia. E ela diz: mãe, eu não aguento mais. É muita pressão, é pressão da família e a própria equipe se sente pressionada. Tem dia que eu estou no ambulatório e não faço nada, só escuto o sofrimento. E aí eu penso, eu não posso jogar tudo isso fora, por mais que eu queira, mas nós somos apegadas aqueles pacientes, aquela prática.

Sobre ser religiosa,

E assim, quem é dono da vida é Deus. Enquanto você é profissional, você faz aquilo que é possível fazer. Mas agora, a Deus pertence a vida. Agora determinação à vida pertence a Deus. Nós só temos que cuidar.

Sobre ser profissional da oncologia,

Agora, eu vejo assim, pessoal, quando a gente conversa com os pacientes, por exemplo, nós na área da saúde precisamos muito ver o humano, nós devemos tratar as pessoas como gente, como figuras de Deus. E não só o profissional ver exames e a doença. Tem que ver a pessoa. Por que se você for atendido por um profissional que não te olha nos olhos, não funciona. Se você é da área da saúde, exercite seu lado humano.

E finalizando:

Às vezes, um gesto, uma palavra, um sorriso, muda a rota de uma pessoa. Muda tudo. Muda a equipe, muda o paciente, tudo muda. E onde é que muda? Na formação, no próprio dia-a-dia no serviço, nas capacitações, nos encontros entre profissionais, nem que seja durante o almoço para trocar idéias e aprender um com o outro. Não se deve esquecer que estamos prestando serviço à pessoas que tem sentimentos, que estão profundamente abalada com sua situação de saúde que pode se complicar e chegar a óbito, e mais, que por trás de tudo isso existe uma história de vida que é lembrada a todo instante.

Em suma, as narrativas demonstram as percepções a nível de gestão acerca do panorama geral da rede de atenção oncológica de São Luís. Desse modo, é possível compreender como se organiza de forma estrutural a rede, mediante uma alta complexidade reduzida e super lotada, parecendo que há nós críticos nas articulações da rede, principalmente no que se refere a conexão entre a atenção

primária e a média complexidade, elencando um grave problema na central de regulação, ponte para a conexão entre serviços.

Aproximar-se das dimensões de gestão, construção e organização da produção da rede de atenção oncológica foi primordial para os encontros que se sucederam no decorrer da pesquisa, concentrando-se nos encontros micropolíticos entre profissionais de saúde na assistência à pessoas com câncer.

Adota-se nessa pesquisa o paradigma da coexistência e de não - exclusão, a macro e a micropolítica se encontram, onde gestores, profissionais, usuários, familiares, dentre outros que, de forma singularizada e, ao mesmo tempo, em agenciamento de coletivos participam no processo de cuidado em rede.

5.3 PISTA 3: APROXIMANDO-SE DA MICROPOLÍTICA: ELEMENTOS MOLECULARES – EM BUSCA DAS USUÁRIAS-GUIA

5.3.1 Desbravando territórios

De posse desses conhecimentos, já tendo mapeado os principais pontos de cuidado componentes da rede de atenção oncológica abrangendo seus aspectos macropolíticos, o interesse, a partir de então, foi adentrar nos territórios micropolíticos do cuidado. Isto posto, a segunda etapa da pesquisa fdeu-se com a realização de oficinas com profissionais de saúde em cada ponto – chave da rede: o hospital filantrópico, o hospital do estado e a atenção primária. O intuito foi aproximar-se desses territórios em busca de iniciar a composição das linhas do rizoma devir-mulher com câncer na micropolítica do cuidado oncológico em rede.

Ademais, vale-se ressaltar que utilizou-se como critério de exclusão a retirada do Hospital São Rafael de Imperatriz/MA, não a negar sua importância, mas por que foi preciso fazer um recorte para aprofundar o conhecimento sobre as redes de São Luís e, por isso, o Hospital São Rafael, que abrange mais os outros municípios do Maranhão, não foi acompanhado nesta cartografia.

A construção de caminhos para a inserção na rede micropolítica de cuidados oncológicos de São Luís/MA foi a etapa com mais necessidade de empenho e persistência da parte dos pesquisadores, tendo em vista as fragilidades de acesso à rede de serviços, principalmente no Hospital de Referência do Estado.

Como critério metodológico, buscou-se a amplitude da pesquisa, convidando trabalhadores de saúde, coordenadores de serviços, gestores e todos os interessados em participar da pesquisa tornando-se guias para possibilitar e facilitar o encontro entre a pesquisa e seus elementos-chaves: as usuárias –guia.

A metodologia cartográfica para a busca desses usuários-guia partiu da perspectiva de encontros que os usuários produzem nos territórios de cuidado (GOMES; MERHY, 2014), estes últimos já traçados na composição macropolítica. A rede de cuidado desses usuários compõe também outros atores com quem se conectam para além da rede oncológica formal que abrange os serviços de saúde. Com o seu nomadismo, o usuário vai abrindo novas redes de cuidado que constrói, para fora do próprio sistema de saúde e, por isso, produzindo linhas intercessoras entre as formas tradicionais e seus fluxos existenciais.

O que se propôs a fazer para a entrada em campo da rede oncológica de São Luis /MA, foi atravessar e deixar ser atravessado pelos contextos de território em saúde, entendendo os processos de existência enquanto irredutivelmente singulares a este espaço, a este tempo e a este lugar.

Diante de tais perspectivas, a pesquisa norteou-se, inicialmente, em conhecer quais os possíveis serviços de saúde que poderiam ser acessíveis nessa determinada seara, quem seriam seus protagonistas do cuidado para guiar a pesquisa, sendo informantes – chaves e como seria possível um diálogo entre pesquisa, pesquisadores, território e atores oncológicos.

À busca por esses elementos deu-se mediante a participação implicativa de uma das articuladoras das redes de cuidado do Estado do Maranhão que envolve a saúde da mulher. Esta convidou a rede de trabalhadores de saúde no âmbito oncológico para participar de uma oficina a ser construída por todos os agentes envolvidos na pesquisa.

Ocorreram duas oficinas, a primeira com componentes de toda a rede, mas principalmente, protagonistas da atenção primária à saúde (com quantitativo de 22 trabalhadores), e a segunda aconteceu no Hospital de Referência Oncológica Filantrópico, com 10 profissionais de saúde que trabalhavam nesse território. Em ambas, foi realizado a apresentação do projeto de pesquisa, destacando sua metodologia diferenciada, que considera todos os participantes da pesquisa como pesquisadores que agenciam potenciais processos de conhecimento no âmbito do cuidado oncológico em rede. Compareceram pessoas que puderam desenhar a

situação da assistência oncológica maranhense, problematizando os movimentos de alguns usuários que atravessaram e se produziram no cotidiano do cuidado oncológico

A intenção era conseguir conhecer casos que tensionassem a rede, que produzissem elementos em diferença ao compor seus mapas de cuidado. Na seara oncológica, os profissionais já problematizam essa escolha, encarando-a como desafiadora, pois:

Em oncologia, considero que todo caso é complexo, todo caso demanda um cuidado bastante complexo, que envolve tudo, físico, emocional, social, espiritual, tudo, tudo que você possa imaginar tá constituindo rede de cuidado, por que câncer... vocês sabem, né? É pesado e pra encarar isso é realmente preciso uma rede. Todo caso passa por diferentes estágios, tanto da doença, quanto pessoal, de negação, de raiva, de indignação, de adaptação ao tratamento, de QT, RT. É uma doença crônica, que modifica sua rotina até o resto da vida. Então, todos são complexos e vai ser difícil falar de alguns em específicos (P2, oficina 1).

O profissional introduz na roda de discussão a (des)construção no termo “caso complexo”, evidenciando que naturalmente e por essência, todo fenômeno em adoecimento, especificando ele, em relação ao câncer, é rico em sua própria complexidade, tanto da doença, quanto da existência.

É importante realçar que não se tinha, a priori, a prioridade de eleger mulheres como usuária – guia, pois só quem poderia saber o que realmente tensionava a rede oncológica seriam os próprios profissionais. Portanto, desenhar o rizoma de mulheres com câncer em produção de cuidado oncológico foi um acontecimento que surgiu em ato, no campo.

De maneira geral, dos casos discutidos na primeira oficina, prevaleciam situações de mulheres com câncer, tanto de mama, como de colo uterino, com exceção dos casos de crianças com câncer e pessoas em situação de cuidados paliativos em câncer terminais. Estes casos impulsionaram a conversação desse primeiro encontro por cerca de duas horas.

Entretanto, foi após o fechamento da oficina que se elegeu a primeira Usuária-Guia dessa dissertação, a partir do relato da história de uma mulher com câncer de colo uterino, narrada por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) que participava da oficina realizada com profissionais da atenção primária. Primeiramente, o que mais chamou atenção dos pesquisadores foi que, ao término dessa oficina, Fernanda (nome fictício), a ACS, conta que conhece alguns casos oncológicos, porém não pertencentes a sua área adscrita, por isso, sua dificuldade

em expor para o grupo um caso que não era necessariamente de sua responsabilidade e por isso ficou com receio de estar invadindo um território que não a pertence.

Segue o que Fernanda soube informar sobre a história de Luíza:

Luíza é minha vizinha. Eu sei que ela faz tratamento há muito tempo, tem época que ela está bem, a gente percebe pelo físico dela, mas as vezes ela some, ninguém sabe notícias. Eu sei que Maria e sua filha cuidam muito dela, as duas moram com ela. A maria vive para cuidar dela, sua grande amiga. Na época que ela fez quimio e radio, todo mundo do bairro ficava me perguntando o que é que ela tinha, por que eles acham que por eu ser ACS e morar perto eu tinha que saber, mas eu só sabia que era câncer de colo do útero, não a acompanhava muito pois ela não pertencia a minha área. Na verdade, não sei nem quem a acompanha (ACS).

Eu não tenho como dar conta de todo mundo. Eu até ajudo um, ajudo outro. Pergunto como vai. Mas a minha área não é exatamente na rua onde eu moro, então eu só conheço a história de todo mundo, assim. por cima, nem todas eu sei detalhes (ACS).

A cartografia é aberta à experiência, ao considerar que toda história de vida, se há interesse de conhece-la, ela se torna complexa e se afirma sua potência. Ademais, como Fernanda não sabia qual a ACS era responsável por Luíza, nem qual atenção primária ela pertencia, foi feito o convite aos pesquisadores para conhecê-la em seu território comunitário. Diante disso, outra peculiaridade aparece na construção da cartografia da rede de cuidados dessa usuária – guia, que foi a possibilidade de inverter a lógica do primeiro contato, pois a maioria dos outros casos tiveram seu ponto de partida em algum serviço de saúde, seja na atenção primária ou nos hospitais. Com Luíza, seria diferente, partindo do cenário de sua casa, que por si, já traz elementos cartográficos importantes.

Os territórios micropolíticos que foram acompanhados no mapa existencial de Luíza envolveu seu território comunitário - em um dos bairros de maior vulnerabilidade social de São Luís –, o hospital de referência oncológica estadual e o território da atenção primária, de forma indireta. O desenrolar dos fios desta rede terá seu desenvolvimento na próxima pista desse escrito.

Maria, uma mulher que vivencia em seu corpo a potência de um câncer de mama, será a segunda usuária-guia a compor esse rizoma. Ela emerge como possibilidade a partir da segunda oficina realizada no Hospital de Referência Oncológica Filantrópico. Os dez profissionais que estavam nessa oficina chegaram a conclusão de que Maria seria um dos casos que mais afetou toda a equipe oncológica durante o ano de 2015:

Os casos que a gente acompanham são de muita implicação. A gente acompanha desde à chegada até a recuperação propriamente dita. Fica até difícil escolher um, mais foi muito gratificante acompanhar Maria por que é uma paciente que foi possível ver a evolução do caso. Muitas vezes a gente se sente impotente, porque as vezes, com muita frequência, o paciente evolui para um óbito. O melhor de falar sobre Maria foi ver a evolução e a melhora dela (PS1).

A gente precisa falar sobre Maria, por que era um caso muito difícil, de muita negação da doença, de difícil aceitação e que precisou que a equipe toda se mobilizasse para que fosse possível iniciar o tratamento (PS 2).

Maria, sem dúvidas, fala de uma história impar na oncologia. Não sei como, não sei por que, mas ela nos afetou de tal maneira. Hoje a gente olha pra ela e diz: Nossa, que mudança, que evolução! E isso salva o nosso cotidiano, são casos como esses que fazem a gente resistir num território de tanta dor, sofrimento e morte (PS3).

A singularidade que se desperta, de início, é que o território que movimenta o rizoma de Maria é o hospital, tanto no que se refere as potencialidades do cuidado formal como aos fluxos existenciais que se estabelecem no encontro com os trabalhadores de saúde, e por isso, sua singularidade. O que chama atenção dos pesquisadores é que a rede hospitalar de cuidado de Maria produz novas possibilidades não somente em relação a sua doença mas também de sua existência. Portanto, será imbricado neste hospital, junto à Maria e com sua equipe de referência oncológica que suas linhas de cuidado se desenvolverão, sendo descritas e analisadas na pista 5 dessa dissertação.

A propósito, finaliza-se essa pista enfatizando que não se têm o interesse em interpretar as várias faces que se dispõem no campo cartográfico. O que se manifesta é o desejo em campo para agenciar uma multiplicidade de experimentações (ROLNIK, 1989), compartilhando os movimentos em busca do inusitado, da novidade, percebendo a dinâmica das relações que são próprias de cada território, onde estão em ação atores que, ao mesmo tempo, se aliam e se confrontam. Atores que são muitos em si mesmos, que mudam de lugar, que se expressam em diferentes planos conforme afetam e são afetados.

Por último, acentua-se que trata-se de uma busca para expressar as diferenças, disputas, conflitos e consensos que foram sendo produzidos, num processo de descoberta e de produção da singularidade e do(s) sentido(s) presente(s) no cotidiano do cuidado. Entender, nas palavras de Rolnik (1989, p.12), “não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar. O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão”. Por isso, o

desejo foi o de mergulhar da geografia dos afetos, estando sensível em campo, produzindo pontes e intercessores para a expressão de intensidades.

5.4. PISTA 4: “TER CÂNCER MUDOU MINHA VIDA” – A REDE DE CUIDADOS DE LUÍZA

Participantes da Cartografia de Luíza (7):

- Luíza – Usuária-Guia (1)
- Agente Comunitária de Saúde – ACS (1)
- Maria – COMPANHEIRA (1)
- Liliane – FILHA (1)
- Coordenadora da Estratégia Saúde da Família – CESF (1)
- Enfermeira – ENF (1)
- Médico – Diretor do Hospital Oncológico (MED) (1)

O que se desdobrará nesse escrito são as experiências de Luíza conjuntamente as narrativas dos personagens envolvidos em seu processo de cuidado que compõem seu rizoma, compreendida pela rede assistencial oncológica com destaque aos cuidados médico-hospitalares em detrimento dos cuidados na atenção primária, evidenciando os fluxos em seu território comunitário, destacando seus vínculos familiares e sua religiosidade.

