

“Minha filha devolveu minha vida”:

uma cartografia da Rede Cegonha

Maria Raquel Rodrigues Carvalho^(a)

Maria Salete Bessa Jorge^(b)

Túlio Batista Franco^(c)

Carvalho MRR, Jorge MSB, Franco TB. “My child gave me my life back”: cartography of the “Rede Cegonha”. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(66):757-67.

The present study analyzed the protagonist role of health workers in healthcare systems in a capital city of Northeastern Brazil, through the coordinated work of the Rede Cegonha (“Stork Network”), Psychosocial Care Networks, and Redes Vivas (“Living Networks”). This was a qualitative and cartographic study about the experience of a pregnant woman who used drugs, and the participation of health workers in the studied territory, who were involved in her care process. Data collection and analysis was carried out using workshops, in-depth interviews, field diary, observation, and flow charts. The results showed the frailty of formal networks in providing comprehensive care to its users and the power of living networks as efficient spaces of care. The study presents a new perspective for thinking networks, and their access points and work flow.

Keywords: Health care. Pregnancy. Drug users. Crack.

O estudo analisou o protagonismo do cuidado nas redes de saúde junto dos trabalhadores em uma capital do nordeste brasileiro, por meio dos entrelaces da Rede Cegonha, da Rede de Atenção Psicossocial e das Redes Vivas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e cartográfica sobre a experiência de uma gestante que utilizava drogas, abrangendo a participação de trabalhadores de saúde do território estudado, envolvidos no processo de cuidado. Os instrumentos e as técnicas de análises utilizados neste trabalho foram: oficinas, entrevista em profundidade, diário de campo, observação e fluxograma analisador. Dos resultados alcançados emergiram a fragilidade das redes formais para o cuidado integral dos seus usuários e a potência das redes vivas como espaços eficientes de cuidado. O estudo apresenta uma nova perspectiva de pensar as redes, os seus acessos e os seus fluxos.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Gravidez. Usuários de drogas. Crack.

^(a,b) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Pesquisa e Inovação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campos do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60740-000. mkel.rc@gmail.com; maria.salete.jorge@gmail.com

^(c) Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. tuliofranco@id.uff.br

Introdução

Este artigo tem o objetivo de discutir a Rede Cegonha (RC) e Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com foco na produção do cuidado à pessoa em uso abusivo de drogas. Analisa o funcionamento das redes, entendendo-as no sentido amplo, ou seja, as redes formais e protocolares, assim como também as Redes Vivas (RV), reconhecendo que estas são criadas, também, por ação de trabalhadores e usuários.

Fez-se opção pela cartografia como forma de produção e análise de dados, pois se pretende analisar o funcionamento das redes, pensando as questões socioafetivas implicadas neste cenário. Ela possibilita dar visibilidade aos afetos, no movimento contínuo de produção do meio social, assim como a produção de si e do outro, no emaranhado das relações que atravessam o mundo dos usuários e sua interseção com o mundo.

O estudo elegeu uma gestante como fonte para produção de dados sobre a produção do cuidado no contexto das redes aqui estudadas. Denominada "usuária-guia", escolhida conforme critério da equipe de saúde, observando a recomendação para que representasse um "caso extremo", ou seja, um caso complexo por desafiar a equipe nos limites do conhecimento e da prática. A usuária "guiou" o estudo por meio de sua história de vida, desvelando sua experiência vivenciada em um momento singular: a gestação.

Em uma primeira aproximação da questão, observa-se que o Ministério da Saúde (MS) propõe a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o intuito de organizar os fluxos e os acessos dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). As RAS devem organizar-se a partir das necessidades de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: RC; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Raps e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Sendo assim, todas as redes foram transversalizadas pelos temas qualificação e educação; informação; regulação e promoção; e vigilância à saúde¹.

A RC, instituída pela Portaria 1.459/11, tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso; da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal; da assistência ao parto e puerpério; e da assistência à criança, com a finalidade de reduzir a mortalidade materno-infantil, pois tais índices se mostravam altos, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste². Já a Raps tem o objetivo de acompanhar pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS³. Tais redes formam o *corpus* de redes formais constituintes do objeto de estudo do presente artigo.

A RC representa as possibilidades de caminhos percorridos pela mulher, durante sua gestação, em busca de cuidados em saúde no SUS. Contudo, entende-se que uma usuária da RC não é apenas uma gestante. Ela é uma gestante com todas as singularidades e especificidades de uma pessoa na sua existência plena. Com isso, ela pode utilizar não só uma rede, mas uma multiplicidade de redes, na prestação do seu cuidado. Assim, para gerar um cuidado efetivo na população, as redes precisam garantir a conexão e fluxo dos usuários a todos os serviços que são necessários para o seu cuidado.

