

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
in cotutela con Università Federale Fluminense

DOTTORATO DI RICERCA IN
STORIE CULTURE E POLITICHE DEL GLOBALE

Ciclo XXXV

Settore Concorsuale: 14/B2 STORIA DELLE RELAZIONI INTERNAZIONALI,
DELLE SOCIETÀ E DELLE ISTITUZIONI EXTRAEUROPEE

Settore Scientifico Disciplinare: SP/06 – STORIA DELLE RELAZIONI
INTERNAZIONALI

I PRESIDI DI CURE INTERMEDIE E LA RISTRUTTURAZIONE
PRODUTTIVA DELL'ASSISTENZA – GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ
IN ITALIA

Presentata da: Dott.ssa Mírian RIBEIRO

Coordinatore Dottorato

Luca Jourdan

Supervisore

Prof. Dott. Túlio Batista Franco

Supervisore

Prof. Dott. Ivo Quaranta

Esame finale anno 2022

Mírian Ribeiro Conceição

**DISPOSITIVOS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E A
REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA EM SAÚDE - OS HOSPITAIS
COMUNITÁRIOS NA ITÁLIA**

*I presidi di cure intermedie e la ristrutturazione produttiva dell'assistenza – Gli
Ospedali di Comunità in Italia*

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – PPGBios da Universidade Federal Fluminense em Associação com Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e em cotutela com Università di Bologna, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em 20 de outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
(Orientador) – PPGBIOS-UFF

Prof. Dr. Ivo Quaranta (Coorientador) –
Dipartimento di Storia Culture Civiltà –
UNIBO

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy (UFRJ)

Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla (UFRGS)

Profª. Dra. Ana Lúcia Abrahão da Silva (UFF)

Prof. Dra. Vicenza Pelegrino (UNIPARMA)

Prof. Dr. Helvo Slomp Junior (UFRJ)

Rio de Janeiro-2022

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do
Estado do Rio de Janeiro – (FAPERJ) – Mobilidade de Pesquisadores - Mobility
Confap Italy – MCI

Aos que comigo, por diferentes contribuições, construíram esta
tese: amigos brasileiros e amigos italianos; e em especial – a
minha família - meu símbolo de força e certeza.

Sobre conhecer...

“Quem prestar atenção ao que dissemos o verá com muita clareza. Pois dissemos que *o entender é uma pura paixão, isto é, uma percepção, na mente, da essência e da existência das coisas*, de modo que nunca somos nós que afirmamos ou negamos algo da coisa, mas que ela mesma, em nós, afirma ou nega algo de si mesma”.

(SPINOZA, 2012.)

Agradecimentos

Momento em que o verbo *'multiplicar-se'* é adornado por identidades que criaram linhas de fuga produtoras de potências, por estes ou com estes, cada dia do processo doutoral foi possível... nos encontros, nas idas e vindas, das distâncias, das pausas e das zonas de intensidade, do calor de um simples abraço...

Agradeço as companhias do (re)e(s)xistir!!

À Túlio Batista Franco pela liberdade e confiança, pela parceria e calma, e pelo constante acompanhar.

À Ardigò Martino pelos ensinamentos, apoio e por criar tantas possibilidades, dividir saberes e amigos, e com eles ter feito mais leve o caminhar.

À Profa. Liliana Vargas por me acolher em casa e pelas longas conversas que desaceleravam a vida.

Aos Amigos Cariocas parceiros de programa de pós-graduação, representados por Irene, Lucas, Andrea e Stella, por apresentar, acolher e orientar, tantos processos e afetos.

À Maria Augusta Nicoli por me fazer equipe, e com eles – Brigida, Vanessa, Giulia, Luigi, Giovanni, Tereza, Vito – poder aprender tanto. Por tecer os encontros que sustentaram os percursos cartográficos.

À Ivo Quaranta por apoiar o intercâmbio e a cotutela, pela tranquilidade em intermediar e orientar.

À Família Sintoni por estarem sempre que precisei, trocando e aplacando a saudade de se sentir em família.

À Vanessa Vivoli por tantos compartilhamentos e sorrisos largos sobre as idas e vindas na Estrada do Sol.

Aos queridos colegas de Castelfranco Emilia, representados por Rosa De Luca, Manuela Malagoli e Antonela Dallari, por abrir as portas de modo afetivo e disposto a construir junto.

Aos colegas de Forlimpopli, representados por Bernabei Azzura e Michella Navi pela generosidade de tecer os primeiros sentidos do percurso cartográfico.

Aos colegas de San Secondo Parmense, representados por Giorgia Siqueri e Chiara Donetti, pelo compartilhamento sincero dos afetos do processo de cuidado.

Aos queridos amigos da AIFO – Associação Italiana Amigos de Raoul Follereau e BRASA – Brasil Ação e Saúde pela confiança, boas conversas e aprendizados.

Ao Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, nas representações de Ricardo Ceccim, Antônio Alcindo Ferla, Túlio Batista Franco e Emerson Merhy, por ser incentivo, incubadora e morada desta pesquisa.

Aos amigos italianos, representados por Mariana Bertinzole, Martina Belluto, Sara Bomtempo, por terem trazidos mais alegrias aos dias distantes de casa, e terem feito de Bologna um lugar para se chamar de lar.

Aos amigos brasileiros por: superarem fuso horário e se manterem parte do cotidiano; transporem as distâncias de modo criativo e confortante; suportarem a ausência; produzirem um cotidiano de diálogos e resistências.

À Nadinha por acreditar, apoiar e fazer acontecer todos os sonhos.

À Universidade de Bologna pelo acolher a pesquisa e compor em cotutela o processo doutoral.

À Rodrigo Oliveira e Camilla Franco pelo acolhimento e confiança no retorno ao SUS sobretudo em tempos tão ásperos de pandemia.

À Niterói pela abertura nas interlocuções com o SUS durante o percurso cartográfico, mas sobretudo por ser lócus de aprendizados, conexões e acolhida.

Aos meus maiores amores – pai, mãe, irmãos, por serem porto seguro, confiarem e compreenderem sonhos e desejos, terem ensinado a força e a perseverança de seguir com determinação.

Muito Obrigada!

CONCEIÇÃO, M. R. **I presidi di cure intermedie e la ristrutturazione produttiva dell'assistenza – gli Ospedali di Comunità in Italia.** 2022. 167 f. Tese (Dottorato in cotutela) – Programma di Dottorato in Bioetica, Etica Applicata e Salute Collettiva, Università Federale Fluminense - Dipartimento di Storia Culture Civiltà, Università di Bologna, 2022.

ABSTRACT

La ricerca-intervento si proponeva di mappare e analizzare i processi di lavoro e la produzione dell'assistenza negli Ospedali di Comunità, come dispositivi di cure intermedie nella Regione Emilia-Romagna, Italia. Le “*pause*” proposte nella stesura della tesi, costituiscono i diversi incontri del percorso cartografico che ci ha permesso a intrecciati significati e contesti per avvicinarsi al campo micropolitico del lavoro in salute, attraverso al quale hanno prodotto la densità che ha reso possibile la costruzione strumenti di intervento e di letture. Queste “*pause*” hanno presentato i processi di approccio culturale, di costruzione metodologica, di invenzione e reinvenzione dei modi di fare ricerca, mappando incontri ed affetti; oltre alla costruzione di coesione che hanno avuto un impatto sugli interventi prodotti dallo studio. Le interferenze sviluppate nel corso della ricerca-formazione-intervento, proposta dal progetto di cooperazione internazionale - RERSUS, hanno rivelato il campo di tensioni micropolitiche che si esercitano nel quotidiano di questi servizi, sono presentate dai “*plateaux*” di questa tesi. Sono queste zone di intensità, che da collettive segnano gli agenciamentos come dispositivi presenti che contestano nuovi modi di fare, trasformazioni significative nei modi di pensare e di agire dei professionisti e degli utenti. Tali dispositivi, linee di fuga rese visibili nel corso della ricerca, vengono riletti alla luce dell'attuale pandemia Covid-19, in una trasposizione necessaria ai sistemi sanitari, riportando alla discussione cogenti esigenze della transizione tecnologica e della completa “ristrutturazione produttiva” della salute.

Parole chiave: Salute collettiva, ristrutturazione produttiva, cartografia, assistenza sanitaria.

CONCEIÇÃO, M. R. **Dispositivos de cuidados intermediários e a reestruturação produtiva em saúde - Os Hospitais Comunitários na Itália.** 2022. 167 f. Tese (Doutorado em cotutela) – Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense - Departamento de História Cultura e Civilização Cotutela, Universidade de Bologna, 2022.

RESUMO

A pesquisa-intervenção pretendeu cartografar e analisar os processos de trabalho e a produção de cuidados nos Hospitais Comunitários, enquanto dispositivos de cuidados intermediários da Região Emilia-Romagna, Itália. Nos diferentes encontros do percurso cartográfico, foram-se tecendo sentidos e contextos para aproximação do campo micropolítico, que na organização do estudo compõem as “pausas”, adensamentos que construíram ferramentas de intervenção e leituras. Estas “pausas” apresentaram os processos de aproximação cultural, de construção metodológica, de invenção e reinvenção dos modos de investigar cartografando encontros e afetos; além da construção de sentidos que impactaram nas intervenções produzidas pelo estudo. As interferências produzidas durante o percurso da pesquisa formação, a partir da realização do projeto de cooperação internacional - RERSUS, relevaram o campo micropolítico do cotidiano do Hospitais Comunitários e estão apresentadas pelos “*platôs*” nesta tese. São estas zonas de intensidades, que a partir coletivo marcaram os agenciamentos enquanto dispositivos presentes que disputam novos modos de fazer. Tais dispositivos, linhas de fugas visibilizados no percurso da pesquisa, são lançados à luz do contexto da pandemia Covid-19, em transposição atual e necessária aos sistemas de saúde, rerepresentando à discussão recolocação das cogentes demandas de transição tecnológica e completa reestruturação produtiva da saúde.

Palavras-Chave: Saúde Coletiva, Reestruturação Produtiva, Cartografia, Atenção à Saúde.

CONCEIÇÃO, M. R. **Intermediate Care Devices and Productive Restructuring in Health - Community Hospitals in Italy**. 2022. 167f. Doctoral Dissertation (Joint PhD) – Doctoral Program in Bioethics, Applied Ethics and Collective Health, Federal University of Fluminense - Department of History Cultures Civilizations, University of Bologna, 2022.

ABSTRACT

The research-intervention aimed to map and analyze the work processes and the production of care in Community Hospitals, as intermediate care devices in the Emilia-Romagna Region, Italy. In the different encounters of the cartographic path, meanings and contexts were woven to approach the micropolitical field, which in the organization of the study make up the “pauses” - densifications that allowed the construction of tools of intervention and of readings. These “pauses”, proposed in the writing of the thesis, presented the processes of cultural approach, methodological construction, invention and reinvention of the ways of investigation mapping encounters and affections; in addition to the construction of meanings that impacted on the interventions produced by the study. The interferences produced during the course of the n research learning intervention, from the realization of the international cooperation project - RERSUS, revealed the micropolitical field of the daily life of Community Hospitals and are presented by the “plateaus” in this thesis. It is these zones of intensities that of the collective emerged the “agencements” as the devices that create and identify innovative strategies that cause significant transformations in the ways of thinking and acting of professionals and patients. Such devices are reread in light of the current Covid-19 pandemic, in a necessary transposition, bringing back to the discussion cogent demands of technological transition and the complicated productive restructuring of health care.

Keywords: Collective Health, Productive Restructuring, Cartography, Health Care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Intervenção espaço Comunitário – ‘Sentir-se em casa’
- Figura 2 Trajeto da *Via AEmilia*
- Figura 3 Bandeira da Região Emilia-Romagna
- Figura 4 Locais físicos das experiências cartográfica
- Figura 5 Mãos 1885 - Vincent Van Goh
- Figura 6 Autorretrato Mulher Refletindo - Kathe Kollwitz
- Figura 7 Autorretrato com a mão da morte - Kathe Kollwitz
- Figura 8 As mães - Kathe Kollwitz
- Figura 9 Conselho - Kathe Kollwitz
- Figura 10 Soledariedade - Kathe Kollwitz
- Figura 11 Flipchart dos encontros de formação
- Figura 12 Flipchart - Imagem produzida como representação das principais interseções da função do Hospital Comunitário
- Figura 13 Imagem construída como nuvem das principais palavras emersas da formação.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASL	Agências Sanitárias Locais
ASSR	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
CI	Cuidados Intermediários
DOP	Denominação de Origem Protegida
DSM	Departamento de Saúde Mental
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
IGP	Indicação Geográfica Protegida
MMG	Médico de Medicina Geral
NHS	National Health System
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Operadores Sócios Sanitários
PAI	Plano Assistencial Individual
PHC	Primary Health Care
PPGBios	Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva
PSF	Programa de Saúde da Família
PSN	Planos Sanitários Nacionais
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RER	Regione Emilia- Romagna
SSN	Sistema Sanitário Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
USL	Unidades Sanitárias Locais

SUMÁRIO / INDICE

EXTENDED ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	44
Pontos de Partida	44
Pausa.....	49
"Eu-pesquisador" – ensaios cartográficos	49
Transformando paisagens – corpo, encontro e expressão	55
Pausa.....	64
Perspectivas Genealógicas - aproximações do percurso cartográfico	64
Cuidados Intermediários – as interferências em sistemas e modelos de atenção à saúde	72
Pausa.....	79
Sob quais lentes focalizamos o percurso	79
A Micropolítica do Trabalho em Saúde e suas Tecnologias	80
MÉTODO	88
PLATÔ	88
O navegar – mas o que é entrar no campo mesmo?	88
Premissas do percurso cartográfico – Projeto RERSUS	92
RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
Platô	97
Cartografia Coletiva - reconstruindo percursos e modificando processos	97
O Coletivo as cartografias de si – fazeres e saberes	111
As “microtransições” – disputas e renegociações do processo	113
As tessituras de um novo fazer – os dispositivos em interseções.....	123
PLATÔ	131

O atual e necessário ‘outra-se’ e os novos ‘si’ - contextos da pandemia da Covid-19	131
A TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES	139
REFERÊNCIAS	144
ANEXOS	154
Anexo I – Livro Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde	154
Anexo II – Artigo	155
Anexo III - Artigo.....	156
Anexo III- Capítulo de Livro.....	157
ANEXO IV- Capitulo de Livro	158
Anexo V – Parecer Comitê de ética em pesquisa.....	159

Extended abstract

I presidi di cure intermedie e la ristrutturazione produttiva dell'assistenza - Gli Ospedali di Comunità in Italia

Questa tesi fa parte del processo di dottorato svolto dal Programma di Specializzazione in Bioetica, Etica Applicata e Salute Collettiva presso l'Università Federale Fluminense in co-tutela di tesi con l'Università di Bologna. Lo studio è stato inquadrato all'interno della sfida che si manifesta nel contesto dicotomico della ricerca locale o internazionale, che nella costruzione della conoscenza si confronta con la limitazione delle interlocuzioni solo ai contesti locali o globali, spesso non riuscendo a contribuire ad entrambi. Così, attraverso reti di partenariato e collaborazione, la ricerca si è basata su esperienze di territori diversi, dialogati dagli stessi processi storici e politici globali – riforme sanitarie, modelli universalistici per i sistemi sanitari, scenari epidemiologici delle malattie croniche non trasmissibili.

In questo contesto, l'università ha svolto un ruolo chiave nell'espansione della circolarità del movimento locale-globale-locale, in quanto istituzione coinvolta nella costruzione della conoscenza, nella cooperazione tecnica, nella valutazione e nell'educazione-formazione dei vari attori dell'assistenza (REISER, 2007; GREENWOOD; MORTEN, 2000; SANTOS, 2004; CECCIM; FERLA, 2008; FERLA, 2007; JOHNSON, 2005), operando, a partire della co-tutela e dal sostegno alla ricerca-intervento, trasformazioni negli scenari di azione. Il Progetto RERSUS, dalle interferenze prodotte sul campo, ha evidenziato le dimensioni micropolitiche della vita quotidiana degli Ospedali di Comunità. Il progetto ha tracciato un percorso di ricerca e formazione che, con carattere investigativo, ha promosso l'auto-riflessione sui processi stabiliti nell'implementazione degli Ospedali di Comunità nella Regione Emilia-Romagna e l'interlocuzione diretta con i processi assistenziali delle Cure Primarie in Brasile – Niterói e Nova Friburgo – Rio de Janeiro. La partecipazione delle varie categorie professionali, direttamente coinvolte nella produzione dell'assistenza è stata indicata e queste istituzioni, che hanno svolto il corso di sei mesi di incontri.

La ricerca-formazione è stata il processo attraverso il quale sono state mappate le narrazioni delle memorie collettive dell'attuazione della proposta, e le inversioni di ruoli diversi – trasformazione dei processi dell'assistenza stessa, di me nel passaggio della facilitazione del percorso formativo – hanno permesso l'apertura a nuovi incontri. La

rottura dei ruoli prestabiliti ha, pertanto, maggiore apertura alla sperimentazione e porosità alle relazioni nel campo delle soggettività. Nei diversi incontri del percorso cartografico, sono stati intrecciati significati e contesti per approssimare il campo *micropolitico*, che ha fatto emergere le *zone di intensità*, che dal collettivo hanno segnato *concatenamenti* come dispositivi presenti che contestano nuovi modi di fare. Tali dispositivi vengono lanciati alla luce del contesto della pandemia Covid-19, in una trasposizione attuale e necessaria, ripresentando alla discussione la sostituzione delle esigenze cogenti della transizione tecnologica e della completa ristrutturazione produttiva della salute.

Prospettive genealogiche - approcci del percorso cartografico

La presentazione di una prospettiva genealogica è una pausa importante per costruire una trasversalità ai temi centrali dello studio. Il disvelamento dell'attuazione di una politica in un sistema sanitario è permeato da una transizione tra il campo macropolitico e l'operazionalizzazione che avviene nell'atto dei professionisti e quindi nel campo della micropolitica. Gherardi e Lippi (2000), evidenziano le distanze tra la creazione di politiche e ciò che chiamano 'trasformarle in pratica', sottolineando che da un decreto – uno strumento legislativo – alle modifiche pratiche dei processi si richiede un'appropriazione e una trasformazione che, metaforicamente, l'autore associa al processo di traduzione, un processo di conversione dalla carta al fare.

In questo senso, la genealogia dei temi esplorati in questo studio ha permesso la costruzione di strumenti per l'intervento di ricerca nella contestualizzazione dei processi storici, ma anche dalla comprensione dei segni e delle sottigliezze presenti nel percorso di induzione delle pratiche sanitarie e della potenzialità dell'intervento. (FOUCAULT, 2014)

Inoltre, come processo di produzione di conoscenza e di creazione di significato per il dottorato, trattando il viaggio cartografico di immersione in un altro sistema sanitario e contesto culturale e la promozione di dialoghi tra l'Italia e il Brasile, la genealogia acquista un doppio significato – si inserisce in questa pausa delineando gli approcci e le scelte di strategie nel processo di costruzione storica, nel salvataggio delle discussioni e delle linee di forza che hanno agito nella costruzione delle politiche, ma che erano presenti nel corso, creando altre possibili visibilità, smascherando le invisibilità che sono state costruite, cercando di salvare alcune cancellazioni e silenzi paradossalmente prodotti

dalla realizzazione, materializzazione della legge verbi. (MOEBUS, MERHY, 2017, p.146)

Nella rilevanza delle approssimazioni e delle complementarità tra cartografia e genealogia, Zambenedetti e Silva (2011) delineano il rapporto con il tempo nell'interfaccia con la storia non solo come prodotto finale dello stato delle cose, ma l'idea di dare visibilità alle linee di forza che agiscono nella società attuale – si tratta di estrarre dalla storia ciò che dovrebbe rimanere a interrogarci, costituendo una dimensione di simultaneità e non solo di successo. (p.459)

In questo senso, due approcci sono di grande valore per lo studio: il dialogo tra Brasile e Italia nella costruzione di sistemi sanitari con un modello universalistico; e la costituzione di cure intermedie come campo di scommessa sui cambiamenti del modello di assistenza.