Nesse cenário, apresenta-se a rede de cuidados da usuária – guia Luíza, em tratamento de câncer de colo uterino há cinco anos. Para preservar o sigilo da pesquisa, todos os participantes terão seus nomes fictícios. No entorno comunitário de Luíza foi possível estabelecer encontros com Maria (COMPANHEIRA) e Liliane (FILHA). Já os profissionais de saúde serão chamados pela sua especialidade, que foram: 3 (três) profissionais da atenção primária - Agente comunitária de Saúde (ACS); Coordenadora da Estratégia Saúde da Família (CESF); Enfermeira (ENF); Médico-Diretor Oncologista do Hospital de Referência Oncológica do Estado (MED).

Como já escrito na pista acima, a usuária - guia foi escolhida a partir do relato de uma ACS acerca da história de Luíza, uma mulher com câncer de colo uterino. Destaca-se nesse primeiro encontro o receio da ACS em falar sobre Luíza por não se sentir autorizada, formalmente, em falar de um caso não adstrito de sua área: “Será que tem algum problema? Eu conheço Luíza, me preocupo muito com ela, as vezes tento ajudá-la, faço visitas, mas eu não sou a responsável pela área dela e nem conheço a ACS dela” (ACS).

Desse modo, o que legitima o relato da ACS sobre Luíza é sua vivência íntima enquanto vizinha e trabalhadora de saúde. É preciso enfatizar, logo de início, que Luíza é um caso que tangencia e tensiona toda a formalidade da rede de assistência à saúde, desde seu vínculo com a pesquisa, entrando pelas vias informais de cuidado, as vias do afeto entre ela e a ACS.

5.4.1 Quem é Luíza?

“A primeira vez que pude ter contato com Luíza foi estranho. Primeiro, quase não conseguíamos chegar em sua casa. Entramos em contato com três taxistas e os mesmos recusaram a corrida ao saber o lugar onde ela morava.. um bairro de grande vulnerabilidade social, baixo IDH, onde o índice de pobreza e violência eram ascendentes na Capital. Por isso, como nome fictício, decidi chamar esse bairro de Ilha Proibida. Pensei nesse nome ao conhecer o taxista de referência de Luíza. Ele era morador desse bairro e nos revelou que ali só entrava taxi conhecido de alguém da comunidade e que não tivesse conflito com os traficantes da área, ou seja, um território com suas próprias leis, fronteiras e limites. E foi entrando na Ilha Proibida que pude conhecer Luíza, uma mulher extremamente sensível, que me afetava com suas expressões, seja de tristeza,desespero,dor angústia, alegria e/ou nostalgia. E ela me conduziu ao seu recanto, uma casa com três cômodos, uma sala/quarto, um quarto, e uma cozinha. Em quase todos os encontros ficamos sentados na sala tranvestida de um cenário ímpar, cheia de símbolos e de imagens, marcados por afetos.” (Diário de campo, 14 de abril de 2016)

É preciso desenhar Luíza para que o leitor possa se aproximar de forma sensível dos encontros que se produziram na cartografia dessa Usuária. A usuária-guia, doravante denominada Luíza, é uma mulher de 58 anos, de baixa estatura (por volta de um metro e meio), de cor negra, cabelos pretos, sempre preso, na altura do pescoço. Destaca-se a sua magreza, que aparentava sinais de fraqueza, misturada a uma timidez, com um tom de voz baixo e uma narrativa que, por muitas vezes, iniciava e finalizava junto à expressão de um sorriso. De início, uma mulher silenciosa, que travava uma conversa pausada, com poucas palavras e longos momentos de silêncio. Talvez, à primeira vista, Luíza se fez misteriosa, contando sua história de vida entrelaçada à descoberta do câncer de colo uterino e ao tratamento oncológico, entre sorrisos tímidos e lágrimas discretas.

Vestida de azul e branco, as cores de Nossa Senhora da Conceição, ou de preto e vermelho, as cores da Pomba Gira, era dessa forma que Luíza recebia os

pesquisadores, em sua humilde e afetuosa casa, sempre acompanhada de sua filha e sua companheira Maria.

Os encontros percorreram fluxos fora de uma ordem pré-estabelecida, mas que, ao fim, desenhou a rede de cuidado de Luíza, como uma mulher com câncer em devir, passando por transformações físicas, sociais, emocionais, espirituais e subjetivas.

5.4.2 Da descoberta à reabilitação: “Ter câncer mudou minha vida”

Os laços que se pretendem desenhar nesse mapa refletem a história da usuária - guia Luíza, que está em tratamento de câncer do colo uterino há cinco anos. Fez tratamento de quimioterapia e radioterapia, porém não fez nenhuma cirurgia, indicando um grau mais avançado da doença. Moradora, há 27 anos, de um dos bairros de menor IDH e grande vulnerabilidade social de São Luis/Ma. Mora com sua filha na casa de sua companheira.

As investidas iniciais da pesquisa concentraram sua atenção no território de Luíza, que por sua vez não se restringe a limitações geográficas. Fala de um território existencial, que produz relações intersubjetivas, onde pulsa vida e morte e emergem-se conflitos, diálogos e movimentos da ordem da paisagem humana e social.

As três visitas ao território comunitário de Luíza foram vistas pelos pesquisadores como um acontecimento e um encontro de afecções entre desconhecidos e que, por sua vez, o afetamento pela angústia do inesperado atravessava aquele campo. Entre afecções, intuições, devaneios, movimentos, diálogos e conflitos, foi encarado o processo de construir o desenho da produção de cuidado vivo e em ato de Luíza.

O primeiro momento junto à usuária-guia foi de captura das narrativas de descoberta do câncer e dos processos de subjetivações emergentes:

Bom, tudo começou por que eu sou muito teimosa. Eu estava fazendo trabalhos pesados, carregando coisas pesadas, quando comecei a sentir uma dor muito forte nas costas. Essa dor foi acochando, até ficar quase impossível de suportar. Foi quando eu falei com Maria para que a gente fosse procurar o médico, por que aquilo não tava certo não, tinha alguma coisa muito errada (LUÍZA).

Luíza logo se refere à Maria, sua companheira. Esta citada fez contato com uma prima que trabalhava na área da saúde, a qual conseguiu marcar uma

consulta emergencial para Luíza. A queixa era de muita dor nas costas, então, foi encaminhada para o ortopedista.

Abrindo um parêntese antes de continuar a história. Luíza, assim como vários outros usuários da rede SUS, entrou na rede de saúde através de um vínculo informal de sua rede viva de relações. Comenta que [...] “se não fosse essa pessoa, eu nem sabia como conseguir uma consulta, tem toda uma burocracia, né? Mas da forma que eu tava, se eu ainda fosse esperar, eu acho que tinha morrido”[...] (LUÍZA).

À vista disso, a concepção de rede que se trata nesse estudo não está centralizada em uma estrutura fixa, hierarquizada e pré-estabelecida. Pelo contrário, considera-se que as conexões em rede emergem da compreensão de um desenho rizomático.

Para Deleuze e Guattari (2004), o rizoma, conceito vindo da botânica, rompe com a representação de rede normatizada, serializada, pontual, causal e linear. Nele, nenhum modelo estruturado ou gerativo justifica sua produção. Cada rizoma é único, não se repete. Portanto, uma rede rizomática é de caráter heterogêneo, com múltiplas conexões e entradas, sem saber de onde veio e para onde vai. Não há começo, nem fim. O processo se desenvolve no meio, entre, com intercessões e fluxos, que agem pelo princípio da ruptura, tendo a autonomia de romper e também de retomar as conexões de acordo com suas necessidades e possibilidades.

Luíza entra na rede oncológica de uma forma totalmente singular. Sem a conexão com sua amiga talvez ela não teria conseguido fazer o tratamento e com tempo hábil de se reabilitar e está participando da pesquisa, contando sua história. Foi uma rede que produziu vida, cuidado e saúde, entretanto, criada nos movimentos da existência da usuária e não necessariamente no fluxo preconizado da rede de assistência oncológica formal.

Fechando parêntese e dando continuidade ao tecer do processo de saúde-doença de Luíza, ao conseguir a consulta, o ortopedista passou exames. Bateu raio-X e não era coluna. O médico encaminhou diretamente e com urgência a um oncologista que trabalhava nesse mesmo hospital. Foi fazer uma bateria de exames e, antes mesmo de receber os resultados, “começou o sangramento, comecei a sangrar, sangrar, sangrar muito...” (Luíza), onde a mesma pensava que

estava desse jeito por conta da menor pausa, jamais imaginava que estaria com câncer.

No hospital, a usuária recebeu a notícia, ao lado de Maria e de sua prima, de que estava com câncer no colo do útero, segundo ela: “Naquele dia que eu soube que eu estava com câncer, ali eu chorei, chorei, chorei muito. Naquele dia eu pensei que ia morrer. E eu chorava, só chorava” (LUÍZA).

A usuária-guia narra que nunca imaginou que seria acometida por um adoecimento oncológico. Foi uma grande surpresa. Luíza se emociona ao contar como foi sofrido e doloroso todo o processo de tratamento de quimioterapia e de radioterapia:

Eu achava que já ia para o outro mundo, eu fiquei muito fraca, muito fraca mesmo. Por que a dor que a gente sente é toda misturada. É uma dor física e também uma tristeza por achar que você vai morrer.

Luíza narra como seu corpo, de forma única, sente o acontecimento oncológico. A usuária faz menção a uma dimensão muito debatida e questionada na seara da saúde coletiva e, principalmente, na oncologia: a não – dicotomia entre corpo e mente, físico e emocional, objetivo e subjetivo. Remete-se ao que Deleuze e Guattari argumentam no texto “como criar para si um corpo sem órgãos” (Mil Platôs, vol.3, 2008) que não se designa exatamente como uma teoria mas sobre o reconhecimento prático de um corpo que deseja, que se afeta, que se emociona, um corpo que sente a experiência e, não somente um corpo com órgãos físicos limitados aos seus funcionamentos enquanto máquina produtiva.

Quando a usuária remete que o seu corpo, como um todo, sente o adoecimento, ela remete a sua experiência singular de vivenciar o câncer. Na área oncológica esse afetamento holístico é ainda mais intenso, pois além das dimensões físicas afetadas, é válido lembrar e enfatizar as transformações da vida como um todo dessa pessoa, com mudanças de estilo de vida, de cotidianos de existências, além de tudo isso se sinergizar quando se encontra aos sentidos e as representações sociais atreladas ao adoecimento oncológico como um processo fatal ligado diretamente ao imaginário da morte, da finitude humana.

Depois da jornada junto à usuária na sua experiência integral de vivência e experiência com o câncer, a pesquisa continua a caminhar com Luíza, conhecendo os personagens envolvidos em sua produção de cuidado, as redes que se desenharam em suas experiências, além dos nós críticos que emergiram como

barreiras para um cuidado mais integral e centralizado na produção de saúde e de vida.

A mesma cita suas principais conexões de cuidado no âmbito formal de assistência de saúde da rede oncológica que a acompanharam, desde o diagnóstico a atual reabilitação:

O oncologista e a ginecologista foram ótimos, me ajudaram muito, eu não tenho do que reclamar. Eles sempre me apoiaram, não me deixaram desistir[...]Já faz cinco anos que passei por isso e hoje faço acompanhamento de três em três meses nesse hospital. Assim eu vou vivendo até onde Deus permitir (LUÍZA).

A usuária demonstra um sentimento intenso de gratidão aos profissionais de saúde, referindo-se a eles como cuidadores acolhedores e responsáveis pelo processo. Entretanto, diante dos caminhos guiados, surgem elementos disparadores de análise que emergiram nos encontros com Luíza, referindo-se ao não conhecimento por parte da usuária de algumas etapas do seu processo de cuidado oncológico. O não-saber é gerador de mais sofrimento, além dos já previstos. A usuária narra com angústia alguns momentos que ficaram pontos de interrogação junto ao vazio do impreciso e da dúvida:

Sobre o diagnóstico:

“O médico falou primeiro para minha amiga, aí ela falou para minha prima, mas as duas não sabiam como me dizer e foi depois disso que ele juntou nós três para me dizer o diagnóstico” (LUÍZA).

Sobre não fazer cirurgia:

“Eu não fiz cirurgia. Até hoje não sei por que. Só me disseram que no meu caso, não precisaria de cirurgia. Aí eu não sei se isso é bom ou se é ruim. Por que muita gente que eu conheço operou” (LUÍZA).

Sobre a realização de exames:

“Recentemente eu fiz um exame e estou muito preocupada. Sempre que eles passam esse exame é por que eles acham que tem alguma coisa errada. Mas não me disseram para que eu estou fazendo exame. Eu é que sei, por que já fiz outras vezes e o resultado nunca é muito bom” (LUÍZA).

Acerca dessas pontuações, parece escasso o uso de tecnologias leves na produção do cuidado oncológica de Luíza. Sobre o cuidado em saúde Franco e Merhy (2012) a dimensão relacional inter-humana entre trabalhadores de saúde e usuários é elemento central na produção de cuidado, principalmente no que diz respeito no uso de tecnologias e ferramentas no processo de trabalho. Caracteriza-se como trabalho vivo aquele que se utiliza de forma predominante de elementos “não materiais”, que estão na base do diálogo, da escuta, do acolhimento, em suma,

da possibilidade criar e de proporcionar bons encontros com potência disparadora de um cuidado cuidador. Em detrimento dessa dimensão, encontra-se o trabalho morto, com predominância de uma base material, já determinado, realizado de forma automática, apenas incorporando sua prática ao processo burocrático e mecânico de produzir cuidado.

Luíza sofre com a falta de um envolvimento dialógico dela junto aos seus médicos de referência de cuidado. O trabalho morto nesse caso faz com que a usuária vivencie um processo de adoecimento sem se apropriar e se empoderar do que está lhe acontecendo, apenas seguindo o que lhe é prescrito.

Essas interrogação também foram propulsoras de angústia e dúvida nos pesquisadores. Diante disso, houve a tentativa, por três vezes, em estabelecer contato com os médicos de referência de Luíza, com o intuito de conhecer a percepção deles sobre a saúde e o processo de cuidado da usuária.

Como resultado, infelizmente, ambos não receberam a pesquisa. A ginecologista alegou seus horários corridos, troca de plantão e grande demanda para atendimento e que só poderia participar da pesquisa se fosse fornecendo prontuário ou dados quantitativos. No caso do oncologista, houveram três tentativas de encontrá-lo, mas em nenhuma o mesmo pôde receber os pesquisadores, sem comprometer-se com nenhuma justificativa.

O único que nos recebeu foi o Médico-Diretor do Hospital Oncológico Estadual que refere a dificuldade de reunir os profissionais para uma oficina de conversação sobre Luíza por que se encontram sobrecarregados pela demanda, pelas atividades cotidianas do cuidado em saúde.

Infelizmente estamos assim, ainda em processo de organização, pois aqui só funcionava como Hospital Geral e agora tornou-se um dos grandes centros oncológicos do Estado. Acredito que nossa situação primeira agora é de organização do fluxo, entre o filantrópico e a construa referência pra atenção primária, para tentar um desafogamento.

Em concomitância a isso, as observações em campo no hospital - durante longos momentos de espera pelos médicos de referência -, chamaram atenção para a fragmentação do cuidado, a alta demanda, a demora pelo atendimento e a evidência clínica-biomédica.

Acerca dessa querela, faz-se um paralelo sobre a forma de captura do trabalho pela lógica capitalística de produção (FRANCO, 2015), muito vista na área da saúde. A preocupação é com a cura do sintoma, de forma isolada do todo, pois

para se o conhecer o corpo holístico é preciso tempo, vínculo, contato e na lógica da produtividade é difícil captar tais elementos.