A importância dada pela usuária à rede que, concretamente, pode lhe proporcionar o cuidado, conforto e recursos no objetivo de reduzir seu sofrimento é fundamental para entender o funcionamento e identificar os dispositivos potenciais e as fragilidades do processo. As redes pensadas pelos protocolos com fluxo previamente definido são importantes para fazer a gestão do cuidado, mas insuficientes, pois trabalham com recortes específicos por área da clínica, sem prever o intenso cruzamento que existe entre elas.

Outro aspecto importante é o fato de os próprios trabalhadores produzirem suas redes de cuidado. É comum, em unidades de urgência e em outros serviços de saúde, a tentativa dos trabalhadores de conectarem suas redes de contatos profissionais, às vezes em outras unidades, para garantir a construção de uma "linha de cuidado" emergencial, não prevista, para o atendimento a uma necessidade imediata⁴. Há, aqui, uma clara demonstração da construção de novas redes por parte da própria equipe, que se utiliza de um autogoverno do seu processo produtivo, que lhe é facultado no seu trabalho vivo. Esse espaço é de governo do próprio trabalhador e, por isso, ele consegue, na

molecularidade das relações cotidianas de trabalho, operar conforme seus interesses, possibilidades e o sentido atribuído ao ato de cuidar.

As redes que são pensadas e organizadas por normas da gestão e aquelas que escapam a qualquer normativa (Redes Vivas), constituindo-se no ambiente da micropolítica do processo de trabalho, operam, ao mesmo tempo, na dinâmica da gestão do cuidado. Estas podem assumir diferentes e variados formatos, pois são construídas para atender a necessidades específicas, recortadas em um espaço e tempo singulares. Do mesmo modo que se formam, ganham força e características de cuidado a uma pessoa, ao atender ao seu objetivo – que seria o de garantir acesso, recursos e cuidado à usuária - essas redes podem, inclusive, desfazer-se de forma natural. Portanto, são redes que têm uma fluidez, maleabilidade, flexibilidade e uma existência efêmera, ou podem se instituir ganhando novos formatos no interior dos serviços de saúde.

Uma importante referência para esta discussão das redes vem de Deleuze e Guattari⁵, na perspectiva do conceito de rizoma. Os autores se utilizam dessa figura da botânica para fazer referência a sistemas abertos de conexões que transitam no meio social por meio de agenciamentos, isto é, produzindo novas formações relacionais sobre as quais se constrói o *socius*, meio social onde cada um está inserido.

Nesse sentido, tem-se como elemento importante para tomar como referência o fato de que a produção da rede é social, na qual o *socius* se constitui de relações entre pessoas, trabalhadores entre si e com os usuários. Sendo assim, esta construção é socioafetiva, revelando que se constitui em dobra, onde o meio influencia o corpo afetivo das pessoas, operando nele como dispositivo e este, ao mesmo tempo, atua intensamente na produção do mundo, constituindo-o como espaço de permanente produção social e de afetividade. A dobra é ilustrada pela fita de Moebius, na qual não há um “fora” e um “dentro” separados: eles se constituem em um arranjo no seu funcionamento, dinâmico e intenso, operando por potência dos corpos que estão e se encontram na cena do cuidado⁶.

Com isso, a produção da vida e do cuidado se dá, sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza e se produz de forma ordenada; ela acontece a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade⁴.

Para a caracterização de uma rede de saúde de feição rizomático, que opere na micropolítica do processo de trabalho em saúde e que tenha o trabalho vivo em ato como elemento centrado nessa atividade produtiva, essa rede, na sua operação, apresentaria as seguintes características: funcionar em conexões e fluxos contínuos – o que compreende a conexão de qualquer ponto da rede a outro e a heterogeneidade –; capacidade de convivência; pactuação; manejo de conflitos e alta capacidade de autoanálise; operar com a diretriz da multiplicidade – princípio associado à ideia geral de não exclusão, podendo cada um fazer conexões em várias direções e muitos outros sujeitos que estão, também, operando no interior do fluxo; ruptura e não ruptura – quando há o rompimento da rede e ela logo consegue se recompor em outro lugar, refazendo-se; e os princípios da cartografia, nos quais as conexões vão produzindo mapas, por meio dos fluxos nos quais transita a ação dos sujeitos singulares que aí atuam⁴.