Cure intermedie – le interferenze nei sistemi e nei modelli di assistenza sanitaria

Nella salute, i modi di pensare e di agire nella produzione di cure, come già detto, sono influenzati anche dal contesto economico, sociale e politico. Foucault (2014), in un'analisi di queste influenze, afferma che il capitalismo ha permesso la socializzazione della medicina, utilizzandola come strategia biopolitica di controllo sociale e che, a tal fine, ha investito innanzitutto nella sfera biologica, somatica e corporea. In questo modo, il settore sanitario divenne promettente per l'accumulazione di capitale, risvegliando l'interesse delle industrie per la produzione di attrezzature e farmaci (FRANCO, 2003), uno scenario rafforzato dalla Medicina Scientifica e dal modello medico egemonico – centrato sull'azione del medico, sviluppato principalmente nell'ospedale, nelle specialità mediche e nell'uso intensivo delle tecnologie dure. (CARVALHO, CECCIM, 2006; SILVA JUNIOR, ALVES, 2007) Le strategie proposte nelle riforme sanitarie, e i dispositivi creati in seguito, raccolgono gli sforzi per avvicinare l'assistenza al territorio, e portare la partecipazione dell'utente all'assistenza sanitaria, non solo all'atto medico.

Negli anni '90, al fine di produrre interferenze nei sistemi che in continuità con le riforme necessitano di dispositivi per consolidare soprattutto un'assistenza più risolutiva nei territori, le cure intermedie emergono in diversi paesi come scommessa per affrontare le esigenze derivanti dai fenomeni di transizione epidemiologica, e come strategie di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale. Il modello mira a prevenire l'ospedalizzazione e a promuovere un recupero più rapido per il ritorno a casa

(COLUCCI, DI VITTOTIO, 2019), rafforzando l'assistenza sanitaria primaria nell'espansione del suo ambito di cura.

In Italia, solo dopo il 1992/1993 con la seconda riforma (STARFIELD, 2002), in cui sono stati creati nuovi accordi istituzionali per il processo di decentramento, e successivamente, nel 2001, il rafforzamento di questa logica con la maggiore autonomia delle Regioni italiane rispetto allo Stato (ITALIA, 2001a; 2001b), si sono intensificate le discussioni sull'integrazione tra ospedali e servizi territoriali, consolidate da una serie di decreti e piani nell'ultimo decennio.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005 sottolinea l'integrazione dei servizi sanitari e sociali con i territori come luogo di cura delle malattie croniche, con linee guida incentrate sulla riabilitazione, la promozione e la prevenzione della salute (ITALIA, 2003). Il PSN del 2006-2008 indica la riorganizzazione delle cure primarie rafforzando la necessità di integrazione dei servizi socio-sanitari, suggerendo gli Ospedali di Comunità come strategia principale (ITALIA, 2006), avendo come obiettivi il rafforzamento della Primary Health Care (PHC) e di fornire l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale, con un ambiente protetto per il ripristino delle condizioni fisiche o la continuazione del processo di recupero per i pazienti post-acuti (ITALIA, 2006; 2011; RER, 2013). Nel 2014, il Patto per la Salute 2014-2016 assegna alle Regioni il compito di proseguire la ristrutturazione del PHC, e successivamente, nel Decreto Ministeriale 70/2015, vengono regolamentati e definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici ed assistenziali, affermando e raccomandando l'adozione di ospedali di comunità. (RER, 2015; PIERI, 2016; ITALIA, 2014)

A livello regionale, a rinforzo delle linee guida ministeriali, il Decreto Regionale 221/2015, che prevede i requisiti specifici di accreditamento degli ospedali di comunità, definisce in dettaglio clienti, criteri e modalità organizzative di questi servizi, che hanno un impatto sul processo di cura – tema centrale della ricerca proposta. (RER, 2015)
Ovvero:

- Dell'ammissibilità e dell'accesso - Per l'inclusione dei pazienti per il ricovero negli ospedali di comunità, il documento presenta l'indicazione della valutazione che considera 04 profili di utenti: pazienti con multimorbilità che necessitano di assistenza infermieristica continua; pazienti cronici riacutizzati senza criteri per ricovero negli ospedali per acuti; pazienti che necessitano di assistenza infermieristica con farmaci, nelle

attività di vita quotidiana, nonché di monitoraggio; e pazienti che necessitano di riabilitazione motoria o di supporto funzionale degli organi. L'accesso può avvenire attraverso tre ingressi principali: dal servizio territoriale, su indicazione del medico di famiglia, per dimissione programmata dai reparti degli ospedali più complessi, o direttamente dal pronto soccorso. I criteri di esclusione sono: pazienti con instabilità clinica cardiovascolare o neurologica, in fase terminale, che necessitano di assistenza medica continua o non ancora sottoposti ad indagini diagnostiche.

- Organizzazione - Gli ospedali di comunità, in quanto strutture di ricovero territoriali, dispongono di un'assistenza da 15 a 20 posti letto, con una durata media di degenza di 20 giorni, a gestione infermieristica, con un coordinatore infermieristico, un'équipe infermieristica per l'assistenza, in numero corrispondente all'assistenza diretta per 24 ore, 7 giorni su 7, oltre ad altre figure professionali come quelle necessarie alla riabilitazione. La produzione di assistenza prevista nella riorganizzazione del sistema ha come obiettivo dispositivo quello di favorire il protagonismo degli utenti come processo chiave per il successo (PEARSON, 2013). Pertanto, per tutto il periodo di cura, durante la permanenza negli ospedali di comunità, uno dei principali obiettivi da perseguire è l'empowerment dei pazienti e dei caregivers attraverso la formazione, l'orientamento e altre risorse che consentano una migliore gestione delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e il riconoscimento precoce di possibili sintomi di instabilità.

- Processo assistenziale – La gestione dell'assistenza durante il periodo di ricovero sarà effettuata dal medico o dall'infermiere di riferimento che, insieme all'équipe, è responsabile della valutazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI). Per tale monitoraggio sono elencati: lesioni cutanee (prevalenza, evoluzione); cadute con e senza complicazione, stato funzionale (attività di vita quotidiana) e capacità di gestire la terapia ed altre attività assistenziali, quest'ultimo un importante indicatore di dimissione.

Nei processi di trasformazione della tecnologia dell'assistenza e della sua produzione in rete e su base territoriale, gli ospedali di comunità possono creare un campo di innovazione per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, poiché presentano come una delle loro linee guida l'utente de sistema e le sue esigenze come centralità dell'assistenza. Tuttavia, i cambiamenti effettivi nei modelli non sono espressi solo da nuove linee guida e politiche. La ristrutturazione produttiva è caratterizzata da una trasformazione significativa delle impostazioni tecnologiche coinvolte nei processi di lavoro. (FRANCO; MERHY, 2013) In questo modo, il cambiamento del modello tecnico-assistenziale

avviene in uno scenario di controversie e confronti di interessi di ordini diversi, come: aziendali, burocratici, politici, ecc.

La micropolitica del lavoro sanitario e delle sue tecnologie

Gli interstizi delle relazioni che permeano il campo del lavoro sanitario sono abitati da dispute costanti nel campo della macro e micropolitica, che, quando vengono illuminate, guadagnano la possibilità di trasformazioni. Nello specifico della ricerca, il campo micropolitico, cioè il rapporto dell'uomo con il suo lavoro nella vita quotidiana, tenendo conto dei suoi processi soggettivi - il suo modo di agire nel mondo a partire dalle sue esperienze - è la base del dibattito sulla produzione dell'assistenza sanitaria.

Il lavoro nella salute è un atto produttivo che è influenzato non solo dal suo campo di conoscenza – le scienze mediche, perché nell'essenza dell'atto produttivo abbiamo due dimensioni – il prodotto ed il produttore. Nella molteplicità di questa relazione, la produzione dell'assistenza ha due tipi di lavoro: il “lavoro morto”, che sono i prodotti/mezzi risultanti dal precedente lavoro umano, e il “lavoro vivo in atto”, che si costituisce nel momento dell'azione degli operatori. (MERHY, 1997; FRANCO; MERHY, 2013)

Indirizzare all'organizzazione del lavoro e alla produzione dell'assistenza nuove forme di strutturazione richiede necessariamente l'inversione tecnologica del lavoro. Al riguardo, è necessario incorporare nei processi di lavoro nuove tecnologie che generino rotture sia con i modelli consolidati sia nei processi soggettivi del campo micropolitico, in quanto luogo primario di produzione dell'assistenza. (FRANCO; MERHY, 2013)

In questa discussione, proponiamo come riferimento le riflessioni di Emerson Merhy e Tulio Franco sul lavoro nella salute. Per gli autori, si tratta di un atto produttivo che subisce l'influenza non solo del suo campo di conoscenza - le scienze mediche, ma anche, nell'essenza dell'atto produttivo, abbiamo due dimensioni, il prodotto ed il produttore, che viene pensato anche nei campi dell'economia, della politica, della sociologia, della psicologia ed altri, configurando così una complessità alle discussioni sul tema. Quindi, questi campi possono essere considerati dimensioni che si intersecano, cioè non basate su una sola disciplina o campo scientifico, né in tutte le sue possibilità, ma tra, nelle linee che vengono tracciate e si intersecano, nella molteplicità¹ del lavoro

¹ La molteplicità è un concetto presentato per la prima volta da Deleuze nel suo libro *Bergsonismo* (43) - in cui, sulla base di riflessioni sullo spazio e sulla durata, definisce la molteplicità come una

sanitario che si svolge nel momento dell'azione, nell'atto del prendersi cura. (FRANCO; MERHY, 2013)

Nella molteplicità di questa relazione, nel processo lavorativo convivono due tipologie: il "lavoro morto" e il "lavoro vivo". La prima, definita dalle materie prime e dagli strumenti, incorpora tutto il lavoro umano già impiegato, ma che non è presente al momento dell'azione nel processo; è il prodotto di un precedente lavoro vivo. La seconda ha luogo nel momento dell'azione del lavoratore, che utilizzerà le tecnologie, come detto sopra, un certo "know-how" per strutturare la sua azione. (MERHY, 1997; FRANCO; MERHY, 2013)

Merhy (2013), nell'analisi del "lavoro vivo" "in atto" in ambito sanitario, ricorre metaforicamente ai valori del medico per la presentazione di questi strumenti tecnologici utilizzati nella produzione dell'assistenza, scomponendoli in tre dimensioni: "tecnologie dura"(strumenti), "tecnologie lievi" (cioè sulle relazioni, nell'esatto momento in cui vengono eseguiti gli atti assistenziali) e "lievi-dure" (basate sul sapere tecnico strutturato).

Nei concetti presentati "lavoro vivo in atto", l'esercizio dell'autogoverno è fatto dal professionista della salute che è l'operatore dei modelli di tecnoassistenza nel lavoro quotidiano. Il processo decisionale nelle scelte delle azioni sarà permeato dalle loro soggettività, e questo nell'incontro con gli utenti dei servizi apre numerose possibilità per il processo di lavoro. Tali decisioni, quindi, possono contenere tutte le dimensioni tecnologiche, in misura maggiore o minore, a seconda di fattori quali: conoscenze strutturate, risorse disponibili, modalità di gestione più o meno verticalizzate, aspettative, rappresentazioni e altro. (FRANCO; MERHY, 2013)

È in questa micropolitica del lavoro che si configurano le contraddizioni tra l'istituto ("lavoro morto") e l'istituto ("lavoro vivo in atto") e che permettono *concatenamenti* e nuovi modi di agire nella salute. Il "lavoro vivo in atto" può subire la "cattura" da parte di forze istituite, in quanto predomina l'uso di "tecnologie dure" o "lievi" basate su conoscenze strutturate. (FRANCO; MERHY, 2013)

modificazione della relazione uno-molteplice. La molteplicità, sarà il molteplice sostanziato, non ha né soggetto né oggetto, ma solo determinazioni, grandezze, dimensioni che non possono crescere senza cambiare la loro natura (le leggi della combinazione crescono allora con la molteplicità). (p.15) (DELEUZE, 1999)

Tuttavia, la relazione operatori-pazienti è uno spazio di possibilità di trasformazione nella misura in cui, nel “lavoro vivo”, si costituisce nel momento esatto dell'evento. L'incontro stabilisce uno spazio, che Merhy (2013), utilizzando i concetti di Deleuze chiama spazio ‘*intercessore*’, suggerisce la prospettiva dell'interferenza creativa nel rapporto produttore/consumatore, caratterizzando così, oltre ad un'attività tecnica, un'attività politica (micropolitica). (FRANCO; MERHY, 2013; DELEUZE, 1992)

Le discussioni intorno al “lavoro vivo” e alle “tecnologie lievi”, proposte da Merhy (1997), creano un campo di preparazione per approfondire le riflessioni sui processi soggettivi che costituiscono l'assistenza sanitaria. Al momento dell'incontro, nel “lavoro vivo in atto”, si crea uno spazio intercessori tra l'operatore e l'utente, in cui circolano intensità in grado di trasformare entrambi gli attori dal modo in cui sono colpiti. Pertanto, nella produzione di cura è presente una dimensione soggettiva che, a seconda degli eventi, richiede di agire cambiamenti nei territori di esistenza, processi di deterritorializzazione che hanno un impatto sul modo di intendere e interagire nel mondo. (GUATTARI; ROLINK, 1996)

L'incorporazione delle “tecnologie lievi” ha un ruolo e un'azione unici e potenti per quanto riguarda gli spazi di intersoggettività, costruttori di incontri non gerarchici sulle relazioni potere-conoscenza, ha un punto centrale nella trasformazione dell'assistenza sanitaria. Un lavoro catturato dalla conoscenza scientifica, dalle regole istituzionali, dalle azioni protocollari, non permette la costruzione di un comune, non permette *concatenamenti* reciproci, nella validazione di soggetti autonomi, il professionista nel processo decisionale e l'utente nella sua autonomia e possessore di conoscenze sul suo corpo e sul suo processo di salute-malattia.

In questo modo, il cambiamento del modello tecno-assistenziale avviene in uno scenario di dispute e confronti tra interessi di ordini diversi, quali: interessi aziendali, burocratici, politici e di mercato nella vendita della salute come “valore d'uso”. La trasformazione da un uso predominante di tecnologie “dure” e “lievi-dure” all'uso di tecnologie “lievi” come quelle relazionali, di legame, di accoglienza, eccetera, richiede dei cambiamenti attitudinali. (FRANCO, 2013; MERHY; FRANCO, 2008a, 2008b).

Gli ospedali di comunità, come strategia di rafforzamento delle cure primarie, creano un campo di processi contro-egemonici rispetto a quella che viene definita assistenza ospedaliera, in quanto presentano una delle loro linee guida - l'utente e i suoi

bisogni come centralità dei piani assistenziale e della produzione dell'assistenza, consentendo un dispositivo fondamentale per le transizioni tecnologiche nei sistemi sanitari. Pertanto, la cartografia del processo di implementazione delle cure intermedie nella Regione Emilia-Romagna (RER) e la produzione dell'assistenza nel lavoro sanitario quotidiano, ha avuto come centralità i processi micropolitici come campo di soggettività, spazi *'intercessori'* nel "lavoro vivo" e l'operatività della politica. Dall'intervento, la cartografia ha cercato di comprendere e analizzare la struttura tecnologica del lavoro, gli scenari delle controversie nel processo di lavoro micropolitico, nonché la produzione di nuovi territori esistenziali. Da questa prospettiva, nel corso della ricerca cartografica sono state evidenziate le macrotransizioni, che hanno mostrato le linee di forza presenti nel processo, nonché *i concatenamenti* che favoriscono la ristrutturazione produttiva dell'assistenza, soprattutto per quanto riguarda i processi che avvengono tra l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera.

Il Collettivo e le cartografie del sé – fare e sapere

Cosa ci insegna il percorso sugli ospedali di comunità?

“Le transizioni non avvengono quindi per salti discontinui da un modello di funzionamento a un altro, ma attraverso un'oscillazione tra diversi livelli di funzionamento. Come una famiglia nel corso della sua vita si trova coinvolta ogni giorno in situazioni che comportano cambiamenti nelle modalità relazionali e continue rinegoziazioni di ruoli e regole (...) da intendersi come un processo continuo...”. (RER, 2017, p.29)

Il percorso cartografico ha seguito l'intreccio della ricerca-formazione-intervento, proposto nel Progetto RERSUS, attivando i collettivi che nella ricostruzione attraverso le narrazioni riflessive sulla storia dell'implementazione e della produzione dell'assistenza nei servizi delle cure intermedie, ha condotto un'immersione nel campo della micropolitica presente nel quotidiano degli Ospedali di Comunità.

La proposta delle cure intermedie, anche come politica pubblica, idealizza dispositivi in grado di produrre *concatenamenti* in grado di ridurre il divario tra assistenza ospedaliera e territoriale, intervento sulle linee di forza presenti nel sistema sanitario e che presentano la disarmonia tra l'egemonia del modello biomedico con focus sproporzionato sull'assistenza ospedaliera che risponde alle condizioni di acuzie e l'utilizzo dello stesso per rispondere alle condizioni croniche.

Pertanto, l'interesse principale della ricerca è stato quello di mappare il campo micropolitico della produzione di cure negli ospedali di comunità, come un dispositivo, comprendendo come operano le linee di visibilità e di enunciazione, le linee di forza e le linee di fuga e di soggettivazione che stabiliscono la possibilità di nuove modalità di azione (DELEUZE, 1990) - la composizione tecnica del lavoro e la produzione di nuovi territori di esistenza.

In questo processo, le memorie e le narrazioni collettive intrecciavano storie, condividevano affetti, collegavano percorsi e segnavano esperienze diverse. Dalla trasformazione di uno sguardo concreto ed oggettivo, che rivisitando la quotidianità, attiva lo sguardo *'vibrante'* e soggettivo del collettivo che ha tracciato il proprio percorso ed evidenziato le transitorietà del processo. (ROLINK, 2011)

Le strategie di cambiamento nei sistemi sanitari, proposte dall'inserimento di dispositivi di cura intermedia, comportano cambiamenti concreti nella produzione dell'assistenza sanitaria, ovvero una Ristrutturazione Produttiva del lavoro in salute, o una Transizione Tecnologica quando si generano trasformazioni radicali. (FRANCO; MERHY, 2013) In entrambi i casi, affinché tali cambiamenti si verifichino, il punto centrale sta nell'inserimento di nuovi soggetti, individui che operano a partire dalle loro soggettività, instaurando un processo "vivo" di dispute quotidiane nel campo micropolitico. Le transizioni sono procedurali e plastiche, non c'è un'evoluzione continua e lineare, ma oscillazioni tipiche delle controversie presenti tra i modelli di cura.

Le oscillazioni - le transizioni - sono state riconosciute come una riflessione collettiva sul processo dell'assistenza negli ospedali di comunità e fanno parte delle linee di analisi della cartografia. Il collettivo a partire dalle cartografie di sé stesso e dal confronto con le altre esperienze che hanno costituito il progetto, ha mappato le transizioni che attraversano la produzione dell'assistenza negli Ospedali di Comunità mostrando il campo della disputa micropolitica.

Le microtransizioni - controversie e rinegoziazioni del processo

Gli Ospedali di Comunità, al centro di un'assistenza che agisce nel divario tra l'ospedale e l'assistenza territoriale, per un ritorno a casa più precoce e autonomo, trovano nel lavoro quotidiano il dialogo con la comunità e la presenza di familiari e caregiver come strategia chiave per l'efficacia della proposta. Il riconoscimento di questa interfaccia segna il passaggio da un'assistenza che cerca di curare il corpo biologico, alla

produzione dell'assistenza alla persona, comprese le soggettività - paure, desideri e speranze - riguardanti il processo di assistenza stesso e la continuità della vita da quel momento in poi.

... era piuttosto fragile, aveva 87 anni e si era fratturata il femore dopo essere scivolata nella neve. Puntualmente alle 10.20 di ogni mattina, suo figlio si presentava per accompagnarla nella fisioterapia. Ha trascorso due settimane senza poter appoggiare il peso sulla gamba destra. Non si sentiva a suo agio con il fisioterapista che insisteva nel muovere il suo corpo in altre parti che non aveva leso. Quando le è stato chiesto di tornare a casa, sospira, ripetendo ogni esercizio, lucida dei suoi desideri: "Ma tornerò per andare in bicicletta, no?"²

Nel percorso cartografico, nell'esercizio di spostamento per stabilire un processo di riflessione su ciò che si viveva lì quotidianamente, abbiamo proposto loro di circolare e percorrere il servizio cercando di trovare dieci cose che non avevano mai visto. Spostamenti che hanno provocato la stessa estraneità di collocarsi come non appartenenti al luogo e la possibilità di guardare ai dettagli. Nel momento in cui il collettivo ha attivato uno sguardo '*vibrante*' e sensibile rivisitando i corridoi delle unità, ha anche rivisitato la pratica dell'assistenza nel territorio e in relazione ad esso in cui, tra spazi e azioni, due dispositivi esprimono in particolare i cambiamenti prodotti nell'organizzazione del servizio: essere '*a porte aperte*' e fare educazione sanitaria.