Por fim, é válido enfatizar o que Luíza relata que seu médico de referência oncológica afirma em todas as consultas: “Tudo que você sentir, se dirija diretamente ao hospital, por que é aqui onde todos os seus problemas serão assistidos, seja uma gripe, uma virose uma gastrite”. Isso significa dizer que, além de o cuidado ser restrito a esses dois profissionais, há também uma centralidade do cuidado voltada somente ao hospital oncológico de referência.

É nesse lugar que acontecem todos os passos do processo de tratamento oncológico, desde o diagnóstico, à realização de exames, tratamento e reabilitação, e que por sua vez, é uma produção de cuidado que também gera sofrimento à usuária diante da não utilização de tecnologias relacionais, principalmente, o diálogo - por parte dos profissionais.

Apointa-se também para a dimensão do processo de construção histórica de produção de cuidado oncológico e da política nacional de atenção oncológica, onde ocupa terrenos enraizados na alta complexidade, no modelo biomédico na terapêutica voltada para a doença.

5.4.3 Luíza e a Atenção Primária: “Prevenção Ginecológica? O que é isso? Eu nunca fiz!”

Resumindo, Luíza apontou que sua rede de produção de cuidado era restrita ao Hospital de referência Oncológica, onde continua seu tratamento de forma contínua. A saber do estágio avançado da doença, Luíza foi indagada a respeito da prevenção. Chamou atenção dos pesquisadores que nenhuma das mulheres daquela casa nunca fizeram exame de prevenção ginecológica. Quando indagadas sobre o posto de saúde, referem que não tem nenhum contato, que nunca recebeu nenhuma visita de Agente Comunitária de Saúde e Luíza responde: “Como assim prevenção ginecológica? O que é isso? Só fui ao posto para extrair dente” (LUÍZA).

Antes do acometimento oncológico, nunca tinham ouvido falar sobre prevenção ginecológica. Sabe-se que o campo da prevenção é fundamental no que concerne ao câncer de colo do útero, pois há probabilidades de um bom prognóstico se diagnosticado precocemente.

Diante dessas inquietações, cartografando o território, a pesquisa descobriu que a usuária - guia mora em uma área descoberta pela atenção primária, em um bairro de grande vulnerabilidade social, esquecido e marginalizado em São Luís/Ma.

Normativamente, a Política Nacional de Atenção Oncológica elenca como ponto fundamental de cuidado, a atenção primária à saúde, sendo esta a ferramenta potencial para diminuição do agravamento e de mortalidade pelo adoecimento oncológico. Entretanto, o centro de saúde da família que seria sua referência funciona também para atender demandas espontâneas de pessoas que vêm do interior em busca de cuidado, o que ocasiona uma super lotação e uma dificuldade de organização e de atendimento de toda a população adscrita. Segue a narrativa da coordenadora do centro de saúde:

Aqui nós atendemos muita gente, temos muita demanda. E aí, o que é que acontece? Que há uma área desse território que é descoberta. Infelizmente, isso é uma realidade. Por estarmos próximos a um ponto de emergência, muitos pacientes são encaminhados para cá. (CESF)

O bairro onde mora Luíza é um dos territórios maiores e mais periféricos da cidade, contando com apenas dois centros de saúde da família, ambos com mínima acessibilidade geográfica. Há um distanciamento entre território comunitário e atenção primária. Pelo visto, não somente geográfico. É o que percebe-se no relato das pessoas que desenham a rede de Luíza:

Antigamente tinha um posto dentro do bairro. Aí era tudo mais fácil, por que era perto, os profissionais já estavam no território, então já eram todos conhecidos. Mas tiraram o posto de lá. Ele está realmente em um lugar mais central, na avenida. Mas muita gente não vem, por que tem que pegar ônibus. Tem gente que não tem dinheiro, é fato. E outra coisa, os profissionais, agora distante do bairro, tem mais dificuldade de ir a campo. Nem sempre tem carro, muito raro. É um bairro muito perigoso, dominado pelo tráfico. As vezes tem profissional que não vai sem um ACS da área (ENF).

Percebe-se que o problema do câncer, da prevenção e da saúde pública como um todo alcança o nível de ser, também, um problema social. Isso lembra o paradigma de que não é possível produzir saúde se considerá-lo um campo neutro e ideal. A paisagem humana não é neutra, muito pelo contrário, é rica em elementos variados. Sendo assim, reflete-se sobre a inter-relação entre vulnerabilidade social e adoecimento oncológico, onde um produz o outro, em planos de imanências. A história de Luíza vem afirmar que não é possível fazer cuidado em saúde sem percebê-la atrelada ao contexto social e econômico que se insere.

5.4.4 Luíza e a produção de redes de cuidado em seu território comunitário

Diante de um cuidado hospitalar restrito e centralizado na doença, concomitante ao abandono por parte da atenção primária, surge na pesquisa outras redes de cuidado que produzem vida, saúde e que acolhem Luíza desde a descoberta até a sua reabilitação: suas relações familiares com sua filha e sua companheira; e o vínculo de Luíza com a sua religiosidade atrelada a um sincretismo religioso entre o catolicismo e a umbanda.

Na cartografia, a intuição faz parte do processo de pesquisar. Foi perceptível a constância das três mulheres - Luíza, sua companheira e sua filha - presentes e participantes, de forma conjunta, em todos os encontros que aconteceram. Parecia que existia, ali, detalhes de vidas veladas, que não conseguiam se expressar livremente no coletivo. E, assim, no último encontro, aquilo que era silêncio, virou palavra; a intuição se transformou em ação e o simbólico em ato. Segue a conversação sobre a relação com sua companheira que gira em torno do seu processo de cuidado oncológico:

Você quer saber é dos detalhes da minha vida , não é? Quando você disse que queria conversar só comigo, eu já sabia o que você queria saber. Então..(pausa).. eu já tive muitas experiências na minha vida. Tive experiências com o masculino e aí eu tive quatro filhos e só ficou comigo a Liliane. Mas eu também tive experiências com o feminino. A Maria é minha companheira, a gente vive juntas há 27 anos. Eu morava em outro bairro e ela me chamou para vir morar com ela. Então eu vim, passamos muito tempo juntas. Hoje a nossa relação acabou. Na verdade, antes de adoecer, eu já queria ir embora, não fazia mais sentido pra mim o relacionamento, eu queria só a amizade dela. Mas aí eu adoeci. Eu já tava indo embora quando ela disse: Fica, que eu cuido de você. E, desde então, eu não sei se eu fiz a escolha certa ou errada, mas faz cinco anos, desde quando eu adoeci, que a nossa relação é assim, de amizade, de cuidado. Eu não tenho nada a reclamar, ela sempre cuidou de mim, é a única pessoa que se importa comigo. Mas se eu pudesse escolher, eu teria minha casa, meu cantinho, para tentar viver a minha vida. Eu ainda tenho muito o que viver. Ainda sou nova, renasci depois de ter passado e vencido a radioterapia e a quimioterapia. Eu quero muito ainda viver, mas acho que aqui não dá certo não. [...] Mas tudo isso que te falei, é segredo, ninguém sabe, é um segredo. Não falo sobre minha vida pra ninguém [...] Meus médicos não sabem, meus vizinhos não sabem, ninguém sabe [...] Sei lá, tenho vergonha [...]

(LUÍZA).

Foi possível conhecer a multiplicidade em Luíza, conhecendo as linhas do desejo que traçam a sua sexualidade envolvendo sua relação com o movimento de

ser mulher, ser mãe e ter uma companheira, vivendo um relacionamento homoafetivo.

A pesquisa chega a égide máxima. Talvez, pela primeira vez, Luíza pôde falar sobre sua vida, seus anseios, suas angústias, seus medos. Em um discurso livre, aquele encontro se transformou em uma potência de vida. Caminhando, lentamente, foi-se conhecendo os fios que costuravam a vida de Luíza, de Maria e de Liliane. É marcante a fala da usuária ao relatar a transformação do seu vínculo com Maria, tendo como pilar de união, o câncer. As duas narram como se dispõem ao estar vinculadas com Luíza:

Eu deixei de viver a minha vida pra cuidar dela. Disse pra ela não se preocupar que o que eu pudesse fazer pra ela não morrer (choro)... Eu faria. É tanto que eu adoeci, tenho hérnia de disco na coluna e nem procuro me cuidar. Na época da quimio, eu passava de três a quatro dia seguidos sem dormir, por que ela sentia tanta dor e eu aqui do lado dela, sem saber o que fazer, mas ficava acordada direto. Hoje eu me sinto cansada. Carrego a casa nas costas, mas faço tudo pra ela tá bem. Eu não sei o que é isso, não sabe? Se é amor, sei lá. Quando as pessoas me vêem dizem que eu deixei de viver pra cuidar da Luíza, mas eu sou feliz assim, vendo ela feliz. (COMPANHEIRA).

Eu não faço praticamente nada. Fico só em casa, ajudo nas coisas de casa, por que minha mãe não pode pegar peso, né. Aí ajudo no que tem pra fazer. Tenho nada a dizer sobre isso não. Ela sabe meu jeito, sou calada mesmo e ela respeita, e ajudo do meu jeito e eu sei que ela aceita assim (FILHA).

A linha do cuidado é muito tênue, entre o cuidado de si e o cuidado do outro. Maria, a companheira de Luíza, adoeceu ao se dedicar ao outro e esquecer de si. E mesmo assim, essa linha do afeto é visto como positivo, trazendo felicidade à Maria. Liliane nos chamou muito atenção. É uma adolescente extremamente silenciosa, tímida, com dificuldade de se expressar. E na dinâmica do cuidado, ela ocupa o lugar da que cuida da casa e considera que de forma indireta essa também é uma forma de cuidado com sua mãe.

Percebia-se que à medida que íamos a mais encontros na Ilha Proibida Luíza estava melhorando de saúde e Maria e Liliae adoecendo cada vez mais. Existia ali uma recusa e uma resistência em procurar cuidados em saúde. Parecia que se elas fossem se cuidar, seria uma forma simbólica de abandono de cuidados à Luíza, que já tinha se firmado há 5 aos em um devir que carecia de cuidado.

Ademais, o fato de Luíza constituir essa dinâmica familiar, com uma companheira e uma filha, ser um segredo é um ponto importante de discussão. Essa usuária não segue a norma heteronormativa, ela escapa dos padrões e essa fuga

não tem espaço para aparecer na sua rede de produção de cuidado oncológico. Levando tal situação para a discussão profissionais de saúde, perguntamos como era o cuidado às mulheres a resposta de uma enfermeira foi “Como assim? Não entendi. Assim, aqui tratamos todas iguais, independente de sua questão sexual, se são casadas, se não são” (ENF). A médica, em uma conversa informal ao explicar a pesquisa e suas interfaces com as questões relacionadas a corpo, gênero e sexualidade disse: “Não, não, não. Meu trabalho aqui é outro. Eu acompanho o útero, a mama, a parte clínica. Eu já cansei de aconselhar as mulheres sobre as práticas sexuais. Hoje em dia elas fazem o que até Deus duvida” (MED).

Com tais conversações ficou claro e evidente a recusa de Luíza em expor sua história de forma integral. Não há espaço. Entretanto, acredita-se nessa pesquisa que é de suma importância, principalmente quando se trata de saúde da mulher e tratamento de câncer de colo uterino e de mama que exista um conhecimento sobre as linhas que compõem a sexualidade de cada mulher, além de ratificar o compromisso com a produção da diferença na história singular de cada usuária e, por isso, a necessidade de serem tratadas de forma única e não em igualdade.

De fato, ter câncer mudou a existência de Luíza, suas conexões afetivas e seu cotidiano. Houve um antes e um depois do acontecimento de adoecimento oncológico na vida de Luíza. Sobre sua vida social ela afirma “Antes eu gostava de sair para beber, conversar com as amigas em um barzinho. Hoje, meu único lazer é ir pras festas da umbanda e assistir televisão” (LUÍZA). Hoje, a única coisa que lhe traz alegria são as festas religiosas. No mais, vive de forma mais isolada socialmente, sem vínculos nem atividades comunitárias.

O rizoma da usuária-guia se desenhou com conexões alegres e tristes, visíveis e invisíveis, aparentes e ocultas.

5.4.5 Luíza e o encontro com o sincretismo religioso: força, fuga, vida e movimento

Um dos encontros se deu no quarto de Luíza. Havia, ao lado de sua cama, uma estante coberta com panos de cetim, branco e azul. Ao capturar tal imagem, Luíza foi indagada sobre o que estava encoberto, e como resposta: “Ali são

meus escudos, minhas fontes de proteção. Todos os meus protetores estão ali. São Jorge, Pomba Gira, Nossa senhora da Conceição. Tudo, tudo que me protege e me cuida” (LUÍZA). Luíza abriu a cortina e foi possível ver um colorido de crenças.

Houve o despertar de interesse em saber a relação entre suas crenças e trabalhos na umbanda relacionados ao câncer. Na fala de Luíza “Eu tenho certeza que foi a minha fé que me curou. Os meus santos e a pomba gira são meus guias, me acompanham sempre, na saúde e na doença”. Percebe-se que a crença religiosa ali era forte, parecendo um elemento caro à dimensão da produção do cuidado.

Narrar as experiências de cuidado oncológico de Luíza é anunciar o que existe no silêncio. Luíza conta que seu primeiro impacto foi com o diagnóstico: “Meu Deus, ali eu pensei que iria morrer. Eu chorei tanto, tanto” (Luíza). Nesse momento, no encontro com a usuária-guia, as lágrimas escorriam em seu rosto de forma tímida e sensível.

A desdoberta foi tardia, a neoplasia já se encontrava em estado mais grave e não foi possível fazer cirurgia, realizando apenas tratamento de quimioterapia e radioterapia. A Usuária conta que após as sessões tinha dias que desejava morrer para acabar de vez com o sofrimento, mas conta que “Foi com o ajuda dos meus dois médicos, da minha companheira, da minha filha e principalmente com a minha fé em Deus e em Nossa Senhora da Conceição que eu consegui passar por tudo isso e contar hoje a minha história” (LUÍZA). Vale lembrar que a religiosidade passou a fazer parte de forma mais intensa na vida de Luíza apenas depois do seu adoecimento oncológica.

Diante dessa narrativa, percebe-se quantos territórios se inter cruzam no cuidado à saúde de luíza, desde o aparato médico, perpassando pelo apoio familiar e privilegiando sua conexão espiritual. Há, então, a possibilidade de coexistência entre práticas de cuidado tão diferente uma das outras. Quando Luíza diz “A minha fé me curou” aparece um outro território que cuida, além dos cuidado clínico-médico-hospitalar: o campo espiritual, sua fé e sua forte ligação com as suas crenças e seus rituais simbólicos.

Nos primeiros encontros, a maioria de suas frases remetia-se à Deus ou à Nossa Senhora da Conceição. Até então, não se sabia de forma concreta como se interligava o cuidado em saúde com suas conexões religiosas. Porém, não havia como ir à casa de Luíza e não se afetar com os elementos simbólicos espalhados

nas paredes de sua sala: a figura do Papa, junto ao quadro de Nossa Senhora da Conceição e, ao lado, a foto de uma mulher vestida de preto e branco, a Pomba Gira. A captura da figuração da casa de Luíza produziu nos pesquisadores uma afetação que despertou o interesse de aprofundar nos territórios subterrâneos de cuidado oncológico de Luíza.