Essas características são próprias das atividades cotidianas dos trabalhadores ao constituírem suas redes, pois lidam com o inusitado e o imprevisível. Isso os instiga a um trabalho criativo, no qual o seu principal recurso é a vontade, ou desejo, que funciona como uma força propulsora que os coloca em movimento. Isto pode ser associado a todo arsenal tecnológico que auxilia na produção do cuidado e que contribui para o manejo das situações que o desafiam. Portanto, percebemos que tudo acontece mediante o protagonismo dos trabalhadores e usuários, sem os quais as redes não aconteceriam. Neste sentido que se designam as RV, tais redes em acontecimento, hipertextuais – ou seja, às vezes são circunstanciais – montam e desmontam e, às vezes, tornam-se mais estáveis; porém, comportam-se, sobretudo, como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto, sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto⁷.

As RV não existem por si só. Elas são construídas pelos usuários em suas relações com os profissionais, com eles mesmos, com seus familiares, com a religião, com o mundo e com todos os seus dispositivos, assim produzindo conforto e apoio no seu cuidado. Nas RV, nada é pré-formatado

e seus personagens de produção são protagonistas. Ressalta-se que as mesmas não são contrárias à rede formal. Elas não se opõem e sim convivem e, em alguns momentos, quando a rede formal não funciona, as RV se instalam. Às vezes, elas são complementares e, em outras ocasiões, a rede formal nem existe, momentos nos quais só as RV funcionam. Assim, as RV vêm para adicionar no cuidado.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza a cartografia como ferramenta de análise. Conceitualmente, para os geógrafos, caracteriza-se por um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que ocorrem os movimentos de transformação da paisagem, diferentemente do mapa, que é a representação de um todo estático. Não só na geografia pode-se encontrar cartografias. As paisagens psicossociais são também cartografáveis, sendo este o processo de acompanhar e se fazer, ao mesmo tempo em que há desconstrução de certos mundos (sua perda de sentido) e a formação de outros⁸.

A cartografia se justifica por ser uma forma de produção de conhecimento, principalmente por se reconhecer no contexto de uma estética do conhecimento. Alguns autores^{9,10} consideram o conhecimento obtido pelos afetos como algo válido. Os efeitos do afeto no corpo-conhecimento tornam-no apto a certas ações no mundo, transformando-o em altamente potente para operar sobre a vida. Nesse sentido, nasce a "ciência intuitiva"¹⁰, que apresenta uma associação entre o conhecimento nascido na modernidade e reconhecido, de forma hegemônica, como "científico" e o conhecimento que se produz, com base nos efeitos dos afetos na pessoa. A "ciência intuitiva" revela uma nova estética do conhecimento que necessita, também, de novas ferramentas para sua construção⁹. Como visto, não há o intuito de descaracterizar o conhecimento dado como "científico", mas sim o de reconhecer sua insuficiência e a ele agregar novos componentes que consigam expressar a sua extraordinária complexidade, referente à igual complexidade que habita o mundo dos humanos.

Segundo Moura e Hernandez¹¹, os mapas podem ser pensados como objetos abertos por diferentes métodos, conectáveis e modificáveis, que se prestam a interpretações poéticas e incorporam valores culturais e crenças políticas ao figurarem e reconfigurarem o espaço. Como definem Deleuze e Guatarri³: "[...] 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" (pág. 22).

Com isso, encontra-se a primeira pista para o método da cartografia: cartografar é acompanhar um processo e não representar um objeto¹², sendo a tarefa do cartógrafo, segundo Rolnik⁸: "[...] dar língua para afetos que pedem passagem, deles se espera basicamente que estejam mergulhados nas intensidades de seu tempo e que, atentos às linguagens que encontram, devoram as que lhe parecem elementos possíveis para a compreensão das cartografias que se fazem necessárias" (pág. 23).

Este artigo aborda a experiência de uma usuária-guia gestante e usuária de drogas e de todos os personagens envolvidos no seu processo de cuidado. A pesquisa foi realizada em uma capital nordestina, cuja organização sanitária divide-se em sete distritos de saúde. A usuária-guia residia no distrito Centro e a pesquisa orientou-se pelos dispositivos da RC que foram ofertados a ela naquela região distrital.

Na produção de dados, foram utilizados vários instrumentos que possibilitassem um amplo e profundo conhecimento da usuária e de todas as conexões e fluxos de rede nos quais esta se inseria ou produzia. Para apreender os afetos e sua produção no meio social, foi necessário ter maior convívio com a usuária no território e com os outros protagonistas com os quais ela se relaciona. Assim, foi estabelecido um acompanhamento com usuária, por um determinado período, e o emprego de várias fontes de dados para obtenção das narrativas que revelassem seu cotidiano. Utilizou-se o caderno de campo para o registro factual de todas as experiências vividas no campo de pesquisa.