Il modo in cui operano queste strategie, che prevedono azioni mirate all'autonomia e all'evitare l'aggravamento di patologie croniche e possibilmente invalidanti, mette all'ordine del giorno una produzione di cure incentrata sull'autonomia dei singoli individui e delle comunità nelle abitudini di vita sane e nell'autogestione delle condizioni di salute, realizzabile solo a partire da una comunanza e dalla creazione di alleanze tra utenti, operatori, familiari e caregiver.

I diversi aspetti legati all'esperienza di malattia evidenziano il campo micropolitico, in quanto il processo di lavoro inizia ad avere come centralità il soggetto, le sue soggettività e le sue relazioni. Tali evidenze erano presenti nelle narrazioni di un "lavoro vivo" e nelle interrogazioni riflessive sulle alleanze nella costruzione di un nuovo modello tecno-assistenziale. Le discussioni sull'appartenenza, la permeabilità, il dialogo, la fiducia, l'identità, la singolarità e l'eterogeneità sono state presentate come trasversali alla ristrutturazione delle modalità di funzionamento dell'assistenza.

² Note di Campo.

... l'assistenza prodotta negli Ospedali di Comunità, centrata sull'utente e in dialogo diretto con i familiari e i caregiver, mette in discussione le organizzazioni istituzionali e gli attori degli interventi sanitari. Gli allontanamenti e i disagi riportati nell'esperienza del passaggio da un modello assistenziale basato sull'intervento nel corpo biologico da parte di un professionista della salute, alla presenza e alla collaborazione dei pazienti e dei familiari nella quotidianità istituzionale sono ricorrenti nelle discussioni degli incontri. La relazione con l'utente nell'assistenza "per" e "nella" comunità si confronta con le linee di forza prodotte dal modello biomedico. In questo senso, gli incroci sono riconosciuti nelle diverse interfacce istituzionali - orari di apertura, protocolli sanitari, organizzazione delle attività, tra gli altri - e nell'istituzionalizzazione delle cure.³

Il passaggio dal concetto di guarigione a quello di cura richiede un cambiamento culturale, un campo di contestazione che richiede la decostruzione, e non lineari e immediate, dell'istituto - transizioni del lavoro sanitario come campo sociale. (FRANCO; MERHY, 2013) In questo senso, risolvere l'onnipotenza dell'atto di guarigione, localizzato nel medico dall'atto clinico, con un intervento tecnico-scientifico sul corpo biologico del paziente significa riconoscere che esistono diverse dimensioni nell'esperienza di ammalarsi - biologica, sociale, relazionale e soggettiva.

Il processo di assistenza, permeato da diverse dimensioni, si appropria dell'individuo nella vita quotidiana, dei suoi desideri, delle sue paure, delle sue aspettative e delle sue speranze; l'autonomia guidata delle azioni del piano assistenziale individuale incontra il contesto di vita (casa, famiglia, amici, vicini, colleghi, e in generale l'ambiente di lavoro), invita a considerare le comunità a cui la persona appartiene come un elemento fondamentale di questo processo; cioè, la cura dell'autonomia ha nella relazione il significato dell'intervento.

L'attivazione di discussioni, per dare visibilità al campo degli affetti, al "sensibile" prodotto nell'atto di cura, passa attraverso la decostruzione dei significati, spesso mettendo in discussione ciò che viene dato per scontato e svelando con forza la comprensione del consolidato. Chiedersi che cos'è la comunità non ha senso finché non si comprende che le persone e le istituzioni tessono il comune a partire dall'incontro, da ciò che ogni individuo porta soggettivamente dal proprio processo e dalla propria storia.

In questo senso, l'implementazione di un dispositivo con la proposta di riordinare il sistema avendo come centralità l'utente è, al di là della necessità, un'opportunità per

³ Note di Campo.

l'inserimento di altri attori, professioni, forme di conoscenza concepibili e praticabili, che rendano conto dell'esperienza della malattia ampliando le possibilità di cura e non solo di guarigione, nucleo fondamentale per le condizioni croniche. Pertanto, per l'ambito proposto per le cure intermedie, tra le controversie e le rinegoziazioni del modo di operare dell'assistenza, il campo della micropolitica è trasversale e cruciale per la 'ristrutturazione produttiva' della sanità.

Le decostruzioni degli assunti facevano parte dell'esplicitazione della narrazione collettiva, che nelle elaborazioni degli incontri non si esauriva nell'ovvietà.

Si sono guardati l'un l'altro mentre chiedevo loro di alcune premesse che erano presenti nell'incontro con gli utenti e la famiglia. In un primo momento era presente nella discussione un'ovvietà quasi banale, smontata solo nella chiara frustrazione di non riuscire a realizzare il percorso idealizzato dai professionisti del piano di assistenza. Durante le riflessioni è emersa una produzione di narrative che incolpavano la famiglia/il caregiver per non aver aderito alla proposta. La "famiglia difficile" non ha aderito al progetto. Ma qual è il piano di assistenza? Nell'esercizio di revisione dei processi in modo riflessiva e collettiva, si chiarisce la rimozione dell'esperienza del processo di malattia per l'utente come centralità del processo di cura e si ribadisce il modello di intervento sul corpo e sulla malattia.⁴

Con il procedere del percorso cartografico, diventavano evidenti le microtransizioni verso una 'ristrutturazione produttiva'. Un nuovo modo di fare implicava la (ri)conoscenza di sé stessi, nuovi sguardi dai professionisti agli utenti, dai professionisti alla comunità, dagli utenti ai servizi e al professionista che si prende cura di loro - (ri)incontri che spostano volti, ruoli, gerarchie, poteri e conoscenze. Le microtransizioni individuate nella crucialità dei nuovi incontri per una ristrutturazione produttiva sono l'importanza delle alleanze tra la comunità e i servizi soprattutto per il passaggio effettivo dalla logica della cura a quella della produzione di cura; il riconoscimento della continua necessità di cambiamenti e nell'apprendimento di essere in costante trasformazione per una vera interlocuzione con la vita; la necessità di ristrutturare un'assistenza territoriale per costruire un lavoro di essere in rete, l'unica via possibile per la complessità di una 'presa in carico integrale'; nella (ri)collocazione e nella (ri)conoscenza dell'altro anche il partner nella produzione di cura deve aver definito la funzione dei servizi, che in questo caso era l'Ospedale di Comunità, per facilitare la condivisione in reti integrate; strutturare il processo di lavoro e le istituzioni in modo che la produzione di cura sia creativa e possa creare nuovi processi - essere continuamente in trasformazione; avere un'identità come servizio aiuta a delimitare il processo di lavoro,

⁴ Note di Campo.

ma soprattutto nell'interlocuzione di questo processo con gli altri attori istituzionali, sociali e comunitari.

L'identificazione di ogni punto di oscillazione - le microtransizioni - ci illumina nella cartografia, dalla costruzione delle memorie collettive, alcune delle contese e dei *concatenamenti* per l'implementazione di un modello che induce un cambiamento paradigmatico nel sistema. Microtransizioni che presentano passi verso un cambiamento nell'operatività di nuovi modi di prendersi cura, ma anche nuovi modi di stabilire relazioni di potere e affetti negli incontri, segnano le relazioni, sono dialettiche e nascono in un contesto storico e sociale specifico, l'identità sarà sempre - e necessariamente - mutevole, trasformante e dialogica.

Nel campo micropolitico, la composizione soggettiva del collettivo e il rapporto con una 'rete viva', conferiscono all'identità dell'Ospedale di Comunità un carattere processuale non esclusivamente derivato da leggi, decreti e regolamenti, ma determinato dalla soggettività di chi vi opera, dal territorio e dalle reti a cui appartiene.

La tessitura di un nuovo compito - dispositivi nelle intersezioni

La cartografia collettiva tracciata dalle memorie narrate nel processo di ricerca-formazione-intervento ha evidenziato le tessiture dell'implementazione delle cure intermedie nel contesto emiliano-romagnolo, rappresentata dalle note di composizione, disposizione e intersezione dei dispositivi che hanno costituito il percorso.

Le sei microtransizioni individuate sottolineano un processo di trasformazione globale in cui i vertici di una triangolazione - utenti, istituzioni e professionisti - sono attivi quanto meno, copartecipanti alla ristrutturazione del processo. Questi vertici costituiscono l'insieme dei campi in cui vengono tracciate le complessità del processo. Nella ricomposizione delle memorie collettive del processo, le parole ricorrenti hanno composto segni, i *concatenamenti* che hanno portato la produzione di cura a incontri trasformativi del *modus operandi* egemonico.

Punti di intersezione che identificano i dispositivi chiave per la ristrutturazione del processo di lavoro nella salute: il riconoscimento dell'interdipendenza di tutti gli attori della cura; un certo "sconfinamento" che significa un passaggio quasi arbitrario da un territorio all'altro; la valutazione e il monitoraggio come interlocuzione attiva per rendere

conto della plasticità della vita e degli incontri; e infine la prossimità come tessitura del “lavoro vivo in atto” in tutto il suo potenziale trasformativo dei processi.

Nella vita quotidiana degli Ospedali di Comunità circolavano molti attori dell’assistenza, che causavano un certo spostamento in uno scenario in cui i confini tra l’istituzione, il servizio, la comunità e la vita singolare con abitudini e desideri erano sfumati. In questo senso, la complessità degli incontri nel dialogo con l’organizzazione istituzionale, nella condivisione dell’assistenza, nelle ipotesi di professionisti, utenti e familiari creano un campo di controversie.

Uno scenario condiviso tra gli attori dell’assistenza che da soggettività vivono l’incontro intorno al processo di salute e malattia. Per questo, è rilevante per la ristrutturazione produttiva nella sanità la comprensione dell’interdipendenza tra gli attori dell’assistenza, che per il campo delle soggettività presenta nelle microtransizioni la costruzione di alleanze che implica altre conoscenze come: creare relazioni di fiducia con gli utenti e le loro famiglie; significa saper gestire le differenze senza annullarle, stabilendo spazi di dialogo e condivisione.

Nella ristrutturazione produttiva presente nel processo, il recupero della presenza di persone che producono incontri, e non solo di professionisti che eseguono procedure, impone strumenti e protocolli, modificando il rapporto con gli individui e la comunità, che passa da un deposito di interventi tecnici, a un luogo di prossimità e collaborazione, essenziale per produrre soluzioni. Questa soggettivazione del processo implica la comprensione del territorio e della comunità non solo in termini di definizione demografica o amministrativa, ma anche di valori, storie e risorse.

In questo senso, la proposta etica e politica delle cure intermedie ha come principio la centralità delle azioni negli utenti, che si opera in modi diversi nella vita quotidiana dei servizi. Nel corso del percorso cartografico, le narrazioni hanno ricomposto le diverse comprensioni su questa linea guida, e nell’inventiva di diventare un Ospedale di Comunità che porta “l’utente al centro delle azioni”, stanno forme e deformazioni - sperimentazioni attraversate da soggettività, da linee di forza presenti nella formazione professionale, nella passività dell’essere paziente e nella comprensione dell’ospedale come luogo esclusivo di guarigione da parte della comunità. A tal fine, l’organizzazione del servizio diventa una risposta a un riferimento istituzionale, per un riassetto in grado di accogliere quell’individuo e le sue singolarità - orari, circolazione di

familiari e amici, piano assistenziale, abbigliamento, ciò che viene portato al letto - una negoziazione di possibili permessi e concessioni nel confronto con le regole istituzionali. Queste interferenze nella routine quotidiana del servizio sono un intenso campo di dispute e conflitti per i professionisti: "Prima era più facile, dicevamo: 'per favore, sieda fuori'. Ora a volte sembra che ogni tua mossa sia valutata da un membro della famiglia".

Queste (ri)configurazioni richiedono nuove organizzazioni e dispositivi da parte delle istituzioni. Nella produzione quotidiana di cure e nella promozione di un'istituzione permeabile e interdipendente dalla comunità a cui appartiene, è essenziale che le porte si aprano a nuovi apprendimenti e all'accoglienza delle singolarità di ogni caso: orari, organizzazione, regole e funzioni, collaborazione del familiare, interferenza del caregiver nel processo, flessibilità del piano assistenziale. Pertanto, un processo dinamico di riconoscimento reciproco, che non si costruisce una sola volta nella storia del Servizio, ma deve essere mantenuto nel tempo, in modo reciproco, collettivo e individuale.

Le trasformazioni del processo lavorativo e dell'assistenza stessa sono riassegnate, soprattutto di fronte alle malattie croniche, poiché le azioni di assistenza si estendono necessariamente alla gestione della vita quotidiana e alle sue conseguenze sull'economia materiale e domestica, al cambiamento dei ritmi e degli spazi di vita, ai bisogni individuali e collettivi. Tuttavia, la vita impone una certa inesattezza che si presenta all'ambito dell'assistenza integrale con imprecisioni, in quanto gli utenti non sono sempre chiari sui loro bisogni, né hanno i modi migliori per esprimerle. Inesattezza e mutevolezza pertinenti alla vita stessa, cioè ai bisogni mutevoli, che ci chiamano a un continuo ascolto attivo e a processi valutativi dialogati, realizzati attraverso strumenti in grado di riconoscere la vita come un continuo potere di trasformazione, come un movimento capace di raccogliere modi diversi di sperimentare del mondo.

Il modo di valutare è un elemento trasversale delle 'microtransizioni'. Fondamentale per la ristrutturazione produttiva dell'assistenza negli Ospedali di Comunità, la valutazione implica uno sguardo ai bisogni della persona e del familiare e alle loro aspettative, a ciò che è possibile per il recupero del corpo biologico, agli adattamenti e alle approssimazioni tra il realizzabile e il desiderio; complessità realizzabile attraverso la creazione continua di spazi di dialogo che supportino la condivisione della storia, degli auspici e delle paure, e tutti gli attori che agiscono nella sua esistenza possono intervenire.

L'ascolto affettivo crea la connessione e l'apertura a un campo d'azione che risignifica il processo di malattia e diventa, quindi, un riconoscimento reciproco, centrato sui bisogni quotidiani in costante cambiamento e dove l'esperienza soggettiva della malattia si intreccia con la capacità di mantenere i legami e di riconoscere e accettare le tensioni inerenti al processo di cura. In questo senso, i piani assistenziale standardizzati non soddisfano la singolarità delle percezioni del processo di ammalarsi e spesso delle nuove condizioni di salute.

La discussione sul processo di cura trovava nell'obiettivo della riabilitazione per l'autonomia un punto di congruenza dei dibattiti del percorso formativo, ed è stata lei a portare il turbine di affetti tra i modi di operare della tutela nel processo di cura di un tempo e tutto ciò che ha predeterminato ciò che consegna "l'utente al centro delle azioni". La cura dell'autonomia presuppone la capacità di creare soluzioni uniche, che possono essere raggiunte solo attraverso la relazione e il dialogo con la persona, la famiglia, gli altri soggetti della rete e, in generale, con le risorse del territorio stesso.⁵

L'atto di valutazione dei bisogni della persona, attraverso la creazione continua di spazi di dialogo in cui il caregiver possa raccontare la propria storia e in cui tutti gli attori che agiscono nella sua esistenza possono intervenire (mappa esistenziale), diventa, quindi, un riconoscimento reciproco, centrato sui bisogni quotidiani che cambiano continuamente e in cui l'esperienza soggettiva della malattia si intreccia con la capacità di mantenere i legami e di riconoscere e accettare le tensioni insite nel processo di cura.

Nel dialogo, il gioco dell'imprevisto, lo scambio di incontri, convocano gli attori della vita quotidiana dell'Ospedale di Comunità a un altro tipo di presenza nell'istituzione, abbandonando i volti dell'esecuzione di procedure e di interventi precisi e, di conseguenza, tracciando a loro volta nuove configurazioni istituzionali, i soggetti attori ridisegnano nel campo delle micropolitiche caratteristiche, identità e incontri. In questo senso, è imperativo riconoscere i necessari adattamenti della (ri)organizzazione nei suoi diversi livelli - gestionale, amministrativo, tecnico e assistenziale - per una 'ristrutturazione produttiva' nella sanità. Considerare la componente relazionale, e nella produzione di autonomia focalizzare le azioni da parte degli utenti, significa convertire le interfacce del processo di cura alla 'cura in atto', equiparando la necessità di standardizzazione del sistema e delle sue procedure, con l'unicità di ogni incontro, al fine di sostenere un'istituzione flessibile e allo stesso tempo con chiarezza di azione e

⁵ Note di Campo

organizzazione dei suoi livelli. Il modo di operare nell'assistenza, avendo questa cornice come base, nella ristrutturazione produttiva del lavoro in salute implica l'innovazione di pratiche e prospettive, richiede la creatività e l'autonomia dei professionisti: innesca la produzione di una trasgressione istituzionale, culturale e professionale - uno sconfinamento.⁶

Nel tentativo di esprimere la completezza degli affetti posti nella ripetizione della parola nel percorso cartografico, dovremmo ricorrere a tutti i sinonimi possibili ad ogni uso, che nella singolarità di ogni significato raccolgono una maggiore capacità di comprensione di ciò che "sconfinamento" significherebbe nel quadro micropolitico della ristrutturazione produttiva del lavoro in salute. Sarebbe quindi necessario, in ogni sfumatura del dibattito, svelare l'essenza di ogni espressione: superare, estrapolare, superare, trascendere, attraversare, oltrepassare, trasporre, dominare, sopraffare, superare, soppiantare, superare, sottrarsi, sottomettere, vincere.

Nelle linee di fuga della disputa di modello e dei *concatenamenti* creati nell'implementazione delle cure intermedie, "invadere" e superare i limiti significa superare la rigidità della propria identità professionale e percepire il proprio fare nuove competenze, riconoscendo al contempo le competenze dell'altro. Sconfinamento, quindi, significa "andare e guardare oltre", come possibilità di fare spazio ad altri modi di stare al mondo, per cercare di sentirsi un collettivo. È una trasgressione che ci costringe ad agire in una prospettiva transdisciplinare e a ripensare i modi, i tempi e i luoghi della cura, tenendo conto della complessità e dell'ambivalenza; un processo che dovrebbe andare di pari passo con la creazione, da parte delle istituzioni, di nuovi spazi di negoziazione rispetto alla salute, alla malattia e alla morte.

In queste trasformazioni, qualcosa di meno notevole ha evidenziato la centralità dell'elemento - la *'prossimità'*. La cattura del processo di lavoro da parte di modelli egemonici, dalla qualità di ciò che è professionale, ha messo a tacere gli affetti generati negli incontri di cura. La componente relazionale non poteva essere considerata, la qualità

⁶ Dal sostantivo - CONFINI - In senso geografico, la zona di transizione in cui scompaiono le caratteristiche identificative di una regione e iniziano quelle di differenziazione; passa come al verbo transitivo che aggiunto al prefisso S diventa azione - passare arbitrariamente nel territorio altrui; in senso figurato, oltrepassare i limiti di un certo ambito: un discorso, una discussione (SCONFINAMENTO, 2022) - entrambi i significati rafforzano l'uso della parola in cartografia. In questo senso, qualcosa di ciò che può essere inteso come invasione è vicino a ciò che nel campo della micropolitica indica le dispute che si svolgono nella vita quotidiana.

di ciò che è essere un tecnico non comprendeva gli affetti. La ‘prossimità’ è stata spesso narrata solo come una componente del lavoro degli Operatori Socio Sanitario (OSS), la categoria professionale con minore formazione nella gerarchia formale delle professioni, e gli allori della prossimità sono stati diretti anche a loro, mentre la tessitura del ‘lavoro vivo in atto’ in tutto il dispositivo era la centralità dell’assistenza nell’Ospedale di Comunità.