Por que subterrâneos? Luíza, depois de três encontros consegue falar, ainda de forma tímida, que além do catolicismo pertencia a religião umbandista, encontrando-se, dessa forma, mergulhada na experiência do sincretismo religioso. Essa questão foi mais aprofundada quando percebeu-se que havia, ao lado de sua cama, uma estante coberta com panos de cetim, branco e azul (as cores de Nossa Senhora da Conceição).

Ao capturar tal imagem, Luíza foi indagada sobre o que estava encoberto, e como resposta: “Ali são meus escudos, minhas fontes de proteção. Todos os meus protetores estão ali. São Jorge, Pomba Gira, Nossa senhora da Conceição. Tudo, tudo que me protege e me cuida” (Luíza). Luíza abriu a cortina e foi possível ver um colorido de crenças que, segundo ela, estão cobertas por que a proteção precisa ser recíproca. Eles a protegem dando saúde e possibilitando-a a vida. Ela, os guarda em sua casa cobertos com o manto protetor de Nossa Senhora da Conceição, que para ela é a guia, a representante do Orixá feminina Oxum.

Além disso, é necessário uma outra forma de reciprocidade e gratidão pela cura e pela saúde. É preciso que uma vez por ano Luíza realize seus trabalhos, ao dançar na festa. Ela me explicou que os rituais de dança na Umbanda acontecem quando todos se dispõem de forma circular. A dança é uma forma de oração corporal, uma prece em movimento, que promove harmonia entre espírito, mente e corpo, como uma forma de canalização de energias transcendentais do mundo espiritual e externando-as na dimensão material.

Só a partir dessa aproximação que foi possível compreender a correlação entre sua religiosidade e sua saúde: “Eu devo gratidão à minha Nossa Senhora da Conceição que eu tenho muita fé e a força que a Pomba Gira me deu nos momentos mais difíceis do tratamento”.

Por que o receio em falar da Umbanda? “Eu não costumo falar sobre minhas crenças. Todo mundo sabe, mas ninguém fala. Na verdade... Eu acho que o povo tem preconceito por que diz que é macumba e não é, eu levo muito a sério”.

A sua conexão com suas crenças religiosas produz subjetividade. Para Deleuze e Guattari, subjetividade refere-se, antes de tudo, a processos, no plural. Processos que se constroem inscritos nos territórios existenciais, que por sua vez, são constituídos em simultaneidade às configurações do social. Ou seja, a subjetividade é acima de tudo histórica. Nesse sentido, conforme observa Rolnik (1989), cada regime produz determinadas formas de subjetividade para conservação e operação daquele regime.

Onde se quer chegar falando sobre isso? As religiões de matrizes africanas sempre aconteceram de forma velada em territórios brasileiros. Por isso a relação do catolicismo com os orixás, pois era a forma possível da Umbanda ou Camdoblé se estabelecer como religiosidade nesse País. Esse modo de subjetivação cria modos de existência, como a de Luíza que vive de forma intensa o cuidado em saúde ligado aos seus rituais umbandísticos.

Vale ressaltar a institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS através do Ministério da Saúde. Andrade e Costa (2010) esclarecem que essas práticas valorizam recursos e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/doença/cura, enriquecem estratégias diagnóstico/terapêuticas e podem favorecer o pluralismo médico no Brasil. É a partir dessas práticas que o sistema público de saúde entrelaça os cuidados biomédicos aos campos de saberes e cuidados que desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento.

A religião na vida de Luíza é aquilo que é visto, é percebido, mas não é falado, por isso, dito que só pode existir em silêncio. É uma conexão que acontece de forma estigmatizada socialmente, e, portanto, velada, mas, mesmo assim, promove efeitos em seu corpo como um todo. Em meio a tais acontecimentos, ficou claro e evidente que a crença religiosa era viva, apresentando-se como um elemento caro à dimensão da produção do cuidado oncológico da usuária. Pode-se dizer que a relação entre Luíza e os rituais Umbandísticos são de promoção da saúde, tendo impacto positivo em sua vida e se constituindo como uma rede viva de cuidado, oferecendo cuidados terapêuticos, atuando a partir de seu repertório simbólico e real.

Em suma, os encontros com Luíza desdobraram novas formas de pensar e criar o cuidado oncológico. Foi possível perceber o misto de territórios de cuidado que ela atravessa, seja médico, familiar e/ou religioso. Os múltiplos contornos da experiência dessa usuária-guia ensinam que o cuidar é, acima de tudo, vínculo com aquilo que produz potência de vida.

Optou-se por desenvolver um estudo da religiosidade como dimensão do cuidado oncológico por ter sido um acontecimento inesperado no desenvolvimento de uma pesquisa cartográfica. Para Luíza – a mulher que norteia essa temática –, foi através de suas conexões religiosas que surgiu a possibilidade de caminhar e atravessar os diversos territórios da experiência oncológica, desde o diagnóstico à reabilitação, além do enfrentamento aos efeitos psicossociais em seu corpo como um todo.

Sentir a religiosidade como potência de cuidado foi uma vivência intensa, tanto para os pesquisadores, como para essas mulheres e, por isso, o interesse em desenvolver uma escrita criativa e reflexiva acerca dessas questões.

Na literatura científica, diversos estudos apontam o fenômeno da religiosidade no campo da saúde e também na seara oncológica. De forma mais abrangente, Alves et al. (2010) dissertam sobre a relação entre religião e saúde que atravessa passado e presente na constituição histórica do cuidado. Entretanto, na contemporaneidade, com a hegemonia do modelo de assistência médico-centrada pautada na perspectiva positivista, reduz o cuidado às evidências epidemiológicas e as investigações clínicas, onde se faz necessário lidar apenas com fenômenos objetivos, concretos e passíveis de mensuração, afastando-se das crenças no espaço de enfrentamento e cura das doenças. A religiosidade foi ocupando as margens informais e, por vezes, ocultas e veladas da produção do cuidado.

Além disso, pesquisas empíricas apresentam como resultados que a religião vinculada ao processo de cuidado tem seus aspectos positivos, quando potencializam o bem estar físico e mental, favorecendo a longevidade; e seus aspectos negativos quando a crença torna-se um fanatismo e aparece como a única forma de opção de cura, impedindo a vinculação a outras formas de cuidado, como os próprios serviços oferecidos pela biomedicina, a psicologia, dentre outras formas de cuidado (JONES, 2004; SUTHERLAND; POLOMA; PENDLETON, 2003).

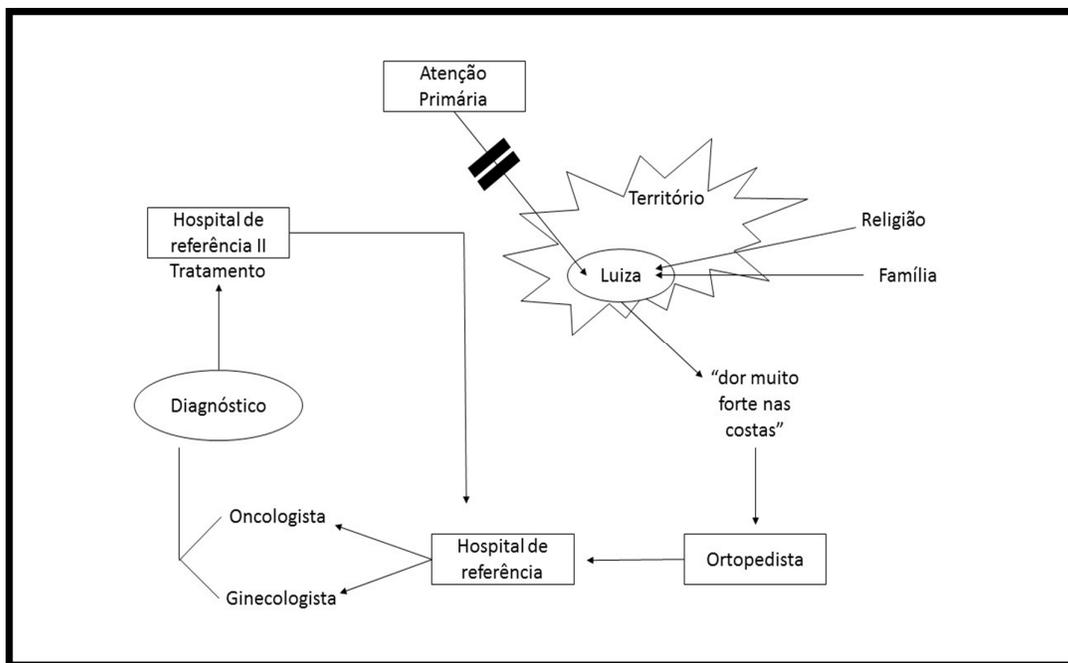
Na oncologia percebe-se a forte presença do denominado *coping* religioso no enfrentamento à experiência de ter câncer (VEIT; CASTRO, 2013). Este é

definido como as possibilidades utilizadas pelas pessoas para a preservação de sua saúde quando passam por situações que ameaçam sua integridade física e mental (STRAUB, 2005). A correlação religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida em pacientes oncológicas caminha por duas vias (MELO et al., 2015). Por um lado, pessoas religiosas pode desenvolver as estratégias de cuidados a partir de suas crenças religiosas ou por conexão com sua espiritualidade, o que viabiliza melhor qualidade de vida diante do tratamento. Por outro, a própria experiência do adoecer oncológico impulsiona e favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento do sofrimento.

A expectativa ao traçar a linha da religiosidade como forma de cuidado é de que se possa deixar registrado que o físico, o subjetivo, o intuitivo, o transcendente e o espiritual formam um só corpo e que, portanto, toda forma de cuidado que compreendam tais dimensões possa ser considerada diante dos princípios da heterogeneidade, da multiplicidade e da não-exclusão, que conformam o rizoma de criação da vida.

Em síntese:

Figura 11 – Fluxograma Analisador – Luíza



Fonte: Criado pela Autora

Como síntese, é visto com clareza do mapa elaborado conjuntamente as conversações discutidas nessa pista que a rede de Luíza é um retrato da centralização do cuidado na alta complexidade, com dificuldade de articulação com a atenção primária e os recursos comunitários de promoção de vida e prevenção à saúde. A produção do cuidado de Luíza, que envolve a família, a religião e a comunidade acontecem tangentes à rede protocolar preconizada na Rede Oncológica.

Além disso, coloca-se em pauta de discussão se a Rede Oncológica tem ferramentas para lidar com a mulher em sua singularidade, conhecendo-a e respeitando-a em sua diferença. Em suma, esse escrito trata-se de Luíza: uma mulher que nunca havia feito prevenção, que apresenta problemas sociais transversalizados no seu processo de cuidado, e que teve como fonte viva de cuidado o seu vínculo com a religião/espiritualidade e seu apoio familiar, além da produção de cuidado restrita ao âmbito médico-hospitalar de um oncologista e ginecologista de referência.

Essa pista finaliza alertando que existem várias “Luízas” inseridas na rede oncológica e são essas usuárias que vivenciam a experiência oncológica que convocam os protagonistas do cuidado à percepção dos gargalos existentes no processo de produção de redes de cuidado, convidando a quebrar os muros tecnoassistenciais e criar enfrentamentos pautados na ética da vida e não apenas na doença.

5.5. PISTA 5: “O CÂNCER ME TROUXE VIDA”: A REDE DE CUIDADOS DE MARIA

Participantes da cartografia de Maria (10):

- Maria – Usuária – Guia (1)
- Psicóloga – PSI (2)
- Fisioterapeuta – FISIO (2)
- Terapeuta Ocupacional - TO (1)
- Enfermeira - ENF (2)
- Assistente Social - AS (1)
- Técnica de Enfermagem – TE (1)

5.5.1 Quem é Maria?

Ao finalizar a apresentação da rede de cuidados de Luíza, essa pesquisa ainda tem por pretensão mapear a produção de vida e de cuidado em saúde de outra usuária-guia do SUS, doravante denominada Maria.

Como explanado na Pista 3, Maria foi escolhida para guiar a cartografia de mulheres com câncer em uma oficina agenciada por trabalhadores de saúde do Hospital Filantrópico de Referência Oncológica. A cartografia foi produzida com a participação de 10 pessoas, mediante 1 oficina com os trabalhadores de saúde componentes da equipe de cuidado oncológico da Usuária-Guia, 3 encontros com Maria, 1 encontro com a psicóloga e 2 com a Terapeuta Ocupacional. Todas as conversações se estabeleceram no Território Hospitalar. Faço um parêntese para emitir as impressões sobre esse Hospital, território rico de cuidado, saúde e formas de existências singulares:

Essa é a primeira vez que entro em um hospital oncológico em São Luís. Preciso transmutar em palavras as intensidade que se desdobraram em mim. O hospital, em sua entrada principal apresenta um movimento intenso. O entra e sai de pessoas é constante. O som é expressivo, mas sem estabelecer nenhuma forma ou conteúdo específico. Soam pessoas que se comunicam, entre risadas, conversas, choros, irritações, tudo acontecendo ao mesmo tempo. Ao primeiro dia que pisei nesse lugar capturei uma cena que ficou fixada em minha memória: uma mulher, com um lenço na cabeça, de batom vermelho nos lábios, passando nos corredores, acenando para os usuários e trabalhadores que avistava e saindo pela entrada principal do hospital. A sensação era de intimidade. Parecia que aquela mulher conhecia cada pedaço e cada pessoa que se produzia naquele hospital. Eu fiquei imaginando quantos dias, semanas ou meses aquela mulher estava ali e logo me veio uma encenação de imagem fantasiosa de como seria o seu primeiro dia nesse hospital. Aquela saída parecia um acontecimento tão esperado que provocou em mim uma sensação alegre, de liberdade, felicidade e esperança. Ela saiu, não a vi mais e continuei a esperar outros movimentos que me capturassem, enquanto eu esperava a psicóloga chegar para me apresentar o hospital e a equipe de trabalhadores (DIÁRIO DE CAMPO, 5 de maio de 2016).

A oficina com trabalhadores de saúde aconteceu em um salão onde se produzem eventos no hospital seja com trabalhadores, pesquisadores ou usuários/familiares. A articuladora foi uma Psicóloga responsável pelo setor de Recursos Humanos, pesquisa e educação permanente do hospital, que nos conduziu para esse encontro. Neste espaço, Maria é resgatada como um símbolo da diferença na produção do cuidado oncológico: “Falar sobre pessoas com câncer é difícil, né? Mas falar de Maria é diferente, traz uma sensação boa, gratificante, feliz” (ENF). Nessa oficina, a sensação que se teve é que Maria é uma usuária que, sem dúvida alguma, precisa ser desenhada como registro cartográfico nesse rizoma devir-mulher.

Logo após essa oficina, a Terapeuta Ocupacional, vínculo de referência com a usuária – guia, fez contato para convidar Maria a participar da pesquisa, marcando um encontro com os pesquisadores para a próxima viagem.