As estratégias-ferramentas usadas neste estudo foram, inicialmente, a participação em oficinas de trabalho, nas quais os trabalhadores falavam de suas impressões sobre o funcionamento da RAS e colocavam este caso em análise. Tais oficinas foram realizadas no período de um ano (novembro de 2014 a novembro de 2015), sendo em cada mês realizada uma oficina em um serviço diferente, perfazendo, assim, um total de 12 oficinas. Nesses encontros, contou-se com a presença de 92 participantes, entre profissionais de saúde e gestores. As discussões dos trabalhadores em situação de serviço e em relação à usuária serviram para demonstrar a íntima conexão entre trabalho e cuidado, com implicações no uso das ferramentas próprias para o ato de cuidar, protocolos, equipe, saberes estruturados e tecnologias de trabalho. Essa primeira abordagem criou uma ideia geral da questão do trabalho vivo, especificamente como elemento propulsor do cuidado, o seu principal dispositivo.

Utilizou-se a produção de narrativas por meio de entrevistas abertas com a usuária e pessoas do seu convívio, tomando os aspectos mais singulares de sua vida e a sua existência no mundo não como usuária, mas como pessoa plena, o que vai muito além da relação com a droga e com os serviços de saúde. Tornam-se mais visíveis os processos de subjetivação proporcionados pelo seu caminhar na vida e as experiências que isto lhe proporciona. Vêm à análise o efeito dos afetos que lhe são proporcionados pela experiência diária com o mundo da vida, assim como sua capacidade de produção de mundo, a partir da modificação do seu próprio corpo afetivo. Esse contato singular, próximo e contínuo proporcionou revelar a mecânica da produção de si e do mundo, ao mesmo tempo, como um processo que se encontra na produção do cuidado e nas redes.

Dessa forma, a produção dos dados deu-se mediante as informações emergentes das oficinas, realizadas com profissionais de saúde, momento que suscitou a escolha do caso-guia que, para tanto, utilizou-se de entrevista em profundidade com a usuária-guia e com os demais sujeitos envolvidos no seu processo de cuidado. Ademais, utilizou-se a observação participante em todos os momentos, bem como o diário de campo. Assim, a análise dos fluxos assistenciais e suas conexões, sobretudo o protagonismo da usuária-guia na construção das redes, fecha o ciclo de análise da produção do cuidado nas RC e nas Raps. A síntese da análise se encontra na percepção: i) do trabalho no cuidado à usuária; ii) na produção do seu corpo afetivo em relação com o meio social; iii) na produção das redes para o cuidado de si, o que combina as redes formais e as RV, produto do seu ativismo no próprio cuidado.

A pesquisa reconhece que os trabalhadores e usuários também produzem conhecimento, ou melhor, eles detêm um conhecimento sobre a realidade na qual vivem, sobre o problema de saúde com o qual estão lidando e também sobre os processos de cuidado em curso. Em contato com o pesquisador, esses aspectos da vida e do cuidado são revelados por meio das suas narrativas. Ao serem narrados, têm o conteúdo, o tom e a textura do narrador, ou seja, passam a ser originais ao serem repassados. Dessa forma, produzem dados. Trabalhadores e usuários produzem a pesquisa, também porque revelam um conhecimento por eles produzidos. São, assim, coparticipantes ativos e protagonistas, e não meramente objetos sobre os quais um pretense saber se coloca à frente para interpretar. O pesquisador se coloca ao lado destes para, juntos, produzirem o conhecimento⁹.

Em suma, a cartografia torna-se um processo no qual o cartógrafo não tem pressupostos, não tem roteiro, não tem método fechado, o que é diferente da forma convencional de produção. Conduzindo-se ao campo aberto, ao inusitado, não esperado, ao acaso para adentrar na experiência de vida do usuário-guia. Dessa forma, vão emergindo processos, diante do caminhar do pesquisador, junto com o usuário-guia. Surgem, também, algumas limitações no decorrer do estudo, como a não possibilidade de generalização dos resultados esperados, pois cada usuário é singular e sua história de vida torna-se única na suas vivências nas redes.

Para a apresentação dos resultados, optou-se pela autoria em terceira pessoa, dada a construção coletiva dos autores. Esse artigo é oriundo de um projeto multicêntrico que envolve vários estados brasileiros, desenvolvido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, sob o protocolo 560.597.