Nell’ambito della macropolitica, la prossimità, nelle linee guida ministeriali italiane, è indicata come *un complesso di relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità, finalizzato a promuovere l’accesso alle risorse di prevenzione e cura, attraverso l’offerta attiva di servizi sanitari, l’orientamento ai servizi, la creazione di percorsi assistenziali e il coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment.* (ITALIA, 2022) Nell’operazionalizzazione dell’aggettivo di prossimità in ambito sanitario, l’accesso ci richiama a strategie che realizzano un’efficace azione di sensibilizzazione, la medicazione di sistemi e richieste e il coinvolgimento attivo della comunità.

Quello che viene inteso per prossimità non poteva eludere ciò che è tecnico, protocollare e professionale. Quindi, spesso si riduce al significato più concreto della parola: la distanza geografica tra i luoghi. La localizzazione del servizio è stata una componente fondamentale, raccontata come la possibilità di essere vicini agli utenti e alle loro famiglie. Tuttavia, nel percorso cartografico sono emersi altri elementi di prossimità, quasi sempre legati alla decostruzione della distanza procedurale del cosiddetto atto di cura.

In questo caso, molti tentativi di contatto, assenza della figlia che non ha partecipato al piano assistenziale del padre. Le poche telefonate che sono state fatte l’hanno accusata per la sua presenza lì, hanno messo in discussione le storie di alimentazione quasi incolpandola per le condizioni attuali - costretta a letto, ulcere da pressione in gradi preoccupanti, diabete, obesità patologica. Nella discussione, questa comprensione è evidenziata, in quanto si chiede che, essendo costretta a letto a causa di una caduta, non potesse andare a procurarsi il cibo da sola.

... a un certo punto la narrazione si è caricata, si è interposta di giustificazioni, ha finito per conferire richiamo al giudizio di errore o inadeguatezza. Lei, infermiera con più di 10 anni di esperienza nell’assistenza ospedaliera e parte dell’équipe dell’Ospedale di Comunità fin dalla sua apertura 5 anni fa, racconta che arriva un momento in cui non risponde più il telefono dell’unità, indipendentemente da quando si chiama. L’uomo, molto rattristato, chiese insistentemente quando sarebbe arrivata sua figlia. Quel giorno, alla fine del turno, dice che non poteva sopportare di vederlo soffrire e di aver chiamato la figlia in prima serata con il suo cellulare personale, chissà, forse avrebbe risposto. E così avvenne, quasi intuitivamente e colpita dal desiderio del

signore. Ha chiamato senza far pesare nulla alla familiare e ha iniziato un dialogo di empatia e preoccupazione, raccontando del desiderio del padre di vedere la figlia, delle richieste e delle mancanze che lei faceva nella sua cura. Una telefonata, raccontata dall'infermiera con l'emozione nella voce, riconoscendo di aver scoperto solo in quell'atto che ciò che impediva la presenza della figlia in ospedale era quanto temesse la perdita del padre dopo la morte della madre avvenuta pochi mesi prima. È stato solo da una telefonata fatta al di fuori del protocollo di non utilizzo del telefono personale che ha avuto accesso alla storia di quella relazione. Dopo la morte della moglie, subisce una caduta ed entra nella tristezza per la perdita, inizia una depressione, abbozzando solo piccole gioie al momento dell'alimentazione. Così la figlia è andata alla ricerca della sua gioia, dandogli da mangiare per ottenere sorrisi, questo è stato il suo prendersi cura. ... la violazione del protocollo e dell'empatia per entrambi nell'atto di prendersi cura e influenzare l'incontro è stato ciò che ha salvato il ri-significato della cura alla figlia.⁷

Negli incontri di formazione, all'inizio non si accettava serenamente di discutere temi come il legame, l'empatia, la soggettività, che sembravano legati a una mancanza di etica e di impegno professionale. È stato nelle discussioni sui casi, con l'aiuto di alcuni strumenti come diagrammi di flusso descrittivi, ecomappe e altri, che siamo riusciti a riconoscere gli affetti presenti negli incontri. Le chiediamo come si è sentito in una situazione del genere? Oppure le domande sulle frustrazioni, la rabbia e su altri affetti li hanno dislocati dalle narrazioni prevalentemente descrittive. Questo ha permesso loro di riconoscersi nella co-costruzione delle relazioni attuali di una dimensione assistenziale più possibile, nel riconoscimento della prossimità come componente soggettiva delle azioni, che permette di decostruire lo standard ospedaliero di un'assistenza più procedurale.

È in questo riconoscimento che, al di là delle descrizioni quasi protocollari di ciò che si produceva nella vita quotidiana dell'Ospedale di Comunità, si è iniziata a costruire un'identità, il nome che si adattava come primo passo di un'identificazione soggettiva non poteva essere l'ospedale. Nella vicinanza si evidenzia la componente dell'educazione alla salute, e nella messa in discussione di ciò che viene insegnato trovo le nuove possibilità di autonomia l'oggetto principale dell'incontro.

Nel passaggio attraverso ciascuna delle microtransizioni gli elementi - interdipendenza, "sconfinamento", valutazione e monitoraggio, prossimità - hanno evidenziato dispositivi di contestazione per una ristrutturazione produttiva della salute nelle cure intermedie. Le transizioni nella composizione di una ristrutturazione non

⁷ Note di Campo.

avvengono a salti, come affermato in precedenza, oscillazioni che esprimono la contestazione del modello.

Le cure intermedie nella performance del divario tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale nel 2020 sono riassegnate nello scenario Covid-19. L'arrivo di una pandemia evidenzia le dispute del modello e la potenza dei dispositivi e delle strategie proposte - nella difesa della vita, nel ristabilimento dell'autonomia, nella presenza dei membri della famiglia nell'atto condiviso di cura.

Gli attuali e necessari "altri sé" e i nuovi "se": i contesti della pandemia Covid-19

In mezzo a tanti cambiamenti... abbiamo circolato sentendo parlare di un virus, ma pieni di attività, nei dibattiti sulle dimensioni dell'assistenza, i timori per la pandemia non sono stati menzionati. Sapevamo di Wuhan, di alcuni casi nel Nord Italia e della sospensione delle attività scolastiche per la prevenzione. Conoscevamo il dolore delle distanze, ma non avevamo idea che ci avrebbero tenuti lontani per sicurezza e non per nuovi percorsi.

All'inizio di marzo 2020 abbiamo sentito l'annuncio di una pandemia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la diffusione del virus SARS-CoV-2 in tutto il mondo (CONCEIÇÃO, 2021). In quel momento, non si sapeva molto sulle possibili dimensioni degli eventi causati dal virus che quasi sconosciuto sarebbe passato, nel corso dei mesi e degli anni ricevendo diverse nomenclature delle sue varianti - Delta... Beta... Omicron... Esperienze provette nello spazio potenziale da scenari fittizi di film sulla fine del mondo. Spaventati e distanti, siamo stati devastati dagli effetti della pandemia, con impatti sulla vita quotidiana di ognuno. Comprendiamo i processi di globalizzazione a partire dal corpo, la circolarità locale-globale-locale, trasforma i paesaggi delle volte nascosti da maschere – velocità di propagazione annunciate in qualsiasi momento dai media. (LABONTÉ; MOHINDRA; SCHRECKER, 2011; BAUMAN, 1998; JANES.; CORBETT, 2009)

Le essenzialità delle “tecnologie dure” nel confronto con gli aggravamenti dell'infezione da Sars-cov-2 ribadisce la forza del modello medico egemonico. I sistemi sanitari iniziano una ricerca devastante di informazioni scientifiche, attrezzature e dispositivi altamente specializzati, e l'accumulazione capitalista del Complesso Medico-Industriale si accende nel caos. Le procedure e i protocolli guadagnano il ritmo e l'automatismo, la saturazione, la sedazione, la pronazione, le prescrizioni stampate e

propagandate come salvezza, i dispositivi di protezione nell'area sanitaria guadagnano le strade, il commercio.

Gli effetti della pandemia sono stati vissuti dall'umanità delle persone colpite dalla malattia, degli operatori sanitari che hanno lavorato ore e ore senza riposo, dei familiari lontani dai loro cari, dei lavoratori che hanno visto il loro ambiente familiare trasformarsi in uffici, o che sono disoccupati nell'impossibilità di utilizzare la loro forza lavoro corporea. Le misure di mitigazione, attuate dai governi come strategia principale per ridurre i rischi di trasmissione del Covid-19, hanno presentato alle società nuovi modi di vivere e relazionarsi. (CONCEZIONE; FRANCO; OLIVEIRA, 2022)

Il corpo biologico, protagonista inconfutabile delle discussioni sugli effetti della pandemia, inseparabile dalle sue impressioni e dai suoi affetti, è cambiato. Altre soggettività sono impresse nella vita. La paura di incontrarsi, o le nuove modalità di incontri, generano altri affetti, passioni tristi che aprono il divario al controllo dei corpi, alla biopolitica, alla manipolazione delle masse per altri interessi. (SPINOZA, 2010)

L'operatore sanitario, forza trainante dei sistemi, centro delle 'tecnologie lievi' di assistenza, sperimenta l'esaurimento. Lontano dai familiari, ore ininterrotte di lavoro e molte esperienze di malattia nel e attraverso il processo lavorativo – soggettività presenti negli incontri e nell'atto di cura. Il lavoro sanitario si trasforma, la paura dell'incontro, l'atto protocollare nell'interfaccia degli incontri cattura modi di fare una volta trasformati. Gli Ospedali di Comunità vengono nuovamente convertiti in assistenza ospedaliera e diventano reparto esclusivo Covid-19, i familiari vengono ancora una volta lontani dai corridoi dei servizi e ciò che acquista un ritmo preciso nelle prestazioni sono i protocolli.

In Italia l'impatto di essere il palcoscenico europeo di tante morti per Coronavirus è raccontato come uno scenario di guerra - le improvvise trasformazioni nei servizi che divennero il settore esclusivo di Covid-19, il lavoro estenuante di giorni e giorni. In Brasile, l'insicurezza di un sistema sanitario che, anche rottamato, si è dimostrato l'organizzatore di azioni sanitarie nel paese, pur con le debolezze di un'universalità così diversificata, essendo teatro di dispute politiche è stato costretto a unire le forze nella resistenza dei propri operatori nel protagonismo dei comuni nel coordinamento delle azioni, reso possibile dalla decentralizzazione. In questi mesi siamo stati diversi: abbiamo risignificato le esperienze, abbiamo valorizzato i professionisti della salute come

supereroi, abbiamo cambiato il modo di studiare, lavorare e divertirci; desideriamo fortemente tornare alla "normalità".

Dopo quattro mesi di vita caotica abbiamo fatto un incontro online. Non era ancora un periodo di pace, tutti abbiamo lottato per riuscire a incontrarci. Diverse distanze potevano essere calcolate nelle finestre di quella chiamata online, una risorsa che invadeva la nostra vita quotidiana e non veniva più utilizzata per connettersi all'altra parte dell'oceano. Gli occhi sono rimasti spaventati, sorridendo sulle maschere. Abbiamo compreso ciò che è stato discusso e il valore di ciò che abbiamo cartografato. La pandemia è stata l'analizzatore di quell'incontro e la riflessione ha reso espliciti i dispositivi presenti nella ristrutturazione produttiva del lavoro sanitario. Gli ospedali di comunità sono stati convertiti nel reparto esclusivo Covid-19, un'esperienza descritta come frustrante ed estenuante, come un passo indietro, come un ritorno al modello medico egemonico, alla difficoltà di isolare i pazienti e l'importanza delle famiglie e dei caregiver come una grande risorsa... frase ovattata dalle maschere hanno attraversato gli schermi e hanno toccato ognuno di noi... "per vivere ci vuole libertà"... "fa male rendersi conto che ci vedono come un rischio quando scoprono che siamo professionisti sanitari"... "i pazienti sono terrorizzati dall'ingresso in ospedale, e questo cambia il nostro rapporto"... "la paura del contagio e il peso di sentire che tutto questo sembra una guerra senza armi, uniformi e possibilità"... Silenzi.⁸

L'incontro di giugno 2020 aggiorna la discussione nel contesto delle esperienze di covid-19, si riaffermano le microtransizioni e si aggiornano i dispositivi per una ristrutturazione produttiva. Non si tratta solo del contesto degli ospedali di comunità, ma anche delle oscillazioni in mezzo alla pandemia nei servizi sanitari. Anche lo scenario epidemiologico si trasforma e, nel corso dei mesi, vediamo alcune delle patologie croniche legate a stile di vita non sano, comparire improvvisamente nel post-covid, la riabilitazione avviene negli aggravamenti derivanti dal periodo di ricovero, o nella permanenza di alcuni dei suoi sintomi.

Le sequele del processo infettivo del Covid-19, così come la durata del periodo di ricovero, rivelano questa necessità di investimenti in servizi riabilitativi focalizzati sugli approcci multidisciplinari ai problemi di salute delle persone, soprattutto con l'obiettivo di intervenire per garantire un'adeguata cura alle situazioni legate alle sequele e alle malattie gravi che insorgono, come le sindromi respiratorie lievi o le polmoniti da moderata a grave; grave lesione cardiovascolare; la formazione di microtrombi e fibrosi interstiziale con aggravamenti al fegato, ai reni e alla milza; Le sindromi neurologiche post infettive; l'ansia, il disturbo da stress post-traumatico, le depressione e altri disturbi

⁸ Frammento di appunti dal libro di viaggio – tenutosi in un incontro online nel giugno 2020 con il gruppo che ha effettuato la rotta RERSUS.

psichiatrici. Oltre a condizioni come l'insufficienza cardiaca, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cancro, diabete e altri, se associati a età avanzata, obesità, malattie croniche multiple e processi di insufficienza d'organo, eccetera. (BRUGLIERA *et al*, 2020).

In questo scenario, si pongono ai sistemi tre importanti richieste: quelle derivanti dall'infezione da Sars-cov-2, quelle derivanti dalla sospensione dei servizi e dai cambiamenti nei flussi e nella riorganizzazione del budget nel periodo delle ondate di infezione maggiore, che in qualche aspetto hanno prodotto un'assenza di assistenza, e quelle derivanti dai determinanti sociali come le richieste di salute mentale, la sicurezza alimentare e altri fattori dovuti alla maggiore vulnerabilità di alcuni gruppi.

Si inaugura un'era della pandemia attraverso il progresso delle tecnologie, della scienza e della farmacologia, nell'ampia circolazione delle persone e delle merci nella globalizzazione. La Covid-19 presenta uno dei risultati della società contemporanea e quindi è di per sé un dispositivo. (CONCEÇÃO; FRANCO; OLIVEIRA, 2022) Alla luce di ciò, si evidenzia l'attuale e necessaria reinvenzione di nuove azioni, altre di noi, del nuovo "se", dai contesti del Covid-19. Indicazioni che esprimono i valori dell'importanza delle alleanze tra le istituzioni e la comunità, nel ribadire il passaggio dal guarire al prendersi cura. Orientamento collettivo per la prevenzione, assistenza concentrata a casa per evitare la circolazione, un'autonomia guidata per intraprendere le azioni migliori in caso di problemi, cambiamenti marcati nei sistemi sanitari e nel rapporto tra servizi e comunità. Abbiamo assistito alla creazione di strategie come le infermiere di comunità, la teleassistenza, i test e i vaccini nella modalità *drive-thru*, e numerosi altri tentativi di rendere la comunità presente nella cura delle popolazioni.

I servizi sono stati trasformati e hanno reinventato i modi di produrre l'assistenza, una trasformazione che è avvenuta dal riconoscimento delle esigenze di cambiamento e nell'apprendimento di stare in costante cambiamento. I nuovi profili epidemiologici richiedono una (ri)strutturazione dell'assistenza territoriale - la capacità di essere e rimanere in rete, di sostenere gli aggravamenti delle malattie; le dimissioni ospedaliere, e l'assistenza ai familiari che, a casa, sono stati talvolta infettati o meno, e che comunque hanno sofferto le paure e le angosce della pandemia. L'aumento del numero di ricoveri, la necessità di dimissioni protette, i costi degli ospedali di maggiore complessità, la lungodegenza e la necessità di cure specialistiche, la post-dimissione e l'autonomia degli utenti - hanno rimandato la proposta di cure intermedie, poiché il divario esistente tra l'assistenza ospedaliera e le cure primarie è rimesso al centro della pandemia. Il consumo

di alta tecnologia e l'iper-specializzazione acquistano protagonismo e invisibilità dell'assistenza primaria, sottoposte a direttive centrali su misure di prevenzione come la corretta igiene delle mani e l'uso corretto delle maschere, perde la sua potenzialità.

Nell'aggiornamento e nel divenire latente nella pandemia, siamo altri, e saremo cosa ora? Dobbiamo (ri)guardare tutto con nuove lenti. Ciò che guardiamo ha vesti uguali, interposte da domande che modificano lo sguardo: ha mai avuto il covid? È stato ricoverato in ospedale? Ha preso i vaccini, quante dosi? Stabilisce un tempo da vivere e da capire questa esperienza, che permeata di oscillazioni, è stato complessificata da uno scenario ancora in fase di scoperta. Riletture di una transizione già indotta dalle cure intermedie. E, quindi, identificato nei dispositivi cartografati – *interdipendenza*, “*sconfinamento*”, *valutazione e monitoraggio*, *prossimità* – il nucleo delle proprie caratteristiche. Poiché l'intero dispositivo è *quindi, definito da ciò che contiene in termini di novità e creatività, che segna, allo stesso tempo, la sua capacità di trasformarsi oppure rompere a favore di un dispositivo del futuro.* (DELEUZE, 1990)

Su scala globale, *ci siamo visti interdipendenti*, dal nostro vicino per l'assistenza, tra Stati, città e paesi per misure di mitigazione e nella resistenza politica, nella produzione e nell'esportazione delle forniture mediche, nella scoperta di nuovi ceppi e nella produzione di vaccino - elisir per il ritorno alla vita normale. Nel processo di lavoro, abbiamo sentito la distanza dal familiare che, assente dal servizio non condivideva più l'assistenza ai parenti ricoverati, abbiamo combattuto per la presenza di soggettività anche nelle voci silenziate dall'intubazione, *riarrangiamenti in grado di ricevere quell'individuo e le loro singolarità* - record affettivi con nomi di persone importanti, guanti di lattice riempiti con acqua calda per simulare le mani tenute durante il coma, le canzoni preferite durante le procedure, videochiamate con i professionisti o con i propri familiari durante l'isolamento, volti che nascosti dietro l'attrezzatura, e che erano rappresentati da foto inchiodate al petto di ogni professionista. Resistiamo!

Abbiamo (ri)configurato e reinventiamo l'organizzazione istituzionale, nel processo di lavoro che abbiamo ricollocato il ‘modo di fare’ e siamo andati oltre, superato i limiti, ecceduto, estrapolato, trasceso, soppiantato, soggiogato – “*sconfinamento*”. Abbiamo introdotto nuove modalità per connetterci - dal contatto telefonico, l'uso di app di comunicazione e la telemedicina. La teleassistenza intelligibile nell'accesso e negli affetti - nuovi modi di prendersi cura. Controversie e *concatenamenti* che hanno tracciato linee di fuga per la produzione di assistenza. Le istituzioni sono diventate forme ibride di

esistenza, e, hanno iniziato a produrre altre soggettività – scuole, aziende, chiese, eccetera. *"Era così tanto lavoro che i fisioterapisti aiutavano ad assistere il paziente durante i pasti, tutti facevano tutto, era necessario prendersi cura".*⁹

Alla velocità degli eventi, la produzione dell'assistenza aveva *nella valutazione e nel monitoraggio* dell'accuratezza della difesa della vita – febbre, saturazione, test – limiti protocollari che comportano l'offerta posti letto. D'altra parte, gli incroci prodotti dal Covid-19 hanno modificato i protocolli di cura, dividendo i processi tra azioni di emergenza e azioni elettive. Abbiamo concentrato l'assistenza in ciò che era aggravato, nelle prestazioni sotto la malattia, le azioni di prevenzione e promozione focalizzate sulle misure di assistenza per la protezione e contro la trasmissione di Covid-19. Alcuni mesi che si sono accumulati con l'aggravarsi dell'infezione da SARS-coV-2, hanno riportato la necessità di reinvenzioni nella cura delle malattie croniche.