Maria é uma mulher de 32 anos, magra, parda, apresentando cabelo curto e de cor vermelha. Foi possível conversar com Maria por 3 vezes e a cada encontro, encontrávamos uma nova Maria. O primeiro encontro aconteceu com Maria e outra usuária do Hospital. Aconteceu no cenário hospitalar, em um espaço entre a sala de terapia ocupacional e a sala de atendimento psicológico. Este momento foi de um misto de sensações. Maria demorou a narrar sua história de vida, passou quase o encontro inteiro ouvindo o relato da outra usuária, de cabeça baixa e, por vezes, era possível ver as lágrimas molhando seu rosto.

Nesse primeiro momento, apresentava-se uma Maria triste, preocupada, muito mais conectada com suas vivências familiares do que com o momento que estávamos reunidos. Nesse dia descobrimos um pouco de sua história. A mesma morava com o marido e quatro filhos, em um contexto de vulnerabilidade social e de opressão familiar por parte do marido, da mãe e da sogra, tendo sua vida marcada por momentos de depressão, isolamento social e tentativas de suicídio, obtendo suporte para todas essas questões após a descoberta oncológica com o vínculo hospitalar, tanto com profissionais com com outras usuárias.

No segundo encontro, depois de dois meses, Maria estava ali com sua firmeza e sua coragem, se expressando através do seu desejo de entrar em contato com os pesquisadores para contar sua história desde seu tratamento em saúde mental em interface com a descoberta do câncer de mama, do seu pânico de jaleco/médico/profissionais de saúde, e sobre a importância da produção de cuidado oncológico lhe proporcionando novos modos de existir.

No terceiro, Maria mal pôde conversar conosco, mas nos convidou para participar da entrega de seu Jaleco, onde a mesma estava tendo alta como usuária e tornando-se cuidadora voluntária do Hospital. Nesse último encontro, as lágrimas eram de emoção e felicidade, tornando-se outra novamente.

5.5.2 Maria entre o sofrimento psíquico e o adoecimento oncológico

Antes de descobrir que tinha câncer, a usuária teve assistência por cinco anos no centro de atenção psicossocial, com modos de cuidado restrito à medicalização e atendimentos ambulatoriais. Ela começou a fazer tratamento após passar por um evento traumático, ao ver seu sobrinho ser assassinado em sua frente: “A partir daí eu comecei a ver a vida com um peso. Eu pensava que Deus não tinha sido justo comigo. Eu não saía mais de casa, só vivia pra cuidar da casa, do meu marido e dos meus filhos medo” (MARIA). A usuária passou a fazer uso de medicação, mas não tinha acompanhamento de profissionais pois não vinculava com o CAPS.

Descobriu que estava com câncer de mama após uma consulta ginecologista na Atenção Primária: “Fui fazer um exame de rotina, por que minha mãe vivia falando pra eu ir. Eu não sentia quase nada, só um incômodo, nunca imaginei que eu teria câncer (choro)” (MARIA). A mesma realizou os exames e ao

retornar a consulta, recebeu o encaminhamento para o Hospital Oncológico para realização de tratamento. Não foi dito de forma explícita que Maria estava com câncer: “A médica me encaminhou pro Hospital, ali ficou na cara que eu estava com câncer, mas eu não perguntei nada, só recebi o papel” (MARIA).

Mesmo sabendo da necessidade do tratamento, Maria não procurou de imediato o Hospital: “Eu fui encaminhada, mas eu tinha medo de tudo. Eu não andava sozinha e ninguém queria me acompanhar.” (MARIA). Só foi procurar cuidados quando sentia uma dor mais intensa em sua mama, o que atrapalhava suas atividades domésticas.

Pela rede viva, Maria foi ao Hospital em busca de uma pessoa conhecida da família: “Só fui procurar tratamento quando eu não aguentava mais, eu sentia muita dor, aí uma amiga da minha mãe pediu para que eu fosse ao Hospital Filantrópico e procurasse uma médica que era muito boa” (MARIA). Ao fazer o cadastro pelo SUS e entrar no sistema, foi possível marcar uma consulta para a médica de referência, mas Maria se recusava iniciar seu tratamento:

No começo eu faltava as consultas, eu chegava aqui e começava a me tremer e me dava uma vontade de chorar. Só em olhar para aquelas pessoas carecas, sofrendo e para os profissionais com aqueles jalecos. Ah, você não imagina como eu sofri ao ver aquelas paredes e aqueles jalecos brancos, tudo era branco e eu me sentia muito mal (MARIA).

Esse medo dificultava em tudo pois ela não gostava de ficar no meio de pessoas, tinha medo do jaleco branco. Corria, se escondia. Não se comunicava com a gente. Não falava nada de sua história clínica (ENF).

A partir disso, foi preciso construir estratégias para que Maria aderisse ao tratamento, pois “Ela dizia não ter coragem, principalmente de fazer a mastectomia. A gente entendeu que esse sofrimento dela era um pedido de ajuda e aí tivemos que nos organizar enquanto equipe para cuidar” (TO). Nas conversações, os profissionais colocam que poderiam simplesmente deixar de lado, pois estavam oferecendo o tratamento e a usuária é que estava se recusando. No entanto, havia um vínculo afetivo entre eles e Maria que impulsionava à corresponsabilização. As estratégias utilizadas foram:

A retirada do jaleco:

A primeira coisa feita foi a proposta de atendê-la sem jaleco. Esse contato para ela era assustador. Eu, a médica, a assistente social, a psicóloga a fisioterapeuta não usávamos Jaleco estando com ela (TO).

Psicoterapia:

Encaminhamos para acompanhamento psicológico com a psicóloga da equipe hospitalar mesmo, já que Maria dizia que não tinha vínculo com as

peessoas do Caps e era perceptível que os problemas dela com a família precisavam ser trabalhados para que ela pudesse se cuidar (AS).

Grupo de Mulheres de Mútua-Ajuda:

Apresentamos Maria a um grupo de mutua – ajuda de mulheres que estavam em tratamento oncológico, cada uma em estágio diferente mas com vivências parecidas. Lá elas falavam como era difícil no começo, a retirada da mama, a quimio, a radio, a queda do cabelo, mas também compartilhavam coisas boas, de superação de como elas passaram por isso e continuam se tratando. Esse grupo foi de extrema importância pra ela (PSI).

E o por fim, o afecto:

As pessoas até acham estranho quando eu digo, mas eu acho que o que fez com que Maria aceitasse o tratamento foi o amor, a dedicação e a paciência que a equipe teve. Não é em todo caso e nem toda equipe se abre pra ter todo esse esforço. Em meio a correria eu sempre tirava um tempo pra ouvi-la (TO).

Maria passou a ter um tratamento de forma integral nesse hospital oncológico, onde narra o estabelecimento de vínculo, de resgate da autonomia e de corresponsabilização do cuidado juntamente à equipe de profissionais- médica oncologista, psicóloga, fisioterapeuta, enfermeira e assistente social, tendo como vínculo de referência sua terapeuta ocupacional:

Ela é tudo pra mim. Eu chego aqui triste, chorando com os problemas de casa aí ela vem e me acalma, conversa comigo, me ouve. Eu sou muito grata não somente a ela, mas a todos os profissionais. Hoje eu sou outra pessoa graças a essas pessoas que tanto me apoiaram no momento mais difícil que já passei em toda minha vida após a morte do meu sobrinho. Aqui encontrei pessoas que me acolhem, que estão comigo, que se preocupam comigo. Elas me davam força para eu não desistir (MARIA).

Os profissionais narram a necessidade de implicação e criatividade para criar vínculo com a usuária e que a construção de uma terapêutica se deu no trabalho vivo em ato de forma singular. Nessa perspectiva, o trabalho vivo em ato cartografa os processos de trabalho com muitas conexões, que transitam por territórios diversos e assumem características de multiplicidade e heterogeneidade, formando, portanto, uma rede com potência criativa, que opera a partir de múltiplas conexões, fluxos e relações, e não uma estrutura que permanece rígida sob o império da norma (FRANCO; MERHY, 2013).

Diante da experiência narrada é possível percebê-la como fomentadora de relações de cuidado que afirmem a transdisciplinaridade de saberes, os vínculos terapêuticos e o protagonismo de cada ator do cuidado. A afirmação desses elementos citados podem servir como dispositivos para potencializar a construções de espaços de conversações entre profissionais, usuários, família e comunidade no tocante à promoção de saúde e resolubilidade da atenção.

Os afectos gerados no encontro entre a Maria e seus cuidadores no serviço oncológico, através da escuta qualificada, dos momentos de interação, das palavras de incentivo e de cuidado, foram produzindo novas formas de lidar com o seu contexto, sua vida e, por consequência, com sua saúde de forma integral, envolvendo seus aspectos psíquicos, orgânicos e sociais em relação ao tratamento do câncer.

Maria continuou tomando sua medicação mas se deu alta da psicoterapia pois “É com a Terapeuta Ocupacional que eu consigo me abrir, falar meus problemas e achar soluções.” (Maria). É interessante notar como essa Usuária-Guia rompe o protocolo ao afirmar suas linhas de força e de potência em territórios não necessariamente destinados pela norma.

O território hospitalar passou a ser o Território Existencial da Usuária-Guia. Por isso, quando Maria teve alta dos cuidados oncológicos, precisando retornar com pouca frequência ao Hospital, a equipe ficou com receio da quebra do suporte e de vínculo e, diante disso, convidou Maria a tornar-se voluntária, passando a oferecer cuidados a pessoas com câncer:

Hoje eu sou uma pessoa realizada, por que eu posso ajudar pessoas que passaram pelo mesmo sofrimento que eu. Eu olho assim pra minha vida e vejo como ela mudou, como eu mudei. E eu quero passar isso pras pessoas, de que é possível vencer o câncer, vencer os problemas e se tornar uma outra pessoa. As vezes as pessoas só precisam de uma palavra de ânimo e é isso que eu faço no voluntariado (MARIA).

A entrega do Jaleco foi o último encontro que tivemos com Maria. Foi um momento de muita emoção. Estavam presentes toda a sua equipe oncológica, outras usuárias, o diretor do hospital e outros convidados para a cerimônia.

Nas palavras de Maria:

Eu gostaria de agradecer a todas as pessoas que estão aqui participando desse momento e quero dizer que estou comprometida com a luta contra o câncer e a favor da vida. Um agradecimento especial à minha Terapeuta Ocupacional que é muito importante pra mim, ela é minha guia, meu escudo e minha protetora (MARIA).

5.5.3 O território hospitalar e os fluxos existenciais: “O câncer me trouxe vida”

Por fim, Maria fala que aproximação com a equipe de saúde, com outras mulheres que vivenciaram o câncer e, principalmente, a aproximação com o imaginário de sua finitude, lhes trouxe vontade de viver. Essa usuária rompe com a representação do câncer ligado apenas a morte, a dor e sofrimento: “Hoje eu digo

que eu não sou uma pessoa doente. Eu era doente antes de ter câncer, o câncer me curou, me trouxe vida” (MARIA). A Usuária explica que antes de ter câncer era uma pessoa “morta em vida” (MARIA), pois tinha uma baixa auto-estima, uma vida sufocada pelo relacionamento machista e patriarcal onde a mesma não vivia para si mas para cuidar da mãe, do marido, da casa e dos filhos.

No início, sofreu muitas humilhações, tornando-se submissa e passiva diante dessas situação, entretanto, com o decorrer do processo de cuidado e de conscientização da doença, de si e do outro a mesma torna-se inventiva em acontecimentos que tentam oprimí-la:

Com seu marido :

Ele dizia que meu peito era de plástico e que não iria mais ter relação com uma boneca, queria uma mulher de verdade e eu não era mais mulher por que eu não tinha mais peito de verdade. Aí minha TO disse: Maria, quantas mulheres não colocam silicone no seio? Você faz parte delas e nem por isso deixa de ser mulher. E aí teve um dia que eu disse para meu marido: eu não preciso da sua opinião, eu me acho bonita, linda, eu sou feliz e não é você que vai me diminuir.

Com a sogra:

Eu também dizia pra minha sogra quando ela falava preu não usar peruca por que não adiantava, todo mundo sabia que eu não tinha cabelo, mas eu dizia que eu estava me sentindo feliz com a peruca e iria colocar quantas vezes eu quisesse.

Com o vizinho:

Teve um dia que eu ia passando na rua, ainda estava de lenço e eu vi meu vizinho rindo de mim. Aí eu fui diretamente nele e disse: Você pensa que isso não machuca as pessoas? Não fique rindo, você não gostaria que fosse com você. Peça pra Deus pra você nunca ter essa doença ao invés de rir das pessoas que têm.

Maria considera que o processo de produção de cuidado a despertou para o auto-cuidado e para a conscientização das produção de afirmação de vida e de saúde:

E hoje eu sou vaidosa, pinto meu cabelo, me arrumo, só ando cheirosa, eu sou feliz. Quem olha pra mim e me humilha, eu não fico triste, eu peço é para Deus ter misericórdia (MARIA).

Relata que em meio a esse processo de cuidar de si sofreu perseguição familiar. O marido nunca a acompanhou ao Hospital, mas passou a segui-la ao sair de casa pois não acreditava que ela estava se arrumando para ir fazer tratamento oncológico, além de culpá-la pelo abandono da casa e dos filhos (na época um filho havia sido preso por tráfico de drogas). A sua mãe também não entendia tamanha mudança de sua filha, pois:

A mãe dela é muito religiosa, então ela dizia que se a filha estava doente, era pra ficar em casa, era como se a doença fosse uma penitência. E Maria,

cada vez que ela vinha ao Hospital era mais arrumada, mais feliz e sorridente. Aí a mãe dela começava a suspeitar que tava acontecendo alguma coisa e colocava coisa na cabeça do Marido dela (TO).

Mesmo vítima da opressão, do machismo e do sistema patriarcal que obriga a mulher a cumprir papéis sociais rígidos e identidade fixa atrelada ao seu corpo e a sua subjetividade, Maria tornou-se outra, ao criar novos modos de existência agenciada pelos desejos imanentes que emergiram no processo de cuidado oncológico.

O cuidar de si é uma dimensão extremamente importante na produção do cuidado. Para Foucault (2006), cuidar de si refere-se não somente a um ato, mas é visto como uma construção política e pedagógica e como produção de conhecimento de si e do outro, ao constituir-se em uma esfera relacional. É visto também como uma atitude e um modo de encarar a vida, de estar no mundo, de praticar ações e de ter relações com o outro, para que, apropriando-se de si mesmo, de suas vontades e de seus desejos, o sujeito possa relacionar-se com os outros e, conseqüentemente, cuidar do outro nas diversas formas.

Nessa trama, a partir da arte do cuidar de si Maria encontra o que Foucault (2004) discute a possibilidade de um cuidado ético-moral de si mesmo, orientado por uma estilização da vida, uma estética da existência:

Estas práticas devem ser entendidas como as práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta, como também buscam transformar-se. Modificar-se em seu ser singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo próprios de sua existência (FOUCAULT, 2004, p.198-199).

E é sobre essas transformações que a finaliza-se essa pista ao desenhar a percepção de cada profissional sobre as transformações de Maria ao fim do tratamento:

Hoje ela é uma pessoa totalmente diferente e mudou para melhor. Ela tem responsabilidade pela própria vida, hoje se cuida por que quer viver. Acredito que o próprio sofrimento que ela passava a impulsionou a lutar contra o câncer e a ver a vida de outra maneira. Ela já sabia o que era o sofrimento e a dor antes de conhecer o câncer (PSI).