Resultados e discussão

A escolha

Ocorre à implicação dos pesquisadores dentro da própria pesquisa. Segundo Lourau (apud Romagnoli)¹³, "a implicação denuncia que aquilo que a instituição deflagra em nós é sempre efeito de uma produção coletiva de valores, interesses, expectativas, desejos, crenças que estão imbricados nessa relação" (p. 47). Os pesquisadores, oriundos de outros estados, foram levados a territórios, até então desconhecidos, sob novos encontros, submetidos a um deslocamento da "zona de conforto" doméstica e familiar. Isso faz com que o pesquisador tenha ferramentas para lidar com a pesquisa que vão além do usual conhecimento e referem-se, por exemplo, a: como entrar no território onde não se conhece ninguém? Como entrar nas comunidades? Como se vincular aos usuários-guia? Com isso, o processo tornou-se mais inquietante, dadas as tensões naturais de certa capacidade criativa, percepção de cenários e construção de redes de apoio.

A primeira visita ao *locus* do estudo foi realizada para o conhecimento do território e vinculação a pessoas para a pesquisa. Na ocasião, foi realizada uma oficina com profissionais de saúde da Atenção Primária, para apresentação da proposta da pesquisa.

Nos encontros subsequentes, os trabalhadores estavam colaborativos e uma agente comunitária de saúde (ACS) relatou vários casos em situação de cuidado na sua Unidade. Foi eleita pelo grupo de pesquisadores a seguinte problemática:

Usuária de drogas procurou o posto no fim da gestação. No primeiro exame deu positivo para sífilis. Encaminhada para a maternidade, a mesma não compareceu. O bebê nasceu. Foi feita a visita domiciliar quando já estava em casa, mas não fez nenhum exame do bebê pós-natal. A mãe da gestante informou que ela usava droga e foi orientada a retornar ao programa materno-infantil para realizar os exames.

A escolha por essa usuária-guia se deu por esta se apresentar com uma situação de cuidado de difícil manejo, gerando desconforto na equipe de saúde, pois a gestante era usuária de drogas, "pouco colaborativa" e se configurava como um caso de tensão entre os trabalhadores da rede de cuidado. Dessa forma, procedeu-se a busca da ACS no território para coletar mais informações sobre a usuária-guia citada anteriormente. Ressalta-se que a descrição e discussão da história de vida dessa usuária-guia foram sigilosas, bem como os dados dos demais participantes do estudo, razão pela qual todos os nomes aqui mencionados são fictícios.

A escolha de flores para nomear cada personagem da história da usuária-guia emergiu devido ao estudo ser referente, prioritariamente, à RC, que diz respeito ao cuidado materno-infantil, no qual muitas vezes a gestação remete à imagem de uma mulher florescendo para se tornar mãe.

A usuária-guia em (des)construção

Flor, 27 anos, primeira gestação, usuária de *crack*, fez uso desta droga na noite anterior ao parto. Passou toda a gestação na rua e não tinha contato com a família. Dona Lírio só descobriu que a filha estava grávida quando Flor estava com cinco meses de gestação. Flor chegou a fazer uma consulta pré-natal durante a gestação. Na ocasião, a enfermeira a encaminhou para a maternidade de referência no cuidado de gestações de alto risco do Distrito de Saúde em questão. No entanto, não houve tempo para pegar os exames de Flor, já que esta entrou em trabalho de parto assim que deu entrada no hospital.

Momento com Dona Lírio

A minha história é tão assim, eu acho que dá até um livro. Esse pessoal que é usuário de droga, sabe, é como se fosse uma praga esse negócio de droga. (Dona Lírio)

Nesse primeiro momento, verificou-se a fragilidade de Dona Lírio sobre o significado da droga em sua vida, pois ela sofria ao ver a filha nas ruas e ao tentar ajudá-la. Após o nascimento da neta, Dona Lírio voltou para casa e acabou enfrentando novos obstáculos. O seu marido e pai da Flor, que era alcoolista, voltou ingerir bebida alcoólica por conta do retorno da filha. Além disso, um sobrinho de Dona Lírio, que mora ao lado, consome *crack* na entrada de sua casa.

Ao solicitarmos entrevista a Dona Lírio, ela nos relatou episódios recentes de violência doméstica entre o marido e o sobrinho e nos pediu para que a nossa conversa fosse realizada em local alternativo. Em nenhum momento, relatou o caso de alcoolismo do esposo quando indagada sobre a família.

Flor fez uso da droga em todo momento da gestação, relatava que não queria a criança e que iria doar o bebê. Dona Lírio relata que Flor, aos 18 anos, pediu para sair de casa para trabalhar. Com ajuda da mãe, a garota conseguiu um emprego de babá e foi dispensada após dois anos de trabalho. Depois disso, Dona Lírio alugou um quartinho para a filha morar. A mãe não queria acreditar, mas foi naquele momento que Flor teve os primeiros contatos com drogas.