Nel monitoraggio, le nuove tecnologie sono state introdotte con maggiore forza nel sistema. La teleassistenza si distingue come una possibile strategia di assistenza sicura nell'esperienza del sistema unico collegato all'equipe di Medicina di Famiglia e Comunità, come il programma di esito positivo - 'Atende em Casa' (assistenza a casa), della città di Recife - Brasile, proposta per evitare gli spostamenti degli utenti verso le unità sanitarie per ricevere orientazioni. In Italia, il domicilio diventa uno spazio più attivo dell'assistenza con le Unità Speciali di Continuità Assistenziale che concentrano l'assistenza ai pazienti con Covid-19 che non richiedevano ricoveri ospedalieri, ma che avevano bisogno di essere valutati e monitorati. Movimenti che modificheranno i sistemi, che presentano nuove tecnologie.

Infine, *la prossimità*, un componente soggettivo delle azioni, si attualizza nei (ri)incontri, vivere a distanza dalle comunità, in assenza di familiari negli ospedali di comunità, approfondisce i valori reali dell'essere vicini. *"Sono stati mesi molto difficili perché comprendiamo le dimensioni della risorsa che abbiamo con i parenti"*.¹⁰ In questo senso, diamo luce ai contesti e al protagonismo della comunità nel processo decisionale

⁹ Frammento narrazione del professionista infermieristico tenutosi in un incontro online nel giugno 2020 con il gruppo che ha effettuato il percorso RERSUS.

¹⁰ Frammento della narrativa di un vettore sociosanitario tenutosi in un incontro online nel giugno 2020 con il gruppo che ha effettuato il percorso RERSUS.

e nell'esecuzione delle richieste. Il vicino ascolta, condivide e accoglie la comunità, incontri che sono reinventati. Gli infermieri acquisiscono l'aggettivo – comunità (*infermiere di famiglia e comunità*) – nella prestazione dell'essere e del prendersi cura negli incontri nella e per la comunità, soprattutto nel processo di educazione sanitaria per rafforzare l'autonomia dei cittadini, delle loro famiglie e dei loro caregiver, per offrire sostegno e assistenza in modo che possano trovare le proprie soluzioni ai loro problemi. (RER, 2022)

Le persone e le strategie, alla luce della pandemia, hanno reinventato e aggiornato i loro modi di fare. Essere diversi, sperimentare nuove forme, generare nuovi “se” in un processo di deterritorializzazione è il tono attuale e necessario per un'umanità che ha attraversato 455.675.890 casi di infezione e 6.038.904 morti finora. Non c'è modo tornare esattamente allo stesso punto in cui si partì a gennaio 2020, essendo quindi, il covid-19 stesso un dispositivo ...

.... spezza il filo delle teleologie trascendentali e lì, dove il pensiero antropologico interroga l'essere dell'uomo o la sua soggettività, rende manifesto l'altro e l'esterno con evidenza. ... stabilisce che noi siamo differenza, che la nostra ragione è la differenza dei discorsi, la nostra storia alla differenza dei tempi, il nostro io la differenza delle maschere. (DELEUZE, 2022)

CONCLUSIONI

Va considerato che...

La potenza estetica del sentimento, pur essendo uguale di diritto alle altre – potenza di pensiero filosoficamente, di conoscere scientificamente, di agire politicamente – è forse in procinto di occupare una posizione privilegiata all'interno dei *concatenamenti di enunciazione* collettiva del nostro tempo (GUATTARI, 2012, p. 116).

Nelle trasformazioni di questo periodo è cambiato anche questo studio, il cartografo che torna nel suo paese si abitua rapidamente al contesto di un sistema unico sanitario, ma così sconosciuto nei mesi successivi a questa ritorno - immersione. Pieno di esperienza (*in – mondo*), ritorno con il virus senza portarlo, ma con esso tutti i ritmi e le velocità, i modi di operare dell'organizzazione della vita sono usciti da un controllo/accoglienza catturando tempi e tranquillità.

La scritta e la stesura della tesi, attraversati dalla vita quotidiana e dall'inquietudine, paralizzano e si esauriscono. Il rientro come dirigente gestore del sistema, presente al SUS, le sequenze dei giorni e delle notti al lavoro e il vuoto dell'esaurimento annulla la pianificazione. Ciò che si aveva era un unico tema, la Covid-19, e una canalizzazione creativa per resistere.

“L’esausto è molto più dello stanco. ‘Non è semplice stanchezza, non sono semplicemente stanco nonostante la salita’. Lo stanco non dispone più di nessuna possibilità (soggettiva): e non può quindi mettere in atto la minima possibilità (oggettiva). Ma questa possibilità permane, perché non si attua mai tutto il possibile, anzi lo si produce man mano che lo si va attuando. Lo stanco ha esaurito solo la messa in atto, mentre l’esausto esaurisce tutto il possibile. Lo stanco non può più realizzare, ma l’esausto non può più possibilizzare”. (DELEUZE, 2010, p.67)

Paralisi produttiva di altro divenire.

Le ambiguità delle nuove richieste su vecchi problemi

L'aumento delle malattie croniche, la necessità di creare strategie che potrebbero agire nella cura del corpo, ma potrebbero anche intervenire negli stili di vita e in altri determinanti sociali della salute. Esigenze già presenti nei Sistemi Sanitari che nel contesto della Covid-19, vengono riposizionate in scale più ampie e in interventi ancora da costruire. Stiamo imparando a conoscere i danni reali che l'infezione da Covid-19 può causare nel tempo e allo sviluppo della ricerca. Tuttavia, conosciamo già i risultati dell'aumento dei fattori di rischio, come il fumo, l'alcol, l'obesità, l'inattività fisica e l'alimentazione inadeguata; a ciò aggiunge l'importanza dei determinanti sociali, e la disoccupazione e l'aumento delle disuguaglianze sociali.

In questo senso le cure intermedie come azione proposta nell'ambito della gestione dell'assistenza territoriale portano come nucleo l'attuale e necessaria possibilità di reinvenzione dell'assistenza nel *concatenamento* per un cambiamento paradigmatico, soprattutto nell'intervento con persone con malattie croniche, disabilità gravi e cure palliative, rompendo con il divario tra l'ospedale e la comunità. Pertanto, nel riposizionarle come strategie l'efficacia delle azioni, le linee di fuga rese visibili nella cartografia guidano i passaggi che compongono le oscillazioni che caratterizzano il campo di disputa.

L'introduzione dei dispositivi – *interdipendenza*, “*sconfinamento*”, *valutazione e monitoraggio*, *prossimità* – ha presentato, nelle oscillazioni quotidiane della produzione

dell'assistenza, la capacità di trasformare o aprire fessure nelle egemonie, consentendone la dissoluzione nel tempo: rafforzamento dei collettivi nella (ri)conoscenza dell'interdipendenza; nella condivisione della conoscenza e nell'espansione della clinica nello “*sconfinamento*” e nella scomposizione dei poteri; nella consapevolezza delle linee di forza presenti nel campo della disputa del modello attraverso la *valutazione e il monitoraggio*; e, infine, la tessitura di prossimità delle “tecnologie lievi”, in presenza del lavoro vivo, come detto in precedenza, creando uno spazio di ‘*intercessore*’ tra l'operatore sanitario e l'utente, in cui circolano intensità in grado di trasformare entrambi gli attori dal modo in cui sono colpiti. (MERHY, 1997)

Pertanto, lo scenario pandemico evidenzia l'urgenza di una ristrutturazione produttiva, soprattutto per le esigenze di nuove produzioni, di altri territori attraverso una transizione tecnologica. Questo si rivela negli sforzi relativi all'implementazione e al rafforzamento della teleassistenza; gli interventi di prevenzione delle malattie nella diversificazione delle azioni di comunicazione e interlocuzione con la popolazione nell'atto dell'assistenza collettiva, come l'immunità di gregge; il dialogo intersettoriale, soprattutto economico, nell'organizzazione dei processi produttivi per renderli più sicuri per quanto riguarda il rischio di infezione, sono state reinvenzioni dei sistemi e l'uso di tecnologie e territori non presenti abitualmente nella produzione dell'assistenza, oscillazioni che promuovono la differenziazione dei tanti “noi”.

Processi e Finalizzazioni

La "nuova normalità" si impone con anomalie incompatibili con i vecchi modi di operare la vita e l'assistenza sanitaria. Il processo di stesura della tesi e costruzione della conoscenza a partire dagli incontri presenta discontinuità che richiedono atemporalità, trasduzioni di affetti, gli incroci di una vita pandemica che soggettivamente e oggettivamente riorganizza i piani, i desideri e le azioni.

La cartografia ha riunito tessiture di varie discipline in questa scrittura, segnando la molteplicità degli affetti, del vivere e soprattutto i numerosi *concatenamenti* dei percorsi di deterritorializzazione: il luogo del ricercatore, i metodi di ricerca, le trasformazioni culturali del campo di studio e nei miei processi soggettivi, il semplice parlare e pensare, la scrittura. Trasduzioni che di per sé creavano campi di scambio, producevano trasformazioni. L'esercizio di condurre meglio le narrazioni, gli affetti, le storie e i processi verso un'altra cultura, altri contesti e storie, richiede una reinvenzione

del percorso dottorale, soprattutto quando gli approcci dell'intervento in Italia, gli strumenti e le strategie che hanno riferimenti nella salute collettiva e nell'educazione permanente alla salute in Brasile – scambi pratici che hanno permesso da un lato linee di fuga e dall'altre divenire.

Va considerato che l'estraneità presente nella cartografia era un fattore permissivo di vulnerabilità che produceva incontri genuini e aperture al divenire. Le esperienze di questo confronto hanno permesso gli allontanamenti che hanno aiutato il passaggio dallo sguardo obiettivo a quello delle suggestività presente nel collettivo di ricerca-formazione-intervento del progetto, guidato dal cartografo per rivisitare i processi e gli affetti. Processi riconosciuti ed espressi dal collettivo soggettivamente trasformato dagli interventi lungo il percorso; enunciati da narrazioni, postume alla fine del progetto, che indentificavano l'operatività di azioni inventive che costruivano linee di fughe dei *concatenamenti* intessuti durante l'emergenza pandemica per sostenere “tecnologie lievi” -relazionali, o quando non era possibile soppesarne l'impraticabilità imposta dall'isolamento. In questo senso, l'ultima zona di *intensità* afferma le tensioni presenti nel campo micropolitico, evidenziate nelle *microtransizioni* nelle loro oscillazioni, e nei risultati dell'intervento come dispositivi di ristrutturazione produttiva in salute.

Nel cambiamento delle composizioni tecnologiche del processo di lavoro in salute in una ristrutturazione produttiva, si evidenzia un campo di disputa multifattoriale, che in un processo vivo e relazionale si trasforma ad ogni incontro. Le oscillazioni presenti in ogni *microtransizione* collegano le esperienze di una collettività, attraversate da contesti storici e culturali, ma che rivelano essenzialmente passaggi importanti per la trasformazione della produzione dell'assistenziale. Cartografare queste oscillazioni in un momento pre-pandemia, nel dialogo interculturale della cooperazione internazionale, e il ritorno delle discussioni durante tutta la pandemia hanno ricreato significati e ribadito microtransizioni – *interdipendenza*, “*sconfinamento*”, *valutazione e monitoraggio*, *prossimità* – come dispositivi.

Inoltre, la cooperazione internazionale nella tessitura degli incontri è stata, di per sé, un dispositivo che, sulla base delle circolarità prodotte tra le esperienze, ha ricreato significati. Un luogo da cui è possibile operare cambiamenti, nelle somiglianze e nell'alterità degli scenari delle pratiche di servizio sanitario in entrambi i paesi, e dalla stessa reinvenzione del modello di cooperazione che ha configurato il carattere strategico

del Progetto RERSUS. Cioè, strategico per lo sviluppo di entrambi i paesi, dove le varie esperienze possono fondersi per produrre il comune tra tutti coloro che vi partecipano, e questo comune è la forza trainante che mette in moto la cooperazione.

Infine, in questa proposta di continua affettazione è che concludiamo salvando gli obiettivi di queste pagine - condividere considerazioni, ricapitolare e raccogliere narrazioni esperienze di un'immersione cartografica interventistica - che di per sé fornirà numerosi altri incontri che si estenderanno a nuove idee, altre *zone di intensità* e pause necessarie. (Ri)letture - spazio tra testo e lettore, che possono presentarsi come *intercessori, concatenamenti* produttrici e aggiornandosi in contesti diversi, nella pretesa di divenire irriducibile, l'eterogeneità capace di creare differenziazione.

Bisogna considerare il desiderio...

Il desiderio è l'essenza stessa dell'uomo, mentre è concepito come determinato, in virtù di un dato affetto di sé, ad agire in qualche modo"

– Espinosa, Etica III, Definizione di affetti 1 (SPINOZA, 2010)

Dobbiamo (r)esistere!

INTRODUÇÃO

Pontos de Partida

As palavras que aqui se vertem, uma a uma, saltam de mim como lembranças encarnadas, fazem emergir do corpo as vivências que constituíram esta experiência. A cada palavra escolhida, um fluxo de passagem se desenha entre recordações cotidianas que parecem escorrer dos dedos diretamente para as teclas. Emerge entre as letras, memórias sinestésicas que já foram muitas vezes narradas à diferentes interlocutores, compartilhamentos informais em torno de mesas extensas, entre brindes e risadas, por mensagens instantâneas que cruzavam saudades; ou ainda, divididas formalmente com narrativas interpostas por microfones e monitores, entrelaçando ideias que ganhavam semânticas nas pausas explicativas das traduções. Percurso que permitiu um exercício reflexivo e o adensamento dos encontros no corpo, subjetivações que reiteram a imparcialidade do pesquisador no campo e fazem da pesquisa-intervenção dispositivo de transformação mútua.

Na difícil tarefa de produzir uma pesquisa, reconhecendo a implicação entre pesquisadora e objeto, muitas foram as pausas e os ensaios até que as palavras pudessem escorrer nestes papéis estruturando uma tese, que compõe etapa final do processo doutoral. Tempos e velocidades de uma produção que não tem como propósito unívoco a titulação acadêmica. Produção que não se apresentar inerte em essência gramatical nominativa – tese – que significa a *‘proposição que alguém expõe’*; nem mesmo no esforço ativo do sentido original latino – *thesis-* *‘ação de pôr em ordem, ação de estabelecer’*. (TESE, 2021) Não!

Se tem com este estudo pretensão propositiva de demonstração, e também o exercício de expressão de intensidades e afetos, incorporando assim o conceito de “ciência intuitiva” segundo Spinoza (2004) – que nele em si ao encontrar o leitor se transforma a partir de conexões e fluxos intensivos de afetos. Portanto, na tentativa de melhor aproximar a tese dos seus objetivos – compartilhar considerações, recapitular e reunir narrativas vivências de uma imersão cartográfica interventiva – fazemos uma inflexão para emergir as processualidades, ações e atemporalidades às páginas que se seguem. Deste modo, para a criação coesa com a metodologia escolhida para a pesquisa, esta produção se expressa e identifica tanto pela ação, o verbo transitivo – tesar quanto

por seu sinônimo entesar, um verbo pronominal. O primeiro, nos remete a exigência gramatical de complemento, não tem sentido final, é alterado pelo objeto que se conecta – podendo o leitor compor com a produção. O segundo é acompanhado por pronomes que indicam as ações relativas ao sujeito que as efetua, que estreita as distâncias entre pesquisador e pesquisado, e sustenta uma produção coletiva, sem individuar um único sujeito de atuação.

A construção de um texto que conseguisse traduzir uma cartografia coletiva, não foi nem um pouco fácil. Nem tampouco fácil foi possibilitar um certo devir-escritor (CORAZZA, p.103, 2009) em meio a captura do trabalho na saúde, em torno ao Sistema Único de Saúde (SUS), na experiência da pandemia da Covid-19. Esta dimensão de produção de escrita imersa no contexto de mudanças que ocorreram com a pandemia, o meu retorno ao Brasil, imersão em novo processo de trabalho, e tantas outras vivências singulares – mesmo não fazendo parte das narrativas cartográficas deste *entesar* estará impressa como afetações advindas do campo da desterritorialização existencial da autora (DELEUZE; GUATTARI, 1995), bem como na consequente e longa suspensão que ocasionou – longos doze meses de outras escritas. Momentos de resistência, de valorização e personificações do SUS em sua centralidade na defesa da vida.

Então, o passo dado para fora da paralisia da escrita doutoral, que tinha como disputa desleal a urgência de documentos, fluxos e protocolos para o enfrentamento de uma pandemia, foi possível apenas após a superação de “paixões tristes” que invadiam meu corpo, como a autocobrança, medo, culpa e tantos outros afetos que sufocavam o devir-escritor. Somente após alguns desaprisionamentos é que o corpo pode, mesmo que exausto, entender que o ato o movia para o campo denso e necessário do trabalho em saúde, em movimento sincrônico ao ato de resistir, movimento de criar multidões¹¹, e assim conseguir passar e adensar em subjetividades os encontros - com a língua mãe, com o sistema sanitário que aprendi, éticas, políticas e estéticas do cuidar. Portanto, já não sendo o mesmo corpo que cartografou as experiências da pesquisa, coloca-se novamente em transformação, ao lembrar e escrever sobre elas.

¹¹ Spinoza ao discutir o povo e as relações e poder, apresenta o conceito de multidão em oposição ao uno, contendo inúmeras diferenças internas, as quais não podem jamais ser reduzidas a uma massa única. Em análise do sujeito político, a multidão aproxima-se do conceito de multiplicidade que age em comum, mas que, internamente, matem-se diferente, sendo o termo mais adequado para designar o sujeito coletivo em Spinoza – Multidão. (SPINOZA, BARUCH. Tratado Político. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.)

O marco de início deste percurso foi de difícil determinação, os atravessamentos e transversalidades (LOURAU, 2007; BAREMBLITT, 2002) imprimiram multiplicidades a cada ato- conexões infinitas, encontros de outros tempos, processos de aprendizagem que os tornaram concretos, reuniões de ensaios que adensaram saberes que compuseram esta viagem. Diferentes agenciamentos que serão pontos de diálogo e que emergirão a cada *zona de intensidade contínua*, cada “platô” que constituiu o mapeamento cartográfico. (DELEUZE; GUATTARI, 1995) O reconhecimento das lentes e marcas no corpo do cartógrafo, e a abertura de fendas e transformações pelos encontros da pesquisa-intervenção foi dispositivo da cartografia. Contudo, estes não serão, no exercício de *entesar*, em si objeto de análise ou debate. Escolho, não despropositadamente, chamá-los de atravessamentos e transversalidades, pois a todo momento em que durante a viagem havia o encontro e muitas vezes confronto com o instituído, pude nas vivências da *estrangeriedade* criar linhas de fuga, ser dispositivo da própria intervenção.

Neste contexto, a escrita da tese foi processo, composta por ensaios, por coleções de inícios, que como afetações produziam um certo desistir. O atravessamento das lógicas instituídas do que é uma produção científica, também na formalização do processo doutoral, bem como acontecido nas experiências de imersão da viagem cartográfica, conviveu com dualidade de atender uma exigência de normas e padrões para coabitar nos modos de expressar o potente da intervenção, do que constituiu o estudo e da cartografia produzida no percurso do pesquisar cartógrafo.

Portanto, os campos de imersão deste estudo serão adjetivados como “platô”, *zona de intensidades contínuas*, meses de um in-mundar e emaranhar de corpos – campo de ‘afetações’. (ABRAHÃO *et al*, 2014) Por isso “platô”, por não se constituir somente do fora, daquele fora de colocar olhar retina para capturas estáticas para serem impressas nestas linhas como fotografias “palavraseadas”¹².

¹² “Palavrasear” – palavras + ear - neologismo para intensificação da ação de colocar em palavras as afecções produzidas nos encontros. (ear) - sufixo formador de verbos a partir de substantivos, ação, estado ou processo, na formação de verbos da primeira conjugação. (EAR (sufixo) - Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [online] Lisboa: Priberam informática, 2021. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/ear>. Acesso em: 02 mar de 2021.) A ênfase marca os esforços para além de conceber em palavras as afecções, mas também para os momentos de encontro com ulterior complicador o idioma enquanto grupo de representações simbólicas, cultura e identitária.