Acredito que isso não foi só graças a nós, por que se ela não quisesse não haveria equipe melhor do mundo que a fizesse enxergar a vida de outra maneira. Ela mesmo era assim dentro dela, só não tinha espaço pra ser e aqui e após a doença ela encontrou esse espaço... de se expressar, de mostrar quem ela é (ENF).

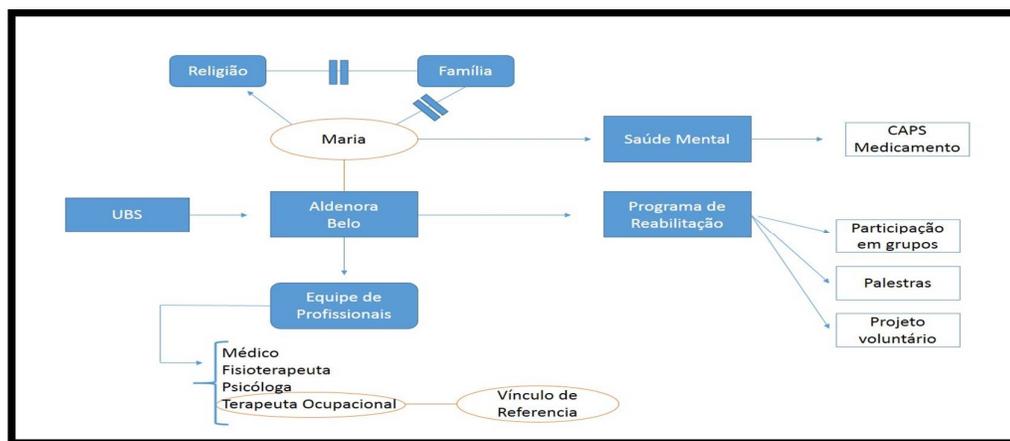
Eu sou muito grata a ela por ter me proporcionado essa felicidade de ver uma paciente tão bem depois de um tratamento oncológico. Não tem outra coisa a dizer não, Maria é realmente outra pessoa hoje (TO).

Ao conhecer todo esse processo, Maria fez despertar, no desenhar dessa pesquisa, a necessidade, o interesse e a teimosia em estudar realidades ignoradas, ocultas e invisíveis, como por exemplo, a condição feminina nos corpos sociais e o devir- mulher atrelado à experiência oncológica, sendo a formação de redes de cuidado os pontos intercessor para o criar de novos modos de existir.

Desse modo, assumiu-se nessa pesquisa um compromisso ampliado de produzir conhecimento, emaranhando-se não somente no processo de cuidado, mas na vida, como um todo, de Maria, pois a mesma vem lembrar que todo corpo conta uma história.

Em síntese:

Figura 12 – Fluxograma Analisador da rede de cuidados de Maria



Fonte: Criado pela Autora.

Ao conhecer os fluxos e os movimentos produtores de redes de cuidado, coloca-se em pauta de discussão a importância da dimensão do vínculo no fazer saúde, apresentando como linha de de força e de fuga a potência nos encontros entre a usuária e a equipe oncológica.

Mesmo diante de uma vida de opressão e vulnerabilidade, além de um tratamento cronicado no centro de atenção psicossocial e da necessidade de enfrentamento de um câncer de mama, a usuária Maria vem lembrar que é possível transformar o fazer saúde em um acontecimento que transforma a vida e produz novas formas de viver.

A experimentação de produção de rede de cuidado de Maria é um elemento caro a essa dissertação, pois essa cartografia reflete uma rede que se

constitui a partir da micropolítica do processo de trabalho, estruturado num território singular que produz saberes e práticas agenciados por campos de desejos específicos, operando sob as necessidades de Maria, tendo-a como um elemento central e ordandor da produção do cuidado. Por conseguinte, pode-se concluir com esse estudo que a lógica da rede é romper com a unilateralidade do processo de trabalho, tendo em vista que os sujeitos são seres desejantes e que a produção de cuidado acontece de forma múltipla e heterogênea (FRANCO, 2013).

Esse estudo arrisca em dizer que o próprio processo de adoecimento e cuidado oncológico surge em Maria como um acontecimento que transforma toda a sua vida. A produção do cuidado oncológico dessa usuária-guia tensiona o modelo fechado e rígido de rede de cuidado oncológico hegemônico, relacionado apenas ao cuidado à neoplasia, através de tecnologias duras.

Por fim, Maria demonstra que a potência de vida e a ética do cuidado transitam caminhos diversos, guiados por encontros vivos no fazer saúde. Esse estudo enfatiza a perspectiva de que mesmo em um campo marcado pela rigidez, a fragmentação e a preocupação apenas com uma parte do todo, somente forças criativas podem construir o novo.

5.6 PISTA 6: DEVIR-MULHER: SUBJETIVAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA ONCOLÓGICA

Para Deleuze (1997), todo devir é agenciado por encontros ou a relação de dois termos heterogêneos que se desterritorializam mutuamente. Não se abandona o que se é para devir outra coisa (imitação, identificação), mas uma outra forma de viver e de sentir assombra ou se envolve na nossa e a "faz fugir". O devir é já propriamente *imane*nte a todo o acontecimento do encontro e ao movimento que ele supõe. Mas afinal, o que pode o encontro?

A cartografia enquanto método, ao fugir de concepções individualistas, essencialistas, que concentram-se na conceituação de um sujeito identitário fechado em suas extremidades assujeitadas, surge como linha de força a disparar a conexão com a diferença em singularidade e em multiplicidade (SCHÖPKE, 2012), convidando a discutir o elo entre cuidado e vida, através do encontro e suas produções possíveis.

Primeiramente, é necessário desfazer a romantização do conceito de encontro, produzida de forma hegemônica na sociedade, onde o conceito de encontro resume-se a um plano piegas e reducionista, contemplando apenas uma face de um campo.

Deleuze (2002), ao elucidar sobre Espinosa, em seu livro “Espinosa, filosofia prática”, trata a discussão sobre os encontros, que operam inscritos num diagrama de forças onde uma pluralidade de linhas se conectam com outras linhas compondo redes rizomáticas, tendo o desejo como meio de produção de agenciamentos coletivos. Nesse sentido, o plano de produção de encontros opera por relações, transversalizando dicotomias, com ritmos e descentramentos, fabricando linhas de forças que afetam e modificam os corpos de maneiras plurais.

Desde os encontros que elevam nossa potência de agir, ditos por Espinosa como afetos ou paixões alegres, aumentando a perfeição do nosso corpo e nos fazendo vibrar como afirmação da nossa existência, que afirmam nossa multiplicidade, que fazem nossos outramentos se multiplicarem, linhas de forças que nos afetam, fazendo nosso corpo devir-rizoma.

Produzir encontros é produzir cuidado, onde o desejo se constitui como pura produção de realidades pulsantes, engendrando dobras singulares e desdobrando a multiplicidade da vida. Porém, existem também encontros que reduzem nossa capacidade de agir, nos despotencializam, negando nossos devires ativos e subtraindo nossa potência. Encontros que nos impedem de outrar, de nos pôr em movimento de transmutação, produzindo modos sedentários de existir.

Não há sentido em enclausurar o encontro num conceito fechado, mas captar como as linhas agenciadas que produzem modos de existir, sentir, falar, agir. Essa dissertação compôs cartografias que acompanharam as linhas que o desejo produziu nos encontros. É impossível, porém, prever, controlar, que encontros experimentaremos e que linhas atravessarão nossos corpos. O acontecimento é pura multiplicidade não programada, é pura diferença.

Essas cartografias de mulheres com câncer desenham, no mínimo, quatro linhas de encontros que fazem parte do mesmo rizoma. Refiro-me do encontro entre essas mulheres com o câncer; delas com o processo de cuidado e tratamento oncológico; delas com os produtores de cuidado oncológico, assim como do câncer com esses produtores. A multiplicidade desses encontros se desdobra entre novas narrativas que rompem e transbordam a identidade fixada de cada uma

isoladamente, produzindo heterogênesse. A mistura e o entrelaçar entre essas dimensões fabricam performances de novas/outras existências, sejam elas desvitalizantes e/ou vitalizantes, potencializadoras e/ou despontencializadora.

A cartografia de Luíza desenha encontros no processo de cuidado que capturam seus movimentos em devir. A relação normativa com seus cuidadores hospitalares são relações procedimento-centrado e profissionais-centrado, que aprisionam movimentos imanentes à sua vida e a sua existência, e que exigem o controle de seu corpo de acordo com o modelo e a norma a seguir. Tal modelo, quando refere-se à doença, por vezes é visto como vital para Luíza: “Ah, eles são muito importantes pra mim, eles guiam minha saúde, né? Eu sigo tudo que eles (médicos) dizem preu fazer. Faço exames, tomo a medicação correta, não falto consulta” (LUÍZA). Por mais que esse modo de cuidar seja restrito, Luíza o percebe como possibilidade de saúde, mesmo que centrado apenas no seu extremo oposto, a doença.

Mas a vida de Luíza é um rizoma, não opera guiada apenas pelo fluxo da produção clínica biológica do binário saúde/doença. Por isso, por outro lado, em outras linhas, esses mesmos encontros com os produtores de cuidado, desenham também sofrimento, diminuindo sua potência de agir, como a mesma se refere: “Mas assim, essas coisas da minha vida, que me fazem bem mesmo, ninguém sabe. A minha vida é como o meu santuário, só pode acontecer se for ali... Escondidinho, no silêncio” (LUÍZA). Transitando nesses territórios, na esfera da vida, da saúde e da doença, a usuária, em seu nomadismo, como desviante, se produz em encontros onde o desejo é afirmativo, tanto com seus médicos como com suas relações vivas com sua companheira e com sua religiosidade/espiritualidade ligada a crenças ubamdistas e o Devir-Luíza é incessante e imanente em todos esses processos.

O rizoma de Luíza faz intercessões que ora a fixa na norma, ora a torna transgressora, revolucionária, mesmo que as escondidas. E é sobre a impossibilidade de vivenciar seus fluxos existenciais de cuidado, de forma aberta e livre, que se deve ratificar a necessidade da discussão sobre gênero, sexualidade e corpo feminino no âmbito do cuidado em saúde a pessoas com câncer, que tem como modelo hegemônico, o controle social dos corpos, a biomedicina e o modo conservador de produção de gênero.

Há de se colocar como pauta de discussão a representação social e a construção social dos corpos femininos que se rompe com essas mulheres em

experimentações de devires desviantes, o que Del Priori (2009) caracteriza como o adestramento da mulher, a “santa-mãezinha”, vista como esposa, mãe e filha, tornando-se chave de um controle do sistema mental com o universo social, cuja função consistia em transmitir e reproduzir estruturas por intermédio de valores, ritos e comportamentos cotidianos.

Luíza, é uma mulher negra, em vulnerabilidade social, que vive relações que quebram a heteronormatividade e o conceito de família tradicional, além de transitar por territórios do cuidado entre o biomédico e o espiritual, ligado a uma religião estigmatizada pela sociedade. Esses estigmas tecem uma teia no ideal moral da sociedade e “...a luta que empreende o homem que quer viver livre, é uma luta contra a moral estratificada” (NIETZSCHE, 2013, p.17).

Já a cartografia de Maria apresenta o desdobramento de possibilidades de vida, de cuidado e de saúde a partir do entrelaçar de vínculo potenciais com o território hospitalar e o com o cuidado de si com os vínculos adoecidos em seu território familiar, com marcas do machismo, do sistema patriarcal estabelecendo a identidade feminina fixada a seu corpo biológico, principalmente as faces sexuais como nesse caso, a mama.

Quando a Usuária-Guia Maria diz: “O câncer me curou, me trouxe vida”, reflete não somente à doença em si, mas a positividade que surgiu a partir do processo em que ela se insere automaticamente com a descoberta do câncer. Maria trava o encontro com o câncer, com o estigma familiar, com a perseguição machista, mas também encontra-se com o apoio vivo da equipe oncológica, com outras mulheres mastectomizadas e, principalmente, um encontro consigo mesma e descobre possibilidades outras de devir.

Maria vivia em um modo sedentário e desvitalizante, onde seu corpo era auscultado, mapeado, interrogado e decodificado pela ordem social masculina, o que diminuía sua potência de vida. Ao conectar-se com o campo da singularidade se reinventou, “arrastando consigo todos os significados pré-fixados, onde o caos toma voz, o “fora” eclode e abala os alicerces do mundo sedentário” (Schöpke, 2012, p. 183).

Quando Luíza diz: “Ter câncer mudou minha vida” e Maria diz: “O câncer me trouxe vida”, ambas estão traçando histórias únicas e irrepetíveis, mas que em suas narrativas de si, desenham o encontro com o câncer atrelado à linha da vida

em movimento, em transformação, em modificação diante das marcas do câncer e da produção do cuidado oncológico em seus corpos.

Essas mulheres narram processos de subjetivações que afirmam que o processo de cuidado, através do estabelecimento de encontros, segue a dimensão em devir, haja vista que o cuidado oncológico caracteriza-se por ser processual e que não é pontual, nem linear, pois o câncer se inscreve no corpo de forma holística, de forma única, singularizada e que atravessa todo o campo do desejo entre a dor, a vida, a morte, o outro e a si mesmo. Vivenciar o câncer e os encontros com a produção e os produtores de cuidado foi, para Luíza e Maria, experimentações que se tornaram dispositivo de devir.

Acerca da discussão sobre o corpo com câncer, Deleuze e Guattari (1996), também enuncia outra dimensão fundamental para o entendimento desse estudo: o Corpo sem Órgãos (CsO), que sente, se afeta, que nasce da capacidade de se abrir para novas sensações, novas disposições, novos arranjos, permeado por intensidades, que não perde o devir, um corpo em acontecimento, e que se afastado daquilo que lhe potencializa a vida, perde sua capacidade revolucionária e adocece.

Portanto, a experiência de ter câncer é impactante e produz afecções múltiplas no corpo humano, abrangendo suas dimensões físicas, subjetivas, intuitivas e espirituais. Portanto, ter câncer é também um ato simbólico. Do diagnóstico à reabilitação, no imaginário coletivo a representação de câncer é a sua proximidade com a dor, o sofrimento, a morte e o morrer. Além da própria experiência concreta do tratamento, com mudança de hábitos de vida, incluindo as dimensões físicas, com os efeitos colaterais da cirurgia, quimioterapia, radioterapia e outros procedimentos; dimensões sociais, diante de uma maior dependência de cuidados de terceiros e mudanças na sua rotina social, referente à trabalho, lazer, etc. Enfim, ter câncer é um acontecimento que transforma vidas (OLIVEIRA; GUIMARAES, 2015).

É nesse contexto de multiplicidade e, ao mesmo tempo, de singularidade que emergem várias formas de produzir cuidado para além do aparato biomédico-clínico de assistência hospitalar. Inseridos em um processo de territorializar-se à experiência de vivência do adoecer oncológico, é possível perceber o corpo sofrendo afecções tanto biopsicossociais como macro e micropolíticas interligadas ao processo histórico de subjetivação de cada pessoa que vive o câncer.