Nessas visitas à Flor, Dona Lírio percebeu sua gestação e tentou por várias vezes levá-la para fazer o pré-natal. Realizou uma consulta e, após dar entrada no hospital, acabou realizando parto normal na maternidade de referência municipal. Na noite anterior, Flor fez uso da droga.

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

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

Após o nascimento de Florzinha, filha da Flor do Cacto – uma criança, como a mãe sempre se refere, “saudável” –, esta “não teve nenhum problema por causa da droga”. No entanto, em nossos encontros, pudemos observar que Flor mostrava-se muito inquieta e com choro fácil. Flor deixou de usar drogas, não utilizou mais o *crack* e nem drogas lícitas, como o álcool e o cigarro.

Nesse contexto, pudemos verificar a importância da família que, mesmo em total sofrimento, ao ver seu ente sendo capturado pelas drogas, não se afasta, não foge desse cuidado. Outros estudos mostram a importância da família no contexto do *crack*. Reis e Moreira¹⁴ desvelam que a convivência familiar com um membro usuário do *crack* não é fácil, nem simples e gera sobrecarga para a família. Mesmo assim é possível que a família não abandone o seu familiar dependente do *crack* e deseje que a sua vida prossiga, da melhor maneira possível, para caminhos melhores e menos danosos. Assim, o amor fraternal se configura como algo que está muito além de qualquer conflito familiar.

Nesse prisma, emerge, novamente, a força das RV e o protagonismo de Flor nesse processo de construção, criando novas linhas para sair desse uso da droga. Flor não fez uso de nenhum serviço de atenção à saúde mental e em nenhum momento teve apoio dos serviços de saúde para questões referentes à abstinência dela ou da Florzinha, que ingeriu, indiretamente, *crack* durante o período intrauterino.

Momento com Flor

Tivemos o primeiro encontro com Flor. De início, um encontro de estranhamento. Flor, de um lado, com sua filha ao colo. Era impactante a forma como a segurava. Empaticamente era sensível à dimensão da proteção que se estabelecia no vínculo entre Flor e Florzinha. Do outro lado, estavam os pesquisadores sensíveis ao momento, mas, ao mesmo tempo, apreensivos por estarem diante de Flor e de sua filha; na verdade, por estarem diante da multiplicidade de

sensações advindas do novo, do estranho, do inesperado e do imponderável que iria emergir ali, na relação.

A conversa com Flor, de início, foi tímida. Eram respostas curtas, que, intuitivamente, pareciam reflexo do medo de falar. Flor mostrava-se muito distante e, em alguns momentos, ríspida, com respostas monossilábicas, não permitindo adentrar em sua história. Porém, ao fim do nosso primeiro encontro, quando estávamos saindo da sala, ela começou a conversar e nos convidou à sua casa para olhar o nome do médico que lhe atendeu no hospital, referindo ter sido "muito bem tratada, apesar...".

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

Significado da droga antes em sua vida:

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

Significado da droga hoje em sua vida:

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

Significado de sua filha:

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

A fala de Flor é muito significativa e revela que o nascimento da filha opera como um acontecimento, com alta interferência no campo da sua subjetividade. Há, na produção de afetos, um movimento no qual seus efeitos são incorporados, isto é, passam a fazer parte do seu corpo afetivo. Esses efeitos, chamados por Deleuze (apud Espinosa)¹⁵ de "afecções", são o resultado dos afetos aos quais o corpo se expõe e se modifica a partir deste encontro. Essas mudanças, que são contínuas, operam um processo de subjetivação, no qual há intensa produção de si e, a partir disso, Flor vai modulando sua relação com o mundo.

O uso de drogas, segundo Deleuze¹⁶, relaciona-se a duas questões estruturantes. A primeira, que toma o núcleo do desejo, interfere no "sistema-percepção", ou melhor, no percepto, tomando por referência as percepções internas e externas, ou seja, o campo afetivo na sua relação com o *socius*, onde, no espaço intercessor, (no "entre" corpos), o usuário se produz junto com todos que o cercam. A segunda se refere ao desvio, sendo que a primeira imagem que aparece são as "linhas de fuga", como possibilidade de ressignificar a realidade na qual se vive e, por decorrência disso, si mesmo. Aqui, o campo socioafetivo constrói possibilidades, entendendo as "linhas de fuga" como um processo de produção de si e do mundo, operando no campo das percepções, dos perceptos e dos afetos.