Na expressão destas intensidades alguns pontos não serão resolvidos, sendo o principal deles as palavras, idiomas, costumes, expressões... O dizível não se reduzirá em nenhum momento a simples traduções, pois não se objetiva aqui interpretar, e sobretudo, tratando-se da linguagem a expressão de ideias e sentimentos por meio de signos convencionados, tentaremos produzir pausas, movimentos de transduções¹³.

Neste contexto, diversas estratégias serão usadas para reconstruir um campo de produção de subjetividades, tomar-me-ei de empréstimo outras linguagens que possam conectar memórias, criar fluxos de passagens, narrar sensibilidades. A escrita tem as marcas de tantas leituras, impressões, empréstimos, conexões que agenciaram o percurso cartográfico, e o momento do *entesar*. No vai e vem do que se constituiu a viagem cartográfica, distâncias longas ou curtas, eram medidas por tempo ou metragem, transpostas por encantamentos¹⁴, e, portanto, inevitáveis de estarem presentes nesta produção.

O entendimento da leitura como um dispositivo de encontros e transformações, a partir das expressões das intensidades aqui narradas pela recomposição de memórias, fez com que optasse por uma estrutura, que facilitasse a compreensão da experiência criando circularidades entre molar e molecular na experiência dos cuidados intermediários. (DELEUZE; GUATTARI, 1995) Deste modo, a apresentação da proposta no âmbito macropolítico amplia os encontros e contextualiza as discussões possibilitando que as transduções criem significados. Este mesmo exercício, foi instrumento fundamental para a cartografia no momento da imersão, foi a partir do campo molar que as fendas para compreensão das narrativas e do campo afetivo emergiram enquanto agenciamentos. Não menos fundamental para as conexões que criam elementos para a intervenção no campo de pesquisa.

¹³ Transdução – do latim *transductionem* – conduzir ao longo ou cruzar, transferir (trans-, «além de» + ductiōne-, «ação de conduzir»). (TRANSDUÇÃO. Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [online]. Porto: Porto Editora. 2021. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/transdução>. Acessado em: 16 jun 2020.) A escolha de utilizarmos transdução em diálogo e substituição da palavra tradução liga-se a sua raiz etimológica e seu sentido na análise institucional. Deste modo, Lourau (2004) apresenta o conceito “como no espectro das cores, dois polos extremos e periféricos – são finais, limites. É a partir do centro (o verde-amarelo) que se sucedem as várias cores localizáveis e designáveis, fundando-se umas nas outras. Este movimento, resultado de potencializações e atualizações, é a transdução”. (LOURAU, René. Implicação- transdução. In: ALTOÉ, Sonia (org). Analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC; 2004.p. 212- 223.).

¹⁴ “Encantamentos” – utilizado como referência a poesia de Manoel de Barros – *Sobre Importâncias* – que metáfora a palavra ‘encantamento’ como unidade de medida a ser aplicada aos afetos perpassam a valoração das importâncias na subjetividade dos indivíduos. (BARROS, Manoel. Memórias Inventadas: A Segunda Infância. São Paulo: Planeta, 2006.)

Pausas – planos de imanência

As pausas são *planos de imanência*, momentos importantes de adensamento do percurso cartográfico. O plano um espaço onde os conceitos habitam em sua potência, consistente. (DELEUZE; GUATTARI, 1993) Alguns conceitos serão utilizados como lentes e ferramentas durante o percurso cartográfico, as pausas nos permitiram reunir pensamentos e traçar horizontes para a cartografia. Vale justificar, que mesmo a pausa não indica o não movimento, e sim um intervalo, em que os conceitos se movem na tessitura de sentidos e nos adensamentos subjetivos das vivências.

“A ida-e-volta incessante do plano, o movimento infinito. Talvez seja o gesto supremo da filosofia: não tanto pensar o plano de imanência, mas mostrar que está lá, não pensado em cada plano [...] o que não pode ser pensado, e, todavia, deve ser pensado”. (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 73)

As pausas deram início ao percurso cartográfico, mas também produziram intervalos que retomaram intercessores, constituíram “outramentos”, permitiram adensamentos, e, sobretudo, reuniram e organizaram os instrumentos do percurso. A entrada no campo da micropolítica para investigação e intervenção não é feita pela passagem por uma cortina de contas, mas por uma porta de duas trancas com chaves não marcadas, presas em um grande molho de chaves. Neste sentido, a presença de um plano de imanências que desenhe horizontes foi fundamental para o percurso cartográfico, e, portanto, necessário de ser compartilhado nesta etapa, sejam os mais subjetivos quanto os mais objetivos. Neste sentido, as pausas fazem a tessitura de sentidos: da escrita, do corpo encontro, dos deslocamentos e aprendizagens, da nova cultura, dos intercessores que generosamente produziram conceitos e reflexos que fazem parte do processo, as fendas do entre lá e cá, e o terreno objetivo ao qual caminhamos.

Platôs – zonas de intensidades

Os platôs “palavrados” na tese, foram as zonas de intensidades que em diversos momentos do percurso cartográfico produziram encontros que trouxeram à tona as linhas de força, linhas de fuga, e os afetos capazes de transformações subjetivas. Para “palavrado” todas estas intensidades algumas outras linguagens e intercessores foram necessários: imagens, fotografias, literaturas e escritas afetivas.

As zonas de intensidades se pautam e foram constituídas no e pelo coletivo. Neste sentido, sendo na produção de transversalidades da cartografia, as produções coletivas

marcam a multiplicidade no agenciamento, na enunciação de coletivos, na produção de saberes que a partir do discurso de coletivos concentrou-se enquanto intervenção nos efeitos dos encontros dando dizibilidade e visibilidades para as relações de poder e saberes presentes no processo. Neste contexto, algumas vozes são lidas em suas narrativas, outras são remontadas a partir do meu encontro com elas, mas em ambas os platôs reuniram a construção coletiva da cartografia, e o diálogo delas com os intercessores do processo.

Por fim, como marca de uma atualidade, mas presente nas inúmeras interferências produzidas no processo de entesar, a Covid-19 produziu atravessamentos e transversalidades na produção do cuidado e na necessária atualização dos modos de operar o cuidado; e, nos diálogos e nas reflexões que foram produzidas no percurso cartográfico, reafirmando-as enquanto estratégias de reestruturação produtiva também para as novas demandas do contexto da pandemia.

Pausa...

“Eu-pesquisador” – ensaios cartográficos

A Escrita de uma cartografia

...o ato de pesquisa não se completa se não na e pela epifania escritural codificada pelas expectativas, prescrições e tolerâncias da instituição cultural-científica-editorial. (LOURAU,2004. P.199)

A primeira inflexão para este entesar é a escrita acadêmica. Como colocar nas linhas de uma tese as afecções de tantos encontros? Como colocar em linguagem, marcas, processos, representações, palavras com significações em outro idioma. Pausa... respiração... muitos ensaios... experimentações... abandonar. Deleuze (1997), na obra *Crítica e Clínica*, apresenta e discute a escrita enquanto um encadear de devires, algo sempre incompleto. “Escrever não é certamente impor uma forma (de expressão) a uma matéria vivida”. (DELEUZE, 1997, p.11) Nesta pausa encontramos o ‘devir escritor’ que, simultaneamente pelo processo, torna-se em devir leitor - do diário de campo e outros autores; dos recados deixados a lápis nas laterais dos textos para não serem perdidos ou misturados nos adensamentos que provocaram, e para, “no agora”, serem resgatados como fora na reconstrução deste entesar; ou, devir revisor do texto sempre inacabado. Devires múltiplos que estão em contínua zona de vizinhança.

“Palavrarsear” as afeções do acompanhamento dos processos que compuseram a intervenção desta pesquisa, implica em uma certa inexatidão – caráter processual em que não se busca um fim, e, portanto, inacabado. Na inversão do método não partimos de um objeto com a verificação de hipóteses pré-determinadas, mas no ‘caminhar’, aberto às experiências, ao inusitado do vivido. Neste sentido, o objeto principal da pesquisa tem centralidade na revelação da produção de subjetividades, e, apresenta como condição intrínseca ao fenômeno, características como o movimento, a transformação e a processualidade. Ou seja, é cartografar a *inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações*. (ROLNIK, 2011)

Para tal, não foi apenas o visível a ser capturado e para ser aqui descrito, mas o movimento, o invisível e imprescindível, o que se fez sincrônico ao seu processo de composição. Barros e Kastrup propõem então que, *a espessura processual é tudo aquilo que impede que o território seja um meio ambiente composto de formas a serem representadas ou de informações a serem coletadas*. (BARROS: KASTRUP, 2009, p.59)

Deste modo, a produção escrita da tese não pode se refutar ao caráter da proposta cartográfica. Enquanto pesquisa intervenção, Lourau (2004) realiza uma distinção quanto à intervenção como método, que por meio da implicação se propõe fazer uma imersão no campo micropolítico favorecedor de transversalidade, ou seja, operar e criar efeito – subjetivo, sendo a cartografia o acompanhamento de planos e linhas que compõem este processo. O autor ainda, chama atenção para o *processamento do texto*, ao afirmar que *o desejo e arte de viver (com seus desejos) desenrolam-se sobre um plano que nada tem a ver com a atemporalidade do processo de produção científica*, trazendo a atenção, tanto para as linhas de força presentes no ato da escrita de textos institucionais, quanto para linhas de fuga capazes de criar possibilidades de acolhimento de iniciativas instituintes. (LOURAU, 2004, p. 204)

Ainda, quanto as implicações do cartógrafo imerso no campo atento às produções de desejo, Rolnik (2011) na obra *Cartografia Sentimental*, posiciona o ato de cartografar como político e ético para ser possível uma certa sustentação da vida em expansão. Há, portanto, o comprometimento com a adoção do paradigma ético-estético-político como proposto por Guattari (1992), que no ato de implicar-se para intervir habita o entre dessas diferentes dimensões: ética na implicação dos atores nos processos reflexivos e

propositivos; estética no que tange a extensão da criação de transversalidades para transformação de fazeres; política na participação do conhecimento produzidos.

Neste contexto, tomamos emprestado a reflexão de Macedo e Dimenstien (2009), ao discutirem sobre os modos de produzir a escrita acadêmica compartilham:

“Operar por uma marca ética na escrita significa escutar e experimentar a diferença em nós, como elaboramos nossos textos. Imprimir uma marca estética reside na possibilidade de acionar processos inventivos tanto em termos do pensar quanto do expressar, no ato mesmo em que a produção dessa escrita se realiza, aprofundando as possibilidades de nos relacionarmos ética e politicamente com aquilo que estamos produzindo. Por fim, a marca política se coloca como a possibilidade que temos em nossas atividades de produção acadêmica de imprimir forças que rivalizem com aquelas que tentam manter a ilusória experiência de nós mesmos como uma verdade, negando, portanto, nossas possibilidades de diferenciação e alteridade”. (P.154)

Nesta tarefa, alguns escritores da literatura e seus personagens, autores de artigos e livros científicos vão nos seguir no percurso de reconstruir em palavras a experiência vivida, desempenhando o papel de inspirar, simplificar, “*interloquire*”¹⁵, narrar ou até mesmo ter coautoria, para os momentos em que o indizível vier à tona. A complexidade da escrita, então, situa-se em seu caráter político e ético, de resistir aos atravessamentos, que convocam a hegemonia de textos institucionais (TI), e produzir nesta resistência, como debate Lourau (2007) sobre o processamento do texto, e criar transversalidades possíveis garantindo nuances intertextos (IT) - extratextos (ET) e contextos (CT).¹⁶

Neste processo, os ensaios cartográficos realizaram experimentações para poder transformar e resistir. Da busca árdua para entrar em um campo como se houvesse uma porta com um relógio que marcava a saída, representado pelo cronograma de pesquisa; ao reconhecimento das marcas dos encontros e do olhar que foi se compondo por

¹⁵ *Interloquire* – inter - prefixo e loqui – falar – tomar parte como interlocutor em um diálogo/discussão; realizar uma intervenção em uma conversa, tomando a palavra em um discurso interrompendo a fala de que está com a palavra. Opta-se por não traduzir pois entende-se que a aplicação na língua italiana expressa melhor o sentido que se quer dar a frase. (INTERLOQUIRE. Dicionario Treccani [online] . Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani. Disponível em: <https://www.treccani.it/vocabolario/interloquire/>. Acesso em: 18 dez. 2020.

¹⁶ René Lourau(2007), nas reflexões sobre o ato de pesquisar, pontua a crítica sobre a análise das implicações ressaltando que a completo da pesquisa se faz pela escrita que possui uma institucionalidade cultural, científica e editorial, sendo o Texto Institucional (TI) aquele que a esta, configurados às formalidades das instituições ao qual pertencem. Contudo, assinala outros elementos compõem o processamento do texto – os intertextos - que são as ressonâncias de inumeráveis outros textos dentro da produção: extratextos (ET) textos que não aparecem no texto final, ou compõem uma fase transitório como as anotações e diários de campo; contextos (CT), restitui a temporalidade ao extratexto, atualizando e contextualizando o texto institucional.

experiências sinestésicas, desconstruiu lentamente o “Eu-pesquisador”. Processualidade que tomou espaço, e, intoxicando a ilusória ideia da entrada num campo determinada por um cronograma e uma capa invisível do observador imparcial.

Outra dimensão que compôs os ensaios cartográficos e que é fundamental para o processo de escrita, mas não menos relevante para a pesquisa em seu caráter interventivo e as vivências no campo, é o contexto de desenvolvimento – outra cultura, outro país e outro idioma. Do confronto cultural que favoreceu, de algum modo, um certo desterritorializar, e com isso a abertura para novos processos de subjetivação. (DELEUZE, 1995) A imersão cotidiana em um outro idioma trouxe a sensação de um certo aprisionamento dos afetos.

Comunicar – do latim *communicare* - pôr ou ter em comum, repartir, dividir, reunir, misturar, falar, conversar. (COMUNICAR, 2020) Em sua própria raiz etimológica, o verbo, um dos primeiros instrumentos que colocamos em ato nos encontros é, em si mesmo, um provocador e revelador da multidimensionalidade do processo. De uma barreira silenciadora à utilização da linguagem verbal no processo de tradução como ferramenta da intervenção. Neste sentido, meses de ensaios cartográficos, aprendizagem do idioma e de mais um abandonar, para chegar ao que Walter Benjamin, ao escrever sobre o processo de tradução das obras, define como a *tarefa do tradutor que é redimir, na própria, a pura língua, exilada na estrangeira, liberar a língua do cativo da obra por meio da recriação*. (BENJAMIN, 2011, p.106)

O idioma foi revelador de afetos e de linhas de força presentes no campo micropolítico de encontros marcados por estigmas, que indelévels, contagiosos e historicamente constituídos, produziram atravessamentos de representações criadas e transmitidas por décadas. (GOFFMAN, 1988) Expressas em modo espontâneo ou agressivo geravam um certo deslocamento em mim, uma diminuição de potência sentir a densidade do rosto (DELEUZE, 1996) do ‘ser brasileiro’ – uma pele branca demais, uma obrigatoriedade de samba no pé, ou a unicidade do contexto pobreza e miséria não autorizados a romper com a verticalidade do poder-saber dos ditos primeiro e terceiro mundos - confrontos propulsores de desterritorialização.

O idioma revela o primeiro abandono, escancarando a estranheza e intruso do estrangeiro. Um silêncio da língua materna que trancafiada escapa e marca a intrusão...

silêncio... um certo franzir de testa... inúmeras tentativas, um devir-disfásico. *O estrangeiro é estranho em nós.* (KRISTEVA, 1994)

Ser estrangeiro - viver uma estrangeiridade assinala um ponto fundamental no devir-cartógrafo sendo a impressão de uma dubiedade entre destituir-se para a construção de um ‘outramento de si’¹⁷, concomitante a uma reafirmação de si enquanto corpo a compor encontros. O ser estrangeiro tem marcas de um não lugar de um homem não cidadão, sem direito a legalidade local, definido pelo regime jurídico, como assinada Kristeva em o ‘Estrangeiro em nós’. (KRISTEVA, 1994). Também é o sujeito do encontro que se permite a vulnerabilizar para a experiência, *um curioso incorrigível*, que habita no trânsito - no entre. O “espaço do estrangeiro é um trem em marcha, um avião em pleno ar, a própria transição que exclui a parada. Pontos de referência, nada mais”. (KRISTEVA, 1994, p. 15)

Encontrei nas discussões sobre estrangeiridade aproximações que evidenciaram as transversalidades que ‘ser estrangeiro’ operou no processo cartográfico. Passos e Barros, na construção de pistas para o método da cartografia, retomam o conceito de Simondon sobre metaestabilidade situando-a como possibilitadora do devir, um processo de individuação que não há um ponto final, condição de recusa de uma identidade. (PASSOS, BARROS, 2009a). Este “outrar-se”, condição de estrangeiro e de cartógrafo, num percurso que romper com segmentaridades, na produção de desterritorialização, cria linhas de fuga, a cada encontro que com estranhezas transforma. Esta produção de transversalidades no encontro com o estrangeiro, refere-se as possibilidades de reinvenção de si no que podemos considerar uma acomodação do EU em rostidades, e a estrangeiridade como parte da constituição humana e potência de ressignificar e tornar-se outro em si. (KRISTEVA, 1994; NANCY, 2006; MALLARD, CREMASCO, 2015.)

Jean-Luc Nancy, em “O intruso”, narra a experiência de um transplante cardíaco a partir de outros ‘eus’, rompendo com a unidade caracteriza o encontro com o estrangeiro enquanto intruso: *“O intruso se introduz à força, por surpresa ou por astúcia; em todo*

¹⁷ Fernando Pessoa – cria o verbo “outrar-se” na expressão ativa dos seus heterônimos, ou seja, a possibilidade de construção de outros enunciados a partir deles. GOMES, José Ney Costa. Adeus ao eu: a enunciação do “outrar-se”. *Revisita Kalíope*: São Paulo, ano 1, nº 1, 2005. p. 90-109.

*caso, sem direito e sem ter sido admitido de antemão. É indispensável que no estrangeiro haja algo do intruso, pois sem ele perde sua estranheza*¹⁸. (NANCY, 2006, p. 11)

Na vivência da cartografia tivemos muitas estranhezas – dos dias de sol tropicais, a experiência do queimar de frio, do mesmo alimento com outros sabores – tomates e papais - das hierarquias e distâncias das aulas universitárias, do comportar do corpo no social, de silenciar por medo mesmo querendo dizer nas asperezas produzidas nas vivências da *questura*¹⁹. O estrangeiro na mistura dos encontros, passou em alguns momentos por estranhezas dos pares, seja pela inversão da construção das frases que cruzavam o oceano Atlântico, seja na recepção dos pares no lugar agora chamado de casa – um borrar-se, in-mundar-se. (ABRAHÃO *et al*, 2014) Experiências vividas como se faltassem palavras, e de uma única que tivesse de criar algumas frases que, mesmo na detalhada descrição, ainda permanecia na inexatidão do que o afeto produz, situação clássica representada pelo que significa saudade para o brasileiro, que *mancanza* (falta) não pode representar.

Assim, o idioma representa o conjunto de afetos produzidos no encontro cultural, e que para a tese se diluirá nas afecções do cartógrafo e na tarefa do tradutor, como nos apresenta Benjamin, uma recriação do que foi dito na língua original – um processo de desmontar, desfazer, remontando sentidos. Tomamos emprestado o termo da biologia e da física, que em ambas as disciplinas nos empresta significados: na primeira o transduzir - do lat. *transducere* 'transferir, transportar, conduzir além' – que o processo de transferência se dá a partir de um condutor, seja ele o tradutor, o pesquisador cartógrafo; e para que segunda o processo em que *uma energia numa energia de natureza diferente*, há uma transformação. (TRANSDUZIR, 2021)

Neste sentido, o processo de transdução representa não apenas a tradução do idioma nos encontros e nesta tese, mas o processo de intervenção, contexto de cooperação entre os países, e o exercício micropolítico de construção de sentido e adensamentos subjetivos.

¹⁸ Tradução do autor. Texto original: “*El intruso se introduce por fuerza, por sorpresa o por astucia; em todo caso, sin derecho y sin haber sido admitido de antemano. Es indispensable que em el extranjero haya algo del intruso, pues sin ello perde su ajenidad*”. (NANCY, 2006, p.11)

¹⁹ Escritório do departamento de segurança pública de execução local/província ligada ao Ministério do Interior.