Em meio a tudo isso, deve ser lembrado que falar de mulheres é falar de uma minoria política – não por se tratar de poucas, mas por ter uma representatividade pequena, estando à margem social - não posso deixar de lembrar a reforma democrática brasileira, os movimentos feministas e os movimentos queer que tornaram-se resistência a um modelo conservador social imposto. Esses movimentos serviram como dispositivo para entender qual lugar a sociedade pre-estabelece para mulheres, negros, trabalhadores, público lgbt, dentre outros, e para entender por qual motivo essa população torna-se tão suscetíveis a diferentes violências.

Na atual conjuntura política, depois de tantas décadas de luta, na macropolítica, o Ministério da Cultura, bem como o Ministério das mulheres, da igualdade racial, da juventude e dos direitos humanos foi extinto e vivemos um momento onde temos a menor representatividade da mulher no poder público. Esses movimentos fazem parte do processo do desenvolvimento social, mas surge a necessidade do devir-minoritário tornar-se resistente e se inventar nesse período truculento, afirmando sua existência nos corpos sociais, pois devir-mulher, acima de tudo, é resistir, criar e tornar-se outro/outra a cada rigidez que a máquina social e capitalística pretende impor. Sobre essa resistência, finalizo essa pista ao citar Nietzsche, que aponta a força da criação como dispositivo para a quebra dos paradigmas morais:

Reconheço e sempre disse que é preciso ser imensamente forte, ter mais força que um Leão, para vencer a resistência da cadeia imposta por forças dominadoras e deixar-se guiar pela própria consciência e criar para si uma moral autônoma, uma moral de homem livre (NIETZSCHE, 2013, p. 18).

5.7 PISTA 7: A MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE: A DIFERENÇA EM CONEXÃO

As experimentações narradas nessa dissertação, desde a disposição da composição dos mapas macropolíticos, no nível molar, às formações moleculares dos mapas móveis existenciais das usuárias – guias, expressam as intensidades e as possibilidades em que o devir se afirma como potência de vida imanente nas afecções dos encontros com o câncer, a produção do cuidado e o cuidado de si.

Para Guattari e Rolnik (1996, P.79) “a idéia de devir está ligada a possibilidade de um processo se singularizar”. Nesse contexto, uma das linhas do rizoma devir-mulher é fabricado pela construção micropolítica do cuidado, na qual “a micropolítica consiste em criar agenciamentos, que permita que os processos de singularizações se apoiem uns aos outros, de modo a intensificar-se, e não se deixar capturar por estruturações que bloqueiem tais processos”.

A última pista desse escrito vem a afirmar a importância da discussão sobre a singularização da produção do cuidado em saúde. Isso significa dizer que toda produção do cuidado, no limite, é singular, quando se considera a perspectiva da produção da diferença, que rompe com o modo de produzir cuidado pautada na “igualdade” e, portanto, generalizando as singularidades.

Para Deleuze (2006) algumas dimensões devem servir como norte para se fazer conexão com a diferença: fazer oposição às leis da naturalização dos fenômenos, que transformam as construções sociais em identidades fixas, verdadeiras, absolutas e naturais; oposição às leis morais, ao priorizar a ética e a estética da existência, tendo o pensamento para além do bem e do mal ; e por último, fazer oposição às generalidades, pois os processos de singularização privilegiam a universalidade do singular em detrimento das generalizações dos particulares.

Diante dessa seara, convém questionar:

Como operacionalizar modos produção de cuidado que se afastem de práticas de sujeição, dominação e exclusão direitos e, que pelo contrário, favoreçam processos de subjetivação, singularização, participação social e o empoderamento de mulheres com câncer enquanto protagonista de vida?

Convergem em seus estudos, Franco e Galavote (2010), Franco e Merhy (2012), Lima e Yasui (2013) que o modo de produção de cuidado que promove a potencialização dos indivíduos envolvidos é guiado pela lógica “territorial existencial”, a centrar-se na relação e aproximação entre os sujeitos sociais produtores de sentidos e significados. Isso quer dizer que é preciso operar, respeitando a dinâmica e a dialética da ontologia humana, para que se permita a expressão das diversas e diferentes subjetividades.

Os territórios existenciais possuem múltiplas dimensões e sentidos, isto é, processos singulares de formação, (des)construção e reconstrução de territórios, possibilitando múltiplos significados e interações com o mundo, diferenciando o agir diante da vida e, conseqüentemente, norteador das ações e práticas em saúde (FRANCO; MERHY, 2013; LIMA; YASUI, 2013).

Ainda sobre isso, estudos apontam que mesmo com a organização do cuidado em saúde no âmbito macropolítico, Franco e Merhy (2012) vem afirmar que o modo de produção do cuidado é irredutivelmente singular, à medida que se considera em seu plano constitutivo de agir a dimensão da subjetividade. Isso quer dizer que mesmo com padrões, normas e rotinas cotidianas de trabalho que todos devem seguir, o que se produz a cada encontro entre atores de saúde é diferente e único.

Reconhecer a subjetividade enquanto dimensão a ser avaliada e problematizada no desenvolvimento de modos de produção de cuidado, se faz necessário, pois se por um lado, os atores em saúde se permitem se reconhecerem em alteridades, considerando que toda e qualquer forma de subjetividade vale a pena ser vivida e respeitada, elava-se cada ator de saúde enquanto protagonista. Em contrapartida, se considera-se que há subjetividades que não podem ser expressas por serem erradas à normalidade social, privilegia-se o modo de ser destes sujeito enquanto alienados de si e tutelado a um outro que se julga superior (FRANCO; MERHY, 2012).

Advoga-se, dessa forma, o direcionar de uma produção de cuidado que crie fluxos e conexões que privilegie a ética do cuidado em saúde fazendo conexão com a diferença e se constituindo para prestar assistência para além da instituição de uma biopolítica, reproduzindo, dessa forma o trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

Para finalizar, inscreve-se aqui a última pergunta feita aos guias componentes das cartografias desenhadas: “para você, o que é cuidado? O que é cuidar? Você se sente cuidado(a)?”. Eis as respostas:

Engraçado... é difícil responder essa pergunta. A resposta vai ser bem piegas, mas acho que cuidar envolve amor. O que fez a diferença da equipe para cuidar de Maria foi trabalhar com amor, com paciência, com dedicação, entendendo que ela tinha uma história de vida difícil, cheia de problemas, então não tinha como ela aderir o tratamento facilmente. Nós que lidamos com pessoas com câncer todo dia, as vezes temos que desenvolver uma certa compaixão pelas pessoas que passam por essa doença (TO).

Eu quero dizer só uma coisa para todas as pessoas: se cuidem! Não tem coisa mais importante na vida do que se cuidar. É muito difícil chegar em um momento da vida que os outros deixam de viver para cuidar de você. Então, se cuidem, tenham sua casa própria, sua forma de independência que aí fica tudo mais fácil (LUÍZA).

Eu só posso dizer que eu me sinto muito bem cuidada. Eu fui tão bem cuidada que eu aprendi a me cuidar e agora a cuidar dos outros (MARIA).

Cuidar é um ato que demonstra que você se importa com muito com o outro, se importa em fazer um trabalho bem feito, e ver que a pessoa está conseguindo ficar bem e com saúde. As vezes, me sinto impotente diante de tantas dificuldades, mas eu afirmo com toda certeza, sempre existe uma saída, um jeito, conversando, conseguindo com outra equipe, as vezes brigando, lutando pelos direitos dos usuários, enfim, e desse jeito a gnt vai caminhando (ACS).

Em suma, essa dissertação reitera que a própria produção do cuidado pode tornar-se dispositivo que forma processos, traça mapas, cartografa, percorre terras desconhecidas em busca de compor redes rizomáticas que tem o usuários e suas necessidades como elementos norteadores. “Os dispositivos são como máquinas de fazer ver, de fazer falar o múltiplo, o plural (DELEUZE,2005).

As cartografias apresentadas a partir de análises rizomáticas não pode extrair um denominador comum que faça avaliações e comparações positivas e/ou negativas. Apresentaram-se aqui, os arranjos no cotidiano dos serviços de saúde e no cotidiano da produção da vida das pessoas, que ora é fabricado nos caminhos das redes de atenção à saúde, ora é produzido no nomadismo do usuário, extrapolando o que é preestabelecido e apresentando-se como redes vivas.

De qualquer forma, o mais importante nisso tudo é poder mostrar como as expressões de um mundo totalmente diverso daquele que é contruído imaginado pela representação classica, instituída por uma razão soberana e estatizante. O que é preciso capturar de tais experimentações é que as usuárias-guia Luíza e Maria convocam à reflexão de que o corpo com câncer é afetado e atravessado por múltiplas dimensões, sejam políticas, históricas, físicas, sociais, econômicas, objetivas e subjetivas. Nesse sentido, urge a necessidade de produzir conversações acerca da perspectiva do encontro do cuidar como dispositivo para a compreensão e facilitação de processos que produzam agenciamentos na integralidade da existência, fabricando, dessa forma, possibilidades de devires.

Portanto, enfatiza-se que a produção do cuidado pode ser ferramenta para produzir vida e saúde, diante de uma lógica usuário-centrado, a saber que o

cuidado é uma produção agenciada por forças desejan­tes que se encontram em uma esfera relacional, através do estabelecimento de encontros com o outro e consigo. Lembrando que o cuidar é um acontecimento, e portanto, também é devir.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CARTOGRAFIA, PESQUISA E VIDA – LINHAS QUE SE ENTRELAÇAM NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Luíza e Maria referem-se à pesquisa cartográfica como uma possibilidade de narrativa de si através do encontro com o outro. Pela primeira vez, pessoas se interessaram em ouvir suas histórias, seus segredos e medos, suas angústias, alegrias e tristezas.

A possibilidade do encontro e o estabelecimento de conversações fabricou imagens do real e do simbólico que fazem parte do caminhar de Luíza e Maria na construção de redes vivas de cuidado em saúde. Os encontros desdobraram novos modos de pensar o cuidado integral, de forma a perceber as intercessões entre o cuidado oncológico, o cuidado em saúde e o cuidado de si atrelados a preocupação imanente com a vida.

Ao descobrir, conhecer e se misturar à história de Luíza e Maria em seus processos de devir, foi possível capturar o misto de territórios de cuidado que elas atravessam, seja médico, familiar, subjetivo, espiritual e/ou religioso. A produção do cuidado oncológico dessas usuárias-guia tensionam um modelo fechado e rígido de rede de cuidado oncológico, ligado apenas aos serviços de saúde. Em síntese, Luíza e Maria demonstram que a potência de vida e a ética do cuidado transitam caminhos diversos, guiados pelo afeto.

É preciso, ao findar tal escrito, ratificar a necessidade de luta por mais acesso à rede oncológica, desde a prevenção e promoção de saúde à reabilitação, e que as redes de cuidado abram espaço para a singularidade imanente à vida, a cuidar, efetivamente, de forma integral.

Essa dissertação teve a pretensão de desenhar pistas componentes do rizoma devir-mulher na micropolítica do cuidado. Algumas linhas se desenvolveram, outras, pelo tempo cronológico e existencial que se desenvolveu essa pesquisa, apenas iniciaram sua abertura, abrindo espaço para o realizar de novas pesquisas futuras. Algumas aberturas podem se destacar como possibilidade interessante a serem cartografadas no continuar inesgotável da produção do conhecimento. Dentre elas, algumas me chamaram atenção e faço questão de expô-las para o público científico.

A primeira abertura, se fez no que concerne à macropolítica, o pensar sobre a organização da rede oncológica e o lugar e o papel da atenção primária e

das intuições filantrópicas na atenção oncológica, pois a primeira foi vista discretamente, ainda tímida e sensível e a segunda citada aparece como central no processo de cuidar, sendo esse arranjo ainda centrado no modo hegemônico hospitalar.

A segunda abertura surge como provocação: a micropolítica do cuidado oncológico e suas interfaces com a saúde da mulher, urgindo como possibilidade cartografar os territórios na formação profissional – seja nos próprios cotidianos comunitários e de serviços de saúde, seja nas universidades e faculdades - e sua intercessão com as discussões sobre corpo, gênero e sexualidade. Como o dispositivo de formação em saúde está desenhando as linhas sobre esse assunto? Quem são seus atores? Eis o desafio a ser pesquisado.

Por fim, a última abertura surge na perspectiva de cartografar as possibilidades de redes de cuidado oncológica comunitárias, com o objetivo de explorar de forma aprofundada esse território tão rico e potente de vida, porém, desprivilegiado no campo oncológico, que por sua vez é tão demarcado pelo território hospitalar.

Cartografia e o Devir-Mariana

Escolhi iniciar e finalizar a dissertação me implicando e me misturando nas linhas produzidas no rizoma devir-mulher na micropolítica do cuidado oncológico. Escrevo o que me atravessa e misturo minhas formas. Escrever sobre essa temática e encontrar Luíza e Maria com suas respectivas redes de cuidados foi uma maneira de transmutar, de viver as outras faces da Mariana enquanto pesquisadora e psicóloga, enquanto pessoa e, principalmente, enquanto Mulher.

Não consigo finalizar esse escrito sem falar das transformações e subjetivações que se processaram em mim durante o desenhar dessa pesquisa. De maneiras perceptíveis e imperceptíveis, o meu corpo se atualizava a cada encontro, a cada descoberta, a cada desdobramento de possibilidade que se dava em nossas conversações.

O Devir – Luíza, por ser o primeiro a se estabelecer em conexão com o meu corpo, me ensinou a ser cartógrafa. Lembro-me da diferença da primeira e da última vez que entrei na casa de Luíza. Me sentia uma estranha em um território desconhecido, e por vezes, até invasora de uma vida privada. No último dia, depois do desenrolar dos vários fios que teciam a rede de Luíza, me senti agradecida pela confiança dada a mim de conhecer o visível, o invisível e o oculto da vida dessa

mulher – seus desvios, segredos, medos, felicidades, prazeres e alegrias. Luíza me fez perceber que o respeito ao silêncio, o olhar atento, o ouvir sem julgar e, principalmente, o desejo em aproximar-se do outro enquanto diferença são elementos primordiais na facilitação do cuidar. Luíza me fez acreditar que a sua fé e suas crenças religiosas são linhas potentes que lhe facilitaram a invenção da vida, tornando-se, portanto, linhas de cuidado. A filha e a companheira de Luíza me fizeram perceber que o cuidado está na ordem dos afetos e que nem sempre tem explicação ou justificativa. O taxista me fez refletir que tanto a leveza da solidariedade como a firmeza da postura combatente aos desafios comunitários são componente do processo de cuidar. A oncologista de referência de Luíza que se recusou a participar da pesquisa me fez aprender a lidar com o inesperado, a frustração, a dúvida ao se perguntar o porque dela não querer participar e, ao findar, senti o alívio ao perceber que a sua posição em não participar já desenhava uma linha dessa pesquisa. A enfermeira do posto de saúde, ao ser indagada sobre como é cuidar de uma mulher que teve múltiplos parceiros e atualmente tem uma vida homoafetiva e expressa em sua fala que trata todos iguais me remete que há urgência de discussão no campo da saúde coletiva sobre as perspectivas de cuidado em igualdade, equidade e diferença. E, por fim, não tem como não ressaltar as manifestações de preocupação e implicação da Agente Comunitária de Saúde, fazendo lembrar a todo instante que todos os personagens envolvidos nessa pesquisa são pesquisadores e que o conhecimento cotidiano seja na esfera comunitária ou nos serviços de saúde são um dos principais dispositivos de cuidado. Luíza, ao me contar seus segredos e fazer a conexão destes com seu momento de vida e de saúde, me fez lembrar que sou humana, mulher e que também tenho segredos e que são estes os que mais me impulsionaram a me implicar na temática do devir-mulher, e que ainda são segredos por limitações pessoais, mas que após essa experimentação com Luíza, ficou marcado em mim que a minha trajetória de luta continuará para que as mulheres, inclusive eu, possa se afirmar diante da vida com mais liberdade e menos segredos. Meu último abraço quis expressar à Luíza o meu muito obrigada e que eu saíria dali mais fortalecida e mais comprometida na luta de melhores formas de cuidado a mulheres com câncer.