Nesses parâmetros se discute as diferentes formas de relação entre o usuário e a droga, nas quais é necessário desmitificar esta questão, como o faz Xavier¹⁷ ao afirmar, em relação ao *crack*, que "por volta de 20% a 25% que se tornam dependentes e os outros permanecem no padrão de uso recreacional". Depreende-se, daí, que uma grande maioria não está capturado pela droga e mantém seu núcleo de desejo conectado às várias fontes de prazer e felicidade do mundo que o cerca, operando uma percepção deste mundo em expectativas que ele mesmo controla. Nesse, movimento o usuário opera seus desvios, "linhas de fuga" de realidade com as quais seu corpo afetivo não compõe e ressignifica o mundo para dele fazer parte. É um movimento complexo, sensível, no qual o corpo afetivo opera em alta intensidade e significa o controle do usuário sobre a droga. O contrário, já estabelecido, é quando este núcleo de desejo é estruturado como a única fonte de prazer, na qual a pessoa se lança e é consumida em um movimento a partir do qual não há possibilidade de "desvio", pois opera neste caso uma captura do seu desejo, reduzindo sua capacidade de agir no mundo.

Observa-se que o nascimento da criança proporcionou um encontro de tal potência e afeto que suprimiram o corpo afetivo da mãe, repondo a fonte de alegria e proporcionando-lhe aumento da sua

força de atuar no mundo, ou seja, de sua força vital. Houve, assim, uma substituição do campo, que antes estava centrado no *crack* e que agora tem o centro na relação com a criança, o que lhe abre possibilidades de reconstituição dos vínculos perdidos. Recupera-se o elo perdido com o mundo da vida, o modo de existência e a possibilidade de expressão do seu corpo afetivo.

A frase “minha filha me devolveu vida” soa como a grande expressão de que aqui os papéis se invertem, ou seja, é como se a filha fosse a cuidadora da mãe. Mas como uma recém-nascida pode ser a cuidadora? Ora, o cuidado nesse caso opera pela força do seu afeto, pela intensidade na relação e pelos afetos que fluem no “campo de consistência”, que, segundo Spinoza¹⁰, é um campo que se constitui no “entre” os corpos que se encontram e nesse espaço – que não está no polo da mãe e nem na criança, mas especialmente no espaço de encontro – é onde tudo ocorre. Acontece a espetacular troca de afetos com efeitos poderosos nos corpos, de mãe e filha, ou seja, as “afecções” que inscrevem marcas profundas no corpo afetivo e as transformam em outras. Mudanças que operam no plano da subjetivação e passam a modificar a mãe, que passa a operar no mundo, também, de outra forma, pois já o percebe modificado. Nesse caso, observamos a Clínica dos Afetos¹⁸ como unidade conceitual para desvendar uma relação de cuidado que tem como base o encontro.

A rede de Flor é uma conexão das redes formais e vivas que ela produziu. Não há uma contradição entre elas, mas complementariedade. Porém, em alguns momentos, podemos visualizar a predominância de uma em relação à outra, pois se é verificado, nesse caso, a inexistência da Raps e a fragilidade de cuidados a usuários da saúde mental.

Observa-se que a rede de cuidados que se formou em torno da usuária e de seu problema de saúde conta com seu próprio protagonismo e o das pessoas presentes nessa rede, como os trabalhadores de saúde e a própria mãe da usuária. Esta rede constituiu arranjos de funcionamento com a usuária e produziu acontecimentos que tornaram possível um desfecho que se abrisse para novas possibilidades. Uma nova perspectiva de existência da mãe e da criança abriu-se a partir de um cuidado que teve, no centro, o encontro.

Reflexões finais

O presente estudo converge para reflexões presentes na construção de redes formais como a RC, a Raps e as RV construídas juntamente com a história de vida da pessoa e suas potencialidades. Assim, não se descaracteriza ou se reduz o significado de nenhuma das redes para o cuidado, mas sim se compreende tais redes como possibilidades complementares para um único fim: o cuidado.

Torna-se também importante destacar que o esforço empreendido pelos trabalhadores demonstra sua capacidade para o cuidado. Encontram essa possibilidade no Trabalho Criativo¹⁹, sendo este o elemento no qual o trabalhador é capaz de se desprender da servidão dos julgamentos, valores morais, religiosos ou qualquer outro e se coloca íntegro para o cuidado com o usuário. Desprovido de qualquer força retroativa ao encontro, o trabalhador se vê instituído de liberdade e pronto para atuar, tendo por referência o próprio encontro. Nesse cenário se investe toda sua potência e abre-se, então, para o possível protagonismo de usuários e trabalhadores, então fortalecidos no seu corpo afetivo pelo efeito dos afetos positivos que fluem na relação.

Evidente que não é só de afetos que se faz o cuidado. São necessários os instrumentos inscritos nas tecnologias do conhecimento e maquinaria. No fim, lida-se com o corpo afetivo e também com o corpo anátomo-clínico em um mesmo organismo. Destarte importa criar dispositivos como a educação permanente, para imprimir uma perspectiva de formação de novos trabalhadores, capazes de reconhecer a existência e capacidade operativa do corpo afetivo.

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

produz o cuidado, território da incerteza e, ao mesmo tempo, de uma espetacular potência de criação e realização.

Ressalta-se a necessidade de serviços de saúde conectados, rizomáticos, que não atuem de forma fragmentada, pois os sujeitos em questão são complexos e singulares, necessitando de um cuidado de forma integral.

Colaboradores

Os autores deste artigo participaram ativamente de sua elaboração. Dessa forma, Maria Raquel Rodrigues Carvalho realizou a revisão da literatura, coleta dos dados de campo, transcrição de entrevistas, análise e discussão dos dados, finalização do corpo do texto e formatação de acordo com as normas da revista. Maria Salete Bessa Jorge contribuiu na revisão de literatura, análise e discussão dos dados e na revisão e aprovação da versão final do trabalho. Túlio Batista Franco contribuiu na revisão de literatura; análise e discussão dos dados; e finalização do corpo do texto.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Redes prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
4. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 226-42.
5. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. 2a ed. São Paulo: Editora 34; 1995. v. 1.
6. Galamo RP. O Ensino da filosofia no limiar da contemporaneidade: o que faz um filósofo quando é professor de filosofia? São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.
7. Merhy EE, Gomes MPC, Sílvia E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Rev Divulg Saude Debate (Rio de Janeiro). 2011; (52):153-64.
8. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS; 2014.
9. Franco TB. A ética em pesquisa e a estética do conhecimento. Rev Bras Sociol. 2015; 5(3):203-13.

10. Spinoza B. Tratado da reforma da inteligência. São Paulo: Martins Fontes; 2015.
11. Moura CB, Hernandez A. Cartografia como método de pesquisa em arte. *Semin Hist Arte (Petrolina)*. 2012; 11(2): 1-12.
12. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2010.
13. Romagnoli RC. O Conceito de Implicação e a Pesquisa-Intervenção Institucionalista. *Psicol Soc*. 2014; 26(1):44-52.
14. Reis HFT, Moreira TO. O crack no contexto familiar: uma abordagem fenomenológica. *Texto Contexto Enferm*. 2013 [citado 12 Fev 2016]; 2(4):1115-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400030.
15. Deleuze G. *Espinoza: filosofia prática*. São Paulo: Editora Escuta; 2002.
16. Deleuze G. Duas questões. In: Campos F, Lancetti A, organizadores. *Saúde loucura*. São Paulo: Hucitec; 2010. v. 3.
17. Xavier D. A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento [Internet]. São Paulo: Caros Amigos; 2013 [citado 15 Dez 2016]. Disponível em: <http://www.carosamigos.com.br/index.php/politica/1087-entrevista-dartiu-xavier-a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento>.
18. Franco TB, Galavote HS. Em busca da clínica dos afetos. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 70-85.
19. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saude Soc*. 2015 [citado 9 Mar 2016]; 24(1):102-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1290201501009>.

Carvalho MRR, Jorge MSB, Franco TB. “Mi hija me devolvió la vida”: una cartografía de la Red Cigüeña. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):757-67.

El estudio analizó el protagonismo del cuidado en las redes de salud con los trabajadores en una capital del nordeste brasileño, por medio de dos entrelazamientos de la Red Cigüeña, de la Red de Atención Psicosocial y de las Redes Vivas. Se trata de una encuesta cualitativa y cartográfica sobre la experiencia de una embarazada que utilizaba drogas, incluyendo la participación de trabajadores de salud del territorio estudiado, envueltos en el proceso de cuidado. Los instrumentos y técnicas de análisis utilizados en este trabajo fueron: talleres, entrevista en profundidad, diario de campo, observación y diagrama de flujo analizados. Entre los resultados alcanzados, surgieron la fragilidad de las redes formales para el cuidado integral de sus usuarios y la potencia de las redes vivas como espacios eficientes de cuidado. El estudio presenta una nueva perspectiva para pensar las redes, sus accesos y sus flujos.

Palabras clave: Asistencia a la salud. Embarazo. Usuarios de drogas. Crack.

Submetido em 24/06/16. Aprovado em 12/12/16.