Figura 1 – Intervenção espaço Comunitário – ‘Sentir-se em casa’. Artista: Anna Come AC – Bolognina Community Project²⁰ . Foto registrada em 25.07.2019 Mercatino Francesco Albani.

Transformando paisagens – corpo, encontro e expressão

“...experiência que desvia e que interrompe a comodidade ou a fixidez do que se é, numa ruptura que o lança ao infinito e cujo objetivo é o desconhecido”. (MACEDO, DIMENSTEIN, 2009, p.59)

As pausas na construção do devir cartógrafo foram pontos fundamentais para a criação do mapa dos fluxos de passagens atemporais possíveis apresentados nesta tese - o processo de transformação de um sujeito singular concentrado na figura do pesquisador, para a constituição de um plano comum e de um coletivo de pesquisadores que a muitas mãos construíram as linhas aqui compartilhadas. Parte dos diferentes ensaios vão constituindo as vivências que adensam a presença contextualizada na imersão dos campos, que são plurais e que criaram e criam zonas de intensidades, desenhando assim, o que a pesquisa se propôs.

Emaranhados de linhas de força produzidos no percurso da ciência hegemônica, nas regras dos programas de pós-graduação, nas avaliações do comitê de ética e da agência fomentadora da pesquisa - construção e projeto cria caminho de encapsulamento. O fluxo científico positivista aceita objetos, objetivos, cronogramas e resultados esperados, como modelo de diálogo com o pesquisador no ambiente acadêmico, mesmo que o método convoque o pesquisador a um outro posicionamento. Inversões que convidam uma pesquisa que se realize a partir da descoberta e dos encontros possíveis,

²⁰ Bolognina Community Project – 2016 foi realizado sob a Direção de Andrea Bruno, envolveu 36 artistas que pintaram as portas dos estabelecimentos a partir da proposta de intervenção que visa abrir uma reflexão sobre o que significa hoje "sentir-se em casa".

uma certa predisposição de estar *in-mundo* e ser capaz de *emaranhar-se, se misturar-se, afetar-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros.*(ABRAHÃO, 2014, p.136) Envolto nestas linhas de força, temos como processo desta cartografia o “Eu-pesquisador”, que se apresenta como heterônimo na passagem das transformação capazes de criar linhas de fuga. (DELEUZE, 1990)

A afirmação da existência deste “Eu-pesquisador”, historicamente construído e encarnado por paradigmas hegemônicos, torna-se instrumento de partida da *reversão do sentido tradicional do método* – como nos apresenta Barros e Passos. (PASSOS; BENEVIDES, 2009b). A construção da cartografia só foi possível por este reconhecimento e a partir da busca de novos encontros que transformem estas subjetividades.

No processo de (des)construção, foram necessários vários encontros (SPINOZA, 2009), agenciamentos (DELEUZE, 1990), que permitiram criar linhas de fuga para romper com a experiência totalizadora de responder à ciência hegemônica. Neste platô pausa circularam autores – romancistas, poetas, filósofos, outros pesquisadores, encontros, outros idiomas, outras paisagens; um desterritorializar, em face subjetiva e objetiva, que em modo integral colocou o (ABRAHÃO *et al*, 2014) em total experimentação. Cruza-se oceanos e, transforma-se cotidianos em sabores, sons, texturas, perfumes e paisagens. Um contínuo apre(e)nder, que não fez parte apenas do passado, mas como parte de como o mapa se expressará nas próximas páginas, parte do próprio processo das experimentações deste entesar.

Trata-se, portanto, de um ziguezaguear de escolhas, desconstruções e reinvenção dos modos de fazer do “Eu-pesquisador”. Transformações estas que foram possíveis somente a partir da presença, mesmo que idealizado como método de pesquisa, somente a experiência de misturar-se nos campos foi que o “Eu-cartógrafo” pode emergir – ponto de partida para os diferentes platôs que compõem a cartografia. Nestes encontros, que retornam como ponto de partida do “palavrarsear” memórias e vivências do percurso cartográfico.

Este é um desafio ao pesquisador - o despir-se, esvaziar-se para se *in-mundar* pelas intensidades do processo, para se deixar atravessar pelas linhas de força presente no campo e com elas se compor e decompor. (ROLINK, 2011) Movimentos que permitem

ao cartógrafo a revelação *da dinâmica de produção subjetiva da realidade, que revelando sentidos, as multiplicidades, a complexidade da ação humana no âmbito da micropolítica e sua expressão e construção social*. (FRANCO; MERHY, 2013, p.161.) No caminho da imersão em territórios existenciais, o cartógrafo, então, na transformação desses olhares, tem como condição, o que Rolink (2011) nomeia *como olhar vibrátil, às percepções do invisível – produção de subjetividades, não apenas ‘olhar retina’ como captador de imagens concretas- visíveis*.

Deste modo, o próprio processo de *‘outrar-se’*, de aberturas de fendas para encontros e transformações, compõe a cartografia no conjunto dos mapas trilhados entre os ensaios e experimentações, mapas que se misturavam aos decalques da *Via AEmilia*²¹.

O corpo do cartógrafo – viagens entre leituras, voos e estradas

O corpo é pauta presente em diversas leituras sobre o método cartográfico como modo de produção de conhecer. (Rolink, Liberman, Krist, Passos) Fabricar um corpo cartógrafo - corpo-memória, corpo-cicatriz, corpo- vivência - não está baseado em uma fórmula a ser seguida; a produção de um corpo aberto a encontros requer uma certa sensibilidade, uma vulnerabilidade a ser afetada. Uma predisposição para tal é condição base, afinal *“A estrutura de um corpo é a composição da sua relação. O que pode um corpo é a natureza e os limites do seu poder de ser afetado”* (DELEUZE, 2017, p. 147.) Contudo, para o corpo no exercício de seu devir cartógrafo, há de se ter uma certa atenção e prontidão às experiências.

Estas práticas ou tecnologias de si envolvem a construção de um corpo multidimensional de experiências, hereditariedade, cultura, trabalho sobre si e, simultaneamente, invenção de mundos. Cada corpo é um mundo e inventa seus próprios dispositivos, práticas de si. (LIBERMAM; LIMA, 2015, p.190)

O corpo, não mais de qualquer cartógrafo, mas de um corpo que se constituiu pouco a pouco, um “Eu-corpo”, em movimento que ao sair para os encontros fazia malas,

²¹ *Via AEmilia* – estrada romana que deu origem ao desenvolvimento da Região Emilia-Romagna com enorme peso histórico para a região. (Museo Civico Archeologico Etnologico. Aemilia on line. Disponível em: <http://www.aemiliaonline.it/approfondimenti/la-via-emilia/la-via-emilia>. Acesso em: 10 out. 2021)

as enchia com *paixões - alegres e tristes*, sempre num equilíbrio que não as deixasse pesadas demais a ponto de não poder carregá-las cessando movimentos.

“É o corpo, portanto, que se esforça para extrair encontros do acaso e, no encadeamento das paixões tristes, organizar os bons encontros, compor suas relações com relações que combinam diretamente com a sua, unir-se com aquilo que convém com ele por natureza, formar associação sensata entre os homens; tudo isso, de maneira a ser afetado pela alegria [...] o homem livre e sensato, identifica o esforço da razão com essa arte de organizar encontros, ou de formar uma totalidade nas relações que se compõem”. (DELEUZE, 2017 p. 180)

Um corpo já transformado, marcado por outros encontros, multidimensional, predisposto a se abrir e se vulnerabilizar, vivenciado nas idas e voltas. Algumas marcas foram fundamentais para o desejo – força – capaz de construir agenciamentos (DELEUZE, 2021). Três foram os encontros que constituíram marcas e agenciaram do devir cartógrafo ao longo do tempo: Trieste em 2005, Bologna em 2014 e Niterói 2017. Encontros estes que criaram uma multiplicidade entre ir e vir, entre os longos voos entre Brasil e Itália, aumentando conexões, e construindo zonas de intensidade que dialogaram com os platôs cartografados na pesquisa.

... 01 de fevereiro de 2005, Barcola -Trieste, Friuli-Venezia-Giulia. Era um entardecer gelado, daqueles de endurecer os dedos e doer o peito a cada respiração. O local procurado entre as inúmeras informações – temperatura, paisagens, placas, sons e idioma - era um hostel que só estaria aberto 30 dias depois. Eram daquelas primeiras sensações - sem saber para onde ir, sem entender o que era dito e nem como prever o próximo passo – que me fizeram marca, que nos anos seguintes ativaria um certo gosto/desejo pelo experimentar território novos. Também daquela viagem, ainda muito imatura, aprendi que mesmo que as referências sejam as mesmas, o que se opera no cotidiano podem vir a ser coisas completamente diferentes, portanto não servem comparações. Por fim, nos meses que se seguiram até a primavera, experimentei, antes mesmo de trazer no corpo as marcas do Sistema Único de Saúde, o *Sistema Sanitario Nazionale*, a partir dos encontros no Departamento de Saúde Mental (DSM). Aprendi em meio a loucura... triestino pensado ser italiano... que primeiro e segundo prato se misturados não são bem aceito... que o café é religião que conecta pausas de diálogos.²²

A experiência de estágio no Departamento de Saúde Mental de Trieste, realizada ainda no meio da graduação, criou conexão com o percurso de interesse e atenção pela Itália, permitiu a descoberta e aprendizado do idioma. Pontos que preencheram algumas lacunas que permitiram a construção de mapas, e não apenas decalques da cartografia desenhada no vai e vem pelos caminhos da pesquisa sob a *Via AEmilia*.

²² Fragmentos de escritas caderno de viagem e memórias da autora.

Em 25 de janeiro de 2014, nove anos depois, já havia aprendido a fazer mala, entendia que o peso delas desviava o olhar, prendia a atenção, ou atrasava as velocidades. Contudo, algo de semelhante a 2005 faziam daquelas malas, pontes para a cartografia. As frases já não eram decoradas, desejavam poder dizer mais, desejavam com a curiosidade apreender.

... era um entardecer branco, daqueles esfumaçados de umidade de Bologna – Regione Emilia- Romagna (RER). Um outro fim de janeiro, se aproximava aqueles dias mais frios, anos mais tarde soube que eram chamados de ‘*i giorni della merla*’, dias tão frios de ganharem um conto folclórico.²³ O local procurado, era um apartamento de esquina entre a Via Gorizia e Via Vittorio Veneto. Um pouco mais madura, com mais capacidade de comunicação, chego ao local exato. Desço do taxi, na pele pulsa a conhecida sensação do gelado que endurece os dedos. Um... dois... três segundo uma outra sensação sinestésica seria a marca daquele lugar em mim. Um aroma de café misturado com cheiro de terra molhada parece preencher cada parte do corpo, perfume repetidamente vivenciado nas caminhadas sob os pórticos úmidos nos encontros contínuos com as cafeterias – no café como instrumento social de relações. Nos dias que se seguiram, sincronias e muitos encontros foram marcando, já sob a Via Emilia, o início das muitas articulações que corroboraram com o percurso doutoral.²⁴

A partir dos encontros de 2014 diferentes planos foram se constituindo no percurso até a cartografia: aprendizados com o idioma, genealogia dos processos de reformas sanitárias dos países Brasil e Itália, marcos legais, aproximações com outros de pessoas que trilharam um percurso de diálogo que sustem a intervenção da pesquisa e a produção de conhecimento. Nos três anos subsequentes foram muitos voos e encontros, modificações no corpo, adensamentos presentes na cartografia.

Em 2016, há o abandono dos esboços de projetos e formaliza-se o processo doutoral. Nos fluxos que constituíram o conhecer - no andar dos passos apressados entre distância, ganha a expressão o “Eu-peripatético” – nos ensaios metafóricos da invisível ponte aérea, no traço transversal entre a Fortaleza de Santa Cruz da Barra em Niterói e o Pão de Açúcar na Urca no Rio de Janeiro o corpo se acostumou com decolagens e aterrissagens.

Niterói, 06 de junho de 2017. Era momento mais uma vez de desenhar projetos - arquivos, fragmentos e definições, muitos exercícios que me deram a ilusória ideia de que o campo escolhido tinha encontrado conforto no conhecido, acúmulo de conhecimento teórico e prático no cotidiano do trabalho SUS, abandonado todos os desejos de travessias oceânicas.... Estávamos e no rumor

²³ Conto folclórico que marca os três dias mais frios do ano, 29, 30 e 31 de janeiro. Merlo é um passarinho branco que por conta do frio de janeiro passou a se esconder na lareira e ficou com as penas pretas. (informação verbal)

²⁴ Fragmentos de escritas caderno de viagem e memórias da autora.

da lanchonete do Anexo na pausa do café... Algumas transformações totais se fazem entre dois cafés, um pão de queijo e uma água mineral com gás. Eu no esforço de desenhar um objeto de projeto que dialogasse com minha prática de Gestora de Saúde Mental no SUS, ele já com uma proposta completamente longe daqui.

Ele: “Por que você não aprofunda os estudos sobre Cuidados Intermediários? A gente foi visitar lembra? (Se referia a uma das visitas realizadas no Laboratório Ítalo-brasileiro)

Eu: Eu não sei nada sobre isso, não sei, eu preciso estudar...

... 21 de setembro de 2017 – Prezado bolsista, para que possamos dar andamento ao pedido de bolsa...²⁵

Neste percurso, a composição de leituras, encontros com outros corpos intermediados tantas vezes por longos voos ou estradas, criaram diferentes fragmentos genealógicos, que enquanto método apresentou duas importantes funções em aproximação com a cartografia: não apenas a reconstituição de uma perspectiva histórica, mas sobretudo a identificação das modificações e das linhas de força presentes no desenvolvimento do tema; e, também como etapa para a construção de uma certa superação dos atravessamentos do processo até se chegar no plano cartográfico em si. (ZAMBENEDETTI, SILVA, 2011; LEMOS *et al* 2018)

Atravessando Oceanos – a Via Emília como eixo-rota: encontros e narrativas

A *Via AEmilia* foi eixo dorsal do processo - dos ensaios cartográficos a desconstrução do denominado “Eu-pesquisador” para o devir-cartógrafo – configurou o percurso e paisagens das experiências da pesquisa. O olhar para o trajeto a partir de aproximações histórica-geográfica e da constituição da estrada objetiva e subjetivamente é marca da Região Emilia-Romagna: cria identidade com a região nomeando-a, divide tradições e ocupação, faz ponto de encontro e conexão com diferentes regiões da Itália, sendo também ponto de parada para transformações.

A via que dá nome à região conecta as principais cidades, e, portanto, foi trajeto realizado inúmeras vezes nas experiências que produziram: ambiência com a organização das instituições; com as características dos territórios, e sobretudo suas diferenças. As experiências apresentadas pela *Via AEmilia*, redimensionaram o “*olhar retina*” (ROLINK, 2011), enquanto organização dos sistemas, equipes e área de abrangência, que quantitativamente menores dos que as vividas até ali - no cotidiano de uma megalópole

²⁵ Fragmentos de escritas caderno de viagem e memórias da autora.

de 12 milhões de habitantes, com distâncias medidas em horas, e com um sistema de saúde organizado em referências territoriais de dimensões regionais na Itália.

No ensaio cartográfico a aproximação da cultura, das narrativas de profissionais e de gestores, nos encontros entre a genealogia das políticas e a operacionalização cotidiana dos processos, dissonâncias e estranhezas da condição de estrangeiro. Aproximações e experiências realizadas ao longo da antiga *Via AEmilia* – hoje, podendo ser percorrida pela A1 e SS9 (*Autostrada del Sole* e a SS9) – transferiu suas funções, mas mantendo a marca de sua constituição identitária da Região.



Figura 2: Trajeto da *Via AEmilia*

Fonte: <http://www.aemiliaonline.it/approfondimenti/la-via-emilia/la-via-emilia/>

A *Via AEmilia* foi uma das principais vias consulares do Império Romano, criada em 187 a.C, com função de comunicação, militar e econômica. A via é conhecida como espinha dorsal da Região Emilia- Romagna, projetada por *Marcus Aemilius Lepidus*, um político e militar – cônsul do Império Romano – no primeiro ano de mandato quando foi enviado à região chamada Gallia Cisalpina para colonizar a *Pianura Padana* (Planície Padana). (ORSINI,2013)

A *Via AEmilia* projetada praticamente em linha reta liga duas outras importantes vias romanas a *Via Flaminia*, que tinha percurso Roma- Rimini, e a *Via Postumia* em Piacenza, com isso ligava também as diferentes colônias Romanas da região - de Rimini (*Ariminum*), Piacenza (*Placentia*) e Bologna (*Bononia*), e outras duas cidades fundadas pelo cônsul Lepido em 183 a.C. Modena (*Mutina*) e Parma e, em sequência, Reggio Emilia. A via, naquele período e até os dias de hoje, é eixo estratégico e fundamental, para o desenvolvimento das colônias romanas, e também na constituição da Região foi o

elemento portador de uma transformação total – no espaço, econômica e formações dos territórios. As características geográficas favoreciam a ocupação romana e o percurso histórico de desenvolvimento - ponto estratégico para o mar Adriático, com a recuperação das terras pantanosas possibilitou organização das terras cultiváveis. (ORSINI, 2013)

A representação da *Via AEmilia* como eixo rota dos encontros das experiências cartográficas encontra ressonância com contexto regional de inserção cultural. O símbolo do valor da via, como espinha dorsal da região, é apresentado no brasão como retrato escolhido para identificação tanto de emilianos, quanto romagnolos. A bandeira estilizada em apenas dois traços apresenta a essenciais da longa história deste território: uma face sinuosa como trajeto desenhado do Rio Pó que corta o território, e, na mesma a função, a oblíqua da *Via AEmilia*. Este encontro, entre os seus elementos naturais e a modernização conquistada pela ação humana, compõem o paradoxo cultural da Região, liga as pessoas e suas gerações, com o seu trabalho, as suas paixões e as suas histórias.



Figura 3: Bandeira da Região Emilia-Romagna
Fonte: <https://www.regione.emilia-romagna.it/>

O percurso histórico de constituição imprime modos de vida e características territoriais específicas. A Região Emilia-Romagna, berço da primeira instituição universitária do mundo datada de 1080 – Universidade de Bologna, tem o maior Índice de Desenvolvimento Humano da Itália, e é também a região com mais certificação de produtos agrícolas e de gêneros alimentícios que assumem a referência geográfica-Denominação de Origem Protegida (DOP) e Indicação Geográfica Protegida (IGP). Estas são algumas características que conferem identidade singular à RER e que se mistura com a enorme circulação de estrangeiros, tanto turistas, quanto estudantes do mundo interno para intercâmbio. (RER, 2019)

Este cenário histórico, social e econômica da RER faz consonância com as experiências da pesquisa. Os ensaios cartográficos, vivências de aproximação cultural e tessituras de rede, criaram a aproximação das características do território, mas também na circulação contínua entre as províncias e dos modos de operar os programas e políticas de saúde.

Os encontros e narrativas foram tecidos por uma intensa circulação entre diferentes experiências de implementação dos cuidados intermediários, entendendo que a característica dos territórios e organizações dos serviços, na implicação do cartógrafo foram construções genealógicas possíveis com papel fundamental na intervenção.

No campo de intervenção da pesquisa, imersão em campo micropolítico da produção do cuidado nos Hospitais Comunitários, três cenários fizeram parte da intensificação dos encontros: Forlimpopoli, Castelfranco Emília e San Secondo Parmense. A cidade de Bologna, foi ponto – porto seguro – das circulações. Lugar de elaboração da experiência intrusiva de ‘ser estrangeiro’, tornou-se casa no habitar de redes afetivas, discussões longas que agenciaram processos desterritorialização; também cidade sede da Administração Regional, acolheu diálogos entres as experiências da pesquisa.

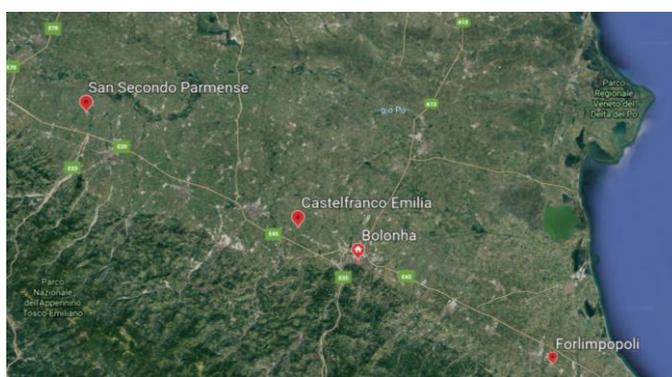


Figura 4 - Locais físicos das experiências cartográfica
Fonte: <https://earth.google.com/web/>

Percorrer a *Via AEmilia* na cartografia fez parte importante da implicação do cartógrafo, o ir e vir, operacionalizou o *in-mundar* enquanto entrada e incorporação de novos mundos. O passo apertado nos 15 minutos de casa até a estação de trem imprimia um ritmo cotidiano da cidade de Bologna, o trem apresentava os trabalhadores e estudantes em deslocamento, das pequenas e grandes estações, outros encontros e narrativas – Parma, Copparo, Bobbio, Castelfranco Emilia, Forlì, Forlimpopoli, Modena, San Secondo Parmense, Brisighella, Comacchio, Reggio Emilia, Carpi, Ferrara, Salsomaggiore Terme, Pavullo, Cesena... – circulações que permitiram conhecer.

O processo de pesquisa teve encontros que constituíram o que denominamos ensaios cartográficos, vivências que contextualizadas nos Cuidados Intermediários foram parte do percurso genealógico da implementação desta estratégia na Região,

configurando as singularidades dos locais e dos caminhos históricos, as necessidades dos sistemas, os processos de formação e as experiências dos profissionais. Neste sentido, algumas visitas, entrevistas, observações, foram realizadas em aposta de aproximação com as experiências, que além de poder conhecer a história narrada pelos atores operadores das políticas, criou campo para a proposta da intervenção da pesquisa.

Na aproximação da proposta da pesquisa enquanto intervenção, na cartografia de processos de subjetivação, no âmbito da experiência de cuidados intermediários, tem-se como moldura o percurso do Projeto Estratégico RERSUS - Cuidados Intermediários: encontro e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil. No âmbito da cooperação internacional, o projeto reatualiza a história em caráter estratégico de promover o diálogo entre os países nas experiências e no desenvolvimento do campo da saúde, tendo como representação as experiências italianas - Castelfranco Emilia, Forlimpopoli e San Secondo Parmense - e brasileiras – Niterói e Nova Friburgo. Deste modo, a *Via AEmilia* na representação destes encontros torna-se eixo de apoio, orientação e composição das paisagens do percurso cartográfico.

Pausa...

Perspectivas Genealógicas - aproximações do percurso cartográfico

A apresentação de uma perspectiva genealógica constitui pausa importante para construção de uma transversalidade aos temas centrais do estudo. O desvelar da implementação de uma política em um sistema de saúde é permeado por um transitar entre o campo macropolítico e a operacionalização que se dá no ato do profissional e portanto, no campo da micropolítica. Gherardi e Lippi (2000), ressalta as distancias entre criação de políticas e o que denomina de as ‘transformar em prática’, ressaltando que de um decreto – instrumento legislativo - às modificações práticas dos processos é necessário uma apropriação e transformação que, metaforicamente, a autora associa ao processo de tradução, um processo de conversão do papel ao fazer.

Neste sentido, a genealogia dos temas aprofundados no estudo permitiu a construção de ferramentas para a intervenção da pesquisa na contextualização dos processos históricos, mas também a partir do entendimento das marcas e sutilezas presente no percurso de indução de práticas de cuidado em saúde e na potencialização da intervenção. (FOUCAULT, 2014)

Ainda, como processo de produção de conhecimento e criação de sentidos para o doutorado, tratando-se do percurso cartográfico de imersão em outro sistema de saúde e contexto cultural e o fomento de diálogos entre a Itália e o Brasil, a genealogia ganha duplo sentido - vem inserida nesta pausa delineando as aproximações e escolhas das estratégias no processo de construção histórica, no resgate das discussões e das linhas de força que atuaram na construção das políticas, mas que estavam presentes no percurso, *criando outras possíveis visibilidades, deslindando invisibilidades construídas, buscando resgatar alguns apagamentos e silenciamentos produzidos paradoxalmente pela concretização, materialização da lei in verbis.* (MOEBUS, MERHY, 2017, p.146)

Nas relevâncias das aproximações e complementariedades entre a cartografia e a genealogia, Zambenedetti e Silva (2011), traçam a relação com o tempo em interface com a história não somente como produto final do estado das coisas, mas a ideia de dar visibilidade às linhas de força que atuam na sociedade atual - *trata-se de retirar da história aquilo que deve permanecer nos interrogando, constituindo uma dimensão de simultaneidade e não apenas sucessividade.* (p.459)

Neste sentido, em grande valor para o estudo duas aproximações são necessárias: no percurso de diálogo entre o Brasil e a Itália na construção de sistemas sanitários em modelo universal; e a constituição dos cuidados intermediários enquanto campo de aposta nas mudanças de modelo de cuidado.

Intercâmbios - sistemas de saúde em diálogo

A cooperação entre Itália e Brasil constitui-se por importantes inspirações de percurso histórico de discussões sobre direito à saúde e no campo das políticas de saúde e de sistemas universais que culminaram com as Reformas Sanitárias e Psiquiátricas. Percurso estes que deixam impressões na constituição dos serviços, na formação dos profissionais, e nas estratégias para renovação das propostas em modo a responder as demandas contemporâneas da saúde.

Entender as transformações no conceito de saúde, os modelos das práticas de cuidado e a interrelação destes com o cenário sociopolítico e econômico é fundamental para contextualizar as transições necessárias para uma resposta mais resolutiva. No campo da saúde as linhas-de-força constituídas ao longo da história, sobretudo a partir do século XIX com a Revolução Industrial, modificou o cenário mundial - assinalou

importante transição demográfica e epidemiológica a partir do processo de intensa urbanização, o que trouxe consigo novos problemas sociais, como a deterioração das condições de vida e epidemias. Os Estados, então, foram obrigados a formular políticas que objetivavam a manutenção da ordem social e a garantia da proteção da força de trabalho. Período em que também ocorreram grandes avanços tecnológicos que permitiram o desenvolvimento no setor da saúde, tais como as descobertas no campo da microbiologia e a compreensão quanto às patologias. (FOUCAULT, 2014)

Tais avanços, inspirados na ciência cartesiana e na filosofia positivista nascidas no século XVII como o “momento cartesiano”, segundo Foucault (2004), consolidaram-se no século XIX, apontando a afirmação do cientificismo em diferentes âmbitos da sociedade. Surgiu, então, um novo paradigma médico, com premissas de base biológica orientada pela especialização e pela pesquisa experimental, centrada na assistência, a Medicina Científica ou Flexneriana, que passou a embasar elementos estruturais e estruturantes para o processo de trabalho médico e a concepção de saúde do século XX. (CARVALHO, CECCIM,2006)

A partir de então, vivenciou-se o desenvolvimento de um sistema econômico de modelo capitalista livre de qualquer controle ou regulamentação estatal, o que aprofundou desigualdades sociais e provocou tensões e conflitos passíveis de ameaça à estabilidade política, ascendendo a necessidade de intervenção do Estado na economia, mas também no dever de conceder benefícios sociais. Contudo, mesmo em momento de recuperação da crise da primeira guerra mundial e a crise de 1929, a disputa pelo poder hegemônico fez eclodir outro conflito mundial. Com duração de seis anos, a segunda guerra mundial e o período que se segue apresentou intensas transformações políticas, sociais e econômicas em todo o cenário mundial, intensificando o modelo de intervenção estatal.

Em meio à hipertrofia dos modelos de intervenção estatal na Europa pós-guerra, instaurou-se uma série de discussões e críticas ao sistema. Além dos reflexos da Guerra Fria, em 1973, uma crise global, advinda da crise do petróleo, ocasionou uma onda inflacionária que se seguiu à década seguinte, colocando em questionamento o sistema organizativo/estrutural que embasava o cenário político e econômico mundial. O aumento de demandas, a ineficiência dos serviços de saúde sem resultados efetivos para a população, para um esgotamento do ‘*Welfare*’. Assim, no que diz respeito à saúde, os diferentes movimentos relacionados a reflexão sobre as práticas do cuidado na Medicina Científica davam luz a novos fenômenos correlatos aos processos de saúde-doença, que

ressaltavam a insuficiência do modelo biomédico na produção do cuidado, e se aproximavam das questões referentes à reforma estrutural do sistema sanitário. (PIRES; DEMO, 2006)

Neste contexto, as Reformas Sanitárias, em diversos países, apresentaram mudanças implicadas com elementos estruturais que fundamentavam as práticas, relacionando-as ao cenário político, econômico e cultural, considerando pontos de diferentes crises: *fiscal – demanda crescente, com impossibilidade financeira de sustentá-la; científica – limites da concepção biologista na explicação e no enfrentamento do processo saúde-doença; ético-social- discriminação classista na distribuição dos serviços e mercantilização da prática médica; e institucional – fragmentação e deterioração do sistema sanitário.*(BERLINGUER; TEIXEIRA; GASTÃO, 1988) Assim, a emergência da reforma sanitária, que entre os anos 1960 e 1990 caracterizou-se diversos países e contextos, teve pontos em comum em diferentes locais, mas se estabeleceu de forma singular.(MACCIOCO, 2008)

No contexto italiano, a partir dos anos 60 e até o fim do século XX, realizaram-se algumas reformas no campo da saúde, processo histórico que apresenta marcas nas relações da cooperação internacional com o Brasil, mas também na constituição do sistema os atravessamentos institucionais na saúde. Na Itália, conforme tendência mundial, o enfrentamento das epidemias com políticas higiênico-sanitárias em modelo de assistência corporativa (*mutuo soccorso*) foi configurando uma organização sanitária fragmentada. (MACIOCCO, 2002) Em 1964, Giovanni Berlinguer, médico social, membro do Partido Comunista Italiano, propôs um plano para criação das Unidades Sanitárias Locais (USL), que operacionalizaria a Atenção Primária por meio da territorialização em lógica de uma distribuição mais equânime. (BERLINGUER, TEIXEIRA, GASTÃO, 1988) Contudo, em 1968, o parlamento optou por uma Reforma Hospitalar (Lei nº132 12/2/68) que instaurou os hospitais autônomos em substituição às instituições públicas beneficentes de maneira desincorporada das Agências Sanitárias Locais (ASL), enfraquecendo, assim, a proposta de reestruturação da Saúde Pública Italiana. Somente após dez anos, em completa crise do sistema sanitário, houve movimentos e mobilizações para uma Reforma Sanitária, culminando com a Lei nº. 833 23/12/78, que dispõe o Serviço Sanitário Nacional em garantia de acesso, igualdade e participação social, sendo sua implementação responsabilidade do Estado. (ITÁLIA, 1978)

Neste mesmo ano foi aprovada a Lei nº180 13/05/1978, também conhecida por *Legge Basaglia*, importante marco da Reforma Psiquiátrica Italiana. Franco Basaglia, entre as décadas de 60 e 70, coordenou importante movimento de desinstitucionalização das práticas asilares em diferentes cidades do país, marcado pela ampliação da participação das pessoas com transtorno mental enquanto cidadãos anteriormente confinados em hospitais psiquiátricos.(COLUCCI, DI VITTOTIO, 2019) Assim, as práticas e as normativas legislativas do país demonstravam uma estrutura sistêmica comprometida com a complexidade dos sujeitos com o contexto singular dos territórios e com a legitimação da participação na proposta de cuidado de saúde e doença.

Nos anos 90, o Estado italiano possuía um sistema muito promissor, no entanto, enfrentava importantes problemas financeiros - altos custos e ineficiências, disparidades entre as regiões com despreparo da gestão dos serviços, mudanças demográficas significativas e insatisfação da população. (MACIOCCO, 2002) Ainda, em cenário político de corrupção, neste mesmo período, se instaura uma série de investigações, denominada ‘operação mãos limpas’, que teve grande impacto no contexto político do país. Tal cenário acabou por gerar no país o que se denominou como “reforma da reforma”. Em nível europeu, estes acontecimentos estiveram associados ao contexto de transformações, simbolizado pela queda do Muro de Berlim, que dividia a Alemanha entre Ocidental e Oriental.

Criaram-se, então, novos arranjos institucionais em que os governos regionais possuíam maior autonomia política, orçamentária e gestonária. Houve a criação de empresas públicas, entidades organizativas – *Aziende Sanitarie Locale* (ASL), com o objetivo de readequação da gestão pública a partir da aproximação de elementos de gestão empresarial como os mecanismos de competição entre ASL para obtenção de menor custo e mais eficiência. (MACIOCCO, 2002)

Tais alterações foram possíveis a partir da instituição da lei 509 em 1992, que objetivava maior estabilidade de governança, visando melhor eficiência com menores custos. Este cenário regionalizado instaurou condições mais favoráveis para a integração da rede de serviços, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) (“*medicina di base*”) instituída como eixo ordenador do sistema em consonância com o *The Charter for General Practice/Familia Medicine in Europe*, que reconhece a APS como equânime, acessível, integral e longitudinal.(STARFIELD, 2002) Estes princípios, em 2006, são potencializados com a instituição do projeto ministerial “Casa Della Salute”,

fundamentado na lógica do cuidado territorial.

Vale ressaltar aqui, que este processo foi acompanhado por brasileiros que se encontravam na Europa em virtude da repressão militar da ditadura vigente no país que, posteriormente, em tempo de redemocratização, participaram do movimento de reforma sanitária no Brasil, trazendo influência italiana, bem como as ideias de seus principais atores, como Berlinguer e Basaglia. Os debates no campo da medicina social, que na constituição da bioética, apresenta um pensamento implicado com um cuidado ético que coloca em relevo uma medicina comprometida com um corpo em relação com seus contextos político, cultural e social. Ambos os autores, tiveram interlocução ativa com os movimentos que corroboram com a reforma sanitária brasileira, não apenas no intercâmbio de ideias, mas como importância referências para o desenvolvimento de campos que constituem o embasamento teórico e operacional do processo.

Nos encontros e na interlocução entre os países, fomentados por semelhanças de modelos, de debate no campo da Saúde Pública e na construção do direito à saúde como base do processo de reforma sanitária e psiquiatria, predispõe a condições dialogadas e cooperativas entre os países e possibilitando situação propensa a produtivas trocas. (BERLINGUER, 1988)

No cenário brasileiro, o momento de pré-reforma se configurava em meio a contexto autoritário de repressão de movimentos sociais, cassação de direitos políticos e censura aos meios de comunicação. Durante este período, o sistema de saúde brasileiro manteve-se, como na Itália pré-reforma, em assistência corporativa, com cuidado médico e individual apenas para quem contribuía com a previdência social.

Ainda nos anos 70, o Brasil vivia uma conjuntura reconhecida como '*transição democrática*' que foi ganhando força à medida que o autoritarismo enfraquecia, no interior das universidades, docentes inseridos nos departamentos de medicina preventiva e social, movimentos estudantis e de médicos residentes, iniciaram debates com críticas ao regime e ao governo que, no viés do acesso à saúde, desembocaram na criação do Cento Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. O desenvolvimento de uma compreensão crítica quanto Saúde Pública pré-reforma, não abarcava o desenvolvimento do próprio conceito de saúde. Em diálogo com a medicina social italiana, o Brasil passa a partir do Movimento de Reforma Sanitária desenvolver, a partir da Medicina Preventiva e Comunitária, fundamentais na constituição do SUS como o da Saúde Coletiva,

relevantes contribuição na defesa dos direitos coletivos. (PAIM, 2008) Em crescente consolidação, alianças entre a movimentos de trabalhadores da saúde e movimentos populares, possibilitaram experiências que exerceram importante atuação e no amadurecimento das propostas de cuidado desenvolvidas no pós-reforma, tais como: vínculo, acolhimento, vigilâncias, territórios etc. (FRANCO; MERHY, 1998)

Assim, no ano de 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, protagonizada pelos profissionais de saúde e a sociedade civil na participação social, e com discussões que vieram a embasar os principais elementos constitutivos do que veio a ser a Reforma Sanitária, tais como: a ampliação do conceito de saúde, reconhecimento da Saúde como direito e a criação do SUS. (MACIOCCO, 2002)

A nova Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, determinou ser dever do Estado a garantia da saúde para todos, criando o Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990. (BRASIL, 1990) Com a legitimação do SUS instaurou-se os princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo o primeiro de extrema importância na consolidação da democratização da saúde. Ainda, como parte dos elementos estruturais do sistema, preconiza a descentralização, a participação social, a regionalização e a hierarquização como diretrizes estratégicas para a garantia da consolidação dos princípios norteadores do SUS, bem como para os objetivos da APS.

Deste modo, durante toda a década de 90, muitas experiências com base territorial, com o desenvolvimento da compreensão do processo de saúde-doença contextualizados nos determinantes sociais, foram fortalecendo a APS, na implementação do modelo do Programa de Saúde da Família (PSF), teve como propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família a partir da lógica da equidade, do acesso universal e do cuidado integral a indivíduos e coletividades. (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006). Os resultados positivos na experiência de 20 anos do PSF elevaram-no ao status de '*Estratégia*', com vistas a garantir o modelo de APS como estruturante do SUS.

No desenrolar desse processo, novos dispositivos foram complementando as diretrizes estratégicas do SUS com o intuito de qualificar e consolidar seus princípios norteadores. Destaca-se a criação das Redes de Atenção em Saúde (RAS), que salienta a relação entre os diversos pontos de atenção que compõem uma linha de cuidado, estratégia importante para os casos de cronicidade.

O contexto histórico - político, econômico e social - de desenvolvimento dos sistemas apresentam uma dimensão simultânea no percurso cartográfico. No cenário italiano os impactos de um processo de reforma que inicia em Berlinguer em 1964, mas somente em 1978 a constituição de um Sistema Nacional Sanitário em modelo universal só pode ser fortalecida pelo processo de *regionalizzazione*. Vale ressaltar que neste percurso de ‘tradução das propostas da reforma em práticas’ (GHERARDI, LIPPI, 2000) de cuidado, ainda tiveram um percurso importante como o processo de *aziendalizzazione* em 1992/93 e ulterior desenvolvimento de ambas as estratégias em 1999. Neste processo, outro importante ponto é a relação corporativista médica e os tensionamentos produzidos no percurso de reforma. A categoria profissional manteve-se autônoma em relação aos vínculos de trabalho com o sistema público, impactando na organização e na produção do cuidado em rede. Iniciativa mais recente como a medicina de grupo vem produzindo transformações de modo a garantir maior integração entre os profissionais e a rede de saúde. O processo de constituição de serviços e estratégias para a implementação das propostas advindas com a Reforma é fundamental para entender quais linhas de força existentes, e que produz os atravessamentos institucionais que impactam na produção do cuidado, sendo os Cuidados Intermediários a aposta para o fortalecimento de um cuidado territorial e dialogado com a atenção primária.

Para o sistema brasileiro, o fortalecimento da atenção territorial deu-se logo após a instituição do SUS, iniciativas durante os anos de 1990 no desenvolvimento de estratégias para atenção primária e de experiências de reforma psiquiátrica, consolidaram as políticas de ambos os campos. A ampliação do acesso, o cuidado da população, configurou novos perfis de morbimortalidade - o declínio dos problemas agudos e concomitante ascensão das condições crônicas, gera novas demandas revelando uma desarmonia do sistema de condições agudas, e a utilização deste mesmo modelo para responder às condições de cronicidade (GOULART, 2011; MENDES, 2012; WHO, 2002), um cenário que sinaliza o hiato que se formou na constituição do sistema entre uma assistência hospitalar especializada, e a assistência territorial, convocando a atenção básica para maior resolutividade.

Estes históricos de intercâmbios de encontros, trocas, lutas e esforços para a constituição de sistemas universais sustentou as intervenções propostas pela pesquisa no desenvolvimento de modelos e estratégias de cuidado potentes e resolutivas para ambos os países.

Cuidados Intermediários – as interferências em sistemas e modelos de atenção à saúde

Na saúde, os modos de pensar e agir na produção da assistência, como dito anteriormente, também sofrem influências do contexto econômico, social e político. Foucault (2014), em análise dessas influências, afirma que o capitalismo permitiu a socialização da medicina, utilizando-a como estratégia biopolítica de controle social, e que para tal, investiu primeiro no âmbito biológico, somático e corporal. Deste modo, o setor