E o Devir – Maria? Hoje, ao escrever sobre Maria, a minha cognição captura da minha memória experimental, de forma espontânea, o refrão da música “Boas Novas” do poeta e compositor Cazuzo:

Senhoras e senhores, trago boas novas! Eu vi a cara da morte e ela estava viva. Eu vi a cara da morte. E ela estava viva - viva! Direi milhares de metáforas rimadas e farei das tripas coração, do medo, minha oração. Na hora da partida, há tiros de vamos pra vida. Então, vamos pra vida (CAZUZA, BOAS NOVAS).

Essa música surge como criação após Cazuzza ter feito o tratamento para HIV/AIDS em Boston, nos Estados Unidos. Na época, HIV/AIDS era uma doença desconhecida e que oferecia grande risco à vida, estando diretamente ligada às subjetivações atreladas ao processo de morte e morrer. Resta-me dizer que, assim como o título emprestado da música de Cazuzza, o Devir - Maria me trouxe boas novas. Não somente ouvir, mas sentir, de forma única, seu choro angustiado no primeiro encontro, assim como sentir a mesma felicidade que Maria sentia após um ano de pesquisa e de tratamento oncológico, ao receber um jaleco como usuária protagonista do cuidado e voluntária do hospital foi metamorfofóico. Ouvi-la de forma silenciada, triste, surpresa, alegre e viva foi um convite, ou uma convocação, ou uma provocação em fitar as diversas caras da morte e, mesmo assim ou por isso mesmo, tornar-se viva e ir em direção à vida, tornando-se em si um corpo-vida. Maria me deu a honra de poder conhecer uma história que quebra a representação universal e social do câncer atrelado à morte. Ou melhor, Maria me fez perceber a potência de vida que há na proximidade com o imaginário ou a presença da morte. A equipe oncológica me ensinou o que era um cuidado integral, longe da utopia ou do romance que à palavra integralidade pode ser atribuída. A Terapeuta Ocupacional me fez refletir sobre o que é o amor enquanto afecção no processo do cuidado, quando a mesma afirma que o que fez a diferença no tratamento de Maria foi a forma amorosa da equipe em acolhê-la e cuidá-la. Enfim, múltiplas formas se desdobraram enquanto Devir-Mariana, mas uma linha é preciso afirmar: a Mariana mulher, psicóloga, pesquisadora, filha única e que carregava historicamente um modo de ser tímido, introspectivo, inseguro e, por vezes, descrente de si mesma, depois de ser atravessada pelo Devir – Maria tornou-se transformação à medida que percebeu o quanto a vida é finita e que precisa ser afirmada mesmo diante de desafios.

A cada linha, experimentei outras maneiras de sentir, falar e agir. Escrevo para não-ser-eu-mesma, para poder fazer a vida ser possibilidade e poder possibilitar à vida pluralizar. Quantos(as) outros(as) cabem no meu corpo após o desenhar das múltiplas linhas dessa cartografia?

Ao findar tal dissertação, encerro-me com outras formas, atravessada por vários devires, multiplicada por criações marcantes e, por fim, me abro para outras experimentações possíveis, implicando-me cada vez mais na luta pelo devir-mulher.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E. de. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.43 n. 4, out./dez. 1997.
- ALVES, Rômulo Romeu da Nóbrega. A influência da religiosidade na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, jul., 2010.
- ANDRADE, Gabriella Novaes de; PANZA, Ana Renata; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 10, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2011.
- ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497- 508, set. 2010.
- ARAUJO, Iliana Maria de Almeida; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 664-671, dez. 2008.
- AURELIANO, W. A. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 49-70, 2007.
- BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Fábio Bruno de. Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. **O mundo da saúde**, p. 511-518, 2008.
- BARBOZA, Tatiane Aparecida Venâncio; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, ago., 2005.
- BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer. **Revista Brasileira de cancerologia**, v. 51, v.3, p.267-275, 2005.
- BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**: a condição feminina e a violência simbólica. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Histórias da oncologia clínica no Instituto Nacional de Câncer**: INCA. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60p
- BRASIL. Ministério da saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439/GM**, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 76, Seção 1, p. 80-81, 09 dez., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.535/GM**, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 196-E, Seção 1, p. 53-54, 14 out., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/SAS nº 170**, de 17 de dezembro de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Atenção Especializada Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Nota de 09 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. **Portaria 1.473, de 24 de junho de 2011**. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, jun., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 170, de 17 de dezembro de 1993**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_esp_anhol.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2012

BRITO-SILVA, Keila et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, Apr. 2014.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 236 p.

CANESQUI, Ana Maria; BARSAGLINI, Reni Aparecida. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, maio, 2012.

CASARIN MR, PICCOLI, JDCE. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, m. 9, p. 3925-3932, 2011.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 11, p.1076-182, jan./mar. 2012.

COELHO, Marcia Sandre; SAMPAIO, Maria Suzana de Barros; PEREIRA, Eliane Ramos; MARTINS, Carla Castilho; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade; MEDEIROS, Cláudia Labriola. Mulheres mastectomizadas: uma proposta de cuidado de si com base nas concepções de Michel Foucault. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 4, n.1, p. 311-318, 2010.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

COSTA, Manuela Castilho Coimbra; TEIXEIRA, Luiz Antonio. As campanhas educativas contra o câncer. **História, ciência & saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, p. 223-241, July. 2010.

DA ESCÓSSIA, Liliana; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. **Pistas do método da cartografia**, 2009.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. São Paulo: UNESP, 2009.

DEL PRIORE, Mary; BASSANEZI, Carla. **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto/Ed. UNESP, 1997, 678 p.

DELEUZE & GUATTARI. "Como criar para si um corpo sem órgãos". In **Mil Platôs**. v. 3. Tradução de Aurélio Guerra Neto et alli. São Paulo: Ed. 34, 2008.

DELEUZE, G. **Conversações**. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição** . Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DELEUZE, G. **Nietzsche a e filosofia**. Trad. Ruth Joffily e Edmundo Fernandes Dias. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1976.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**: Capitalismo e Esquizofrenia(trad. Ana Lucia de Oliveira ... et al). São Paulo: Ed. 34, 2002 .

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

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

DELEUZE, Gilles. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, v. 4 . (tradução de Suely Rolnik). São Paulo: Ed. 54, 1997 176 p.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Introdução: rizoma. **Mil platôs**, v. 1, p. 11-38, 1995.

DELEUZE, G. **Foucault**. 5. reimp. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DUARTE, D. D. A. P. **Iniquidade social e câncer em mulheres**: análise da mortalidade por câncer de mama e colo do útero nas microrregiões de saúde de Minas Gerais no período de 2008-2012, 2016.

FERREIRA, S.M.A; PANOBIANCO, M.S; GOZZO, T.O; Almeida, A.M. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 835-42, jul./set. 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1**: a vontade de saber. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FOUCAULT, Michel. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos**. Ética, sexualidade, política. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 5. 2004.

FRANCO, Túlio Batista. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde**. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, Tulio Batista. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, supl.1, p.102-114, 2015.

FRANCO, Túlio Batista; GALAVOTE, Heletícia Scabelo. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: FRANCO, Túlio Batista. RAMOS, Valéria do Carmo. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, Túlio Batista; GALAVOTE, Heletícia Scabelo. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: FRANCO, Túlio Batista. RAMOS, Valéria do Carmo. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-63, 2012.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Émerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2, 2012. Disponível em:
<http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 15 mar. 2015.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Émerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

GASPARELO, Cláudia et al. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p.535-42, 2011.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias. **Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental**. Porto Alegre: Ed. Rede Unida, 2014.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

Instituto Nacional do Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

JONES, J.W. Religião, Saúde e Psicologia da Religião: Como a Pesquisa sobre Religião e Saúde nos ajuda a compreender a religião . **J Relig Saúde** v. 43, n. 4, p.317-328, 2004.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, July. 2011.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Diego Muniz; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; PINTO, Antônio Germane Alves; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

KASTRUP, Virginia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, v.19, n.1, p.15-22, 2007.

KRAHE, Inês Bueno; DA LUZ MATOS, Sônia Regina. Devir-mulher como diferença. In: **CONGRESSO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO**. 2010.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura e cuidado na atenção em saúde mental. **Linha mestra**, n.23, ago., dez., 2013.

MATOS, Maria Izilda Santos de. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. In: MATOS, Maria Izilda S. de; SOIHET, Rachel (Orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003. p. 107-127.

MELO, C.F et al . Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015 . Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 jul. 2016.

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulg. saúde debate**, n. 52, p. 153-164, 2014.

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

NASCIMENTO, KT; FONSÊCA, LC; ANDRADE, SS; LEITE, KN; COSTA, TF; OLIVEIRA, SH. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 23, n.1, p.108-114, 2015.

NIETZSCHE, Friedrich .**Vontade de poder**. Rio de Janeiro: Contaponto, 2008.

NIETZSCHE, Friedrich. **A genealogia da moral**. 4 ed. São Paulo: Vozes, 2013.

OLIVEIRA, Carolina Linard de; SOUSA, Francisca Poliana Alves de; GARCIA, Cíntia de Lima; MENDONÇA, Marta Regina Kerntopf; MENEZES, Irwin Rose Alencar de; DE BRITO JÚNIOR, Francisco Elizauo. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, 2010, p. 53-60.

OLIVEIRA, Pricilla Emmanuely; GUIMARAES, Sílvia Maria Ferreira. Vivências e práticas de cuidado de mulheres em processo de tratamento de câncer. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2211-2220, July. 2015.

PALOMBINI, A. L. et al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. 2.ed., rev. Porto Alegre: UFRGS. 2008. 143p.

PARADA, R. A Política Nacional De Atenção Oncológica E O Papel Da Atenção Básica Na Prevenção E Controle Do Câncer. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 2, 2008.

PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virginia. ESCÓSSIA, Liliana. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade .Porto Alegre: Sulina, 2015.207 p

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p.150-71.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.38, p.45-59, jan./jun. 2013.

RIBEIRO, Aline F.; SOUZA, Célia A. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 17, n.1, p. 22-26, jan./mar., 2010.

RIBEIRO, Maria das Graças Martins Ribeiro. SANTOS, Sueli Maria dos Reis. TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: uma abordagem focada na prevenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 483-491, 2011.

Rico, A.M; Iriart, Jorge A.B. Tem mulher, tem preventivo: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil - **Cad Saude Publica**, v.29, n.9, p. 1763-1773, set. 2013

RICO, Ana María; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, Sept. 2013.

ROLNIK, Sueli; GUATTARI, Félix. **Micropolítica. Cartografia do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1989.

ROLNIK, Sueli. **Cartografia sentimental**. São Paulo: Estação Liberdade.1989.

ROSA, Luciana Martins da; RADÜNZ, Vera. Itinerário terapêutico no câncer de mama: uma contribuição para o cuidado de enfermagem. **Revista enfermagem UERJ**, v. 21, n. 1, p. 84-89, jan./mar., 2013.

Santini, R. M., & Camelier, J. Devir mulher, sexualidade e subjetividade: aproximações entre Deleuze & Guattari e Pierre Bourdieu sobre a construção social dos corpos. **Revista Ártemis**, v. 19, 2015.

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

SCHOPKE, Regina. **Por uma filosofia da diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade**. Rio de Janeiro: Edusp, 2012.

SILVA, Sílvio Éder Dias da et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Revista escola enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 554-560, Sept. 2010.

SIMÕES, Érica de Nazaré Marçal Elmescany. Contribuições da arteterapia no cuidado com mulheres em tratamento do câncer de mama. **Revista da abordagem gestáltica** v.16, n.2, 2010.

SONTAG, Susan. **A doença e suas metáforas, AIDS e suas metáforas**. Tradução : Rubens Figueiredo/ Paulo Henrique Britto. São Paulo: Companhia das letras, 2007.

SOUZA, D.O; DA SILVA, S.E.V; SILVA, N.O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed. 2005.

Suely Rolnik: **Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

Sutherland J, Poloma MM, Pendleton B. religião, espiritualidade, e práticas de saúde alternativos: O Baby Boomer e Cold War coortes **J Relig Saúde**, v. 42, p. 315-338, 2003.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. O câncer na mira da medicina brasileira. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.104-117. 2009.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. O Controle do Câncer no Brasil na Primeira Metade do Século XX. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v.17, p,13-31, 2010.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco; HABIB, Paula Arantes Botelho Briglia. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 3, 2012.

VEIT, C.M; CASTRO, E.K. Coping religioso/espiritual e câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 14, n. 1, p. 1-22, mar. 2013 . Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 jul. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Gerentes)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDES DE ATENÇÃO BÁSICA À
 SAÚDE O CASO DA REDE CEGONHA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
GERENTES DE SAÚDE

O estudo pretende analisar como se dá a produção do cuidado na Rede Cegonha e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial, 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: Analisar a produção do cuidado na Rede Cegonha e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial. Mapear a produção do cuidado com gestante usuária de substâncias psicoativa na rede cegonha e de atenção psicossocial; Identificar a interação entre os dispositivos de cuidado nas redes de atenção à saúde; (Des)velar o itinerário da gestante usuária de substâncias psicoativa nas redes formais e Redes vivas na busca de cuidado.

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 Pompílio: (85) 997915089.

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

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Trabalhadores de saúde)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
PESQUISA: A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDES DE ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE O CASO DA REDE CEGONHA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TRABALHADORES DE SAÚDE

O estudo pretende analisar como se dá a produção do cuidado na Rede Cegonha e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial, 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: Analisar a produção do cuidado na Rede Cegonha e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial. Mapear a produção do cuidado com gestante usuária de substâncias psicoativa na rede cegonha e de atenção psicossocial; Identificar a interação entre os dispositivos de cuidado nas redes de atenção à saúde; (Des)velar o itinerário da gestante usuária de substâncias psicoativa nas redes formais e Redes vivas na busca de cuidado.

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 Pompílio: (85) 997915089.

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

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Usuários)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 PESQUISA: A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDES DE ATENÇÃO BÁSICA À
 SAÚDE O CASO DA REDE CEGONHA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

O estudo pretende analisar como se dá a produção do cuidado na Rede Cegonha e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial, 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: Analisar a produção do cuidado na Rede Cegonha e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial. Mapear a produção do cuidado com gestante usuária de substâncias psicoativa na rede cegonha e de atenção psicossocial; Identificar a interação entre os dispositivos de cuidado nas redes de atenção à saúde; (Des)velar o itinerário da gestante usuária de substâncias psicoativa nas redes formais e Redes vivas na busca de cuidado.

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 Pompílio: (85) 997915089.

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

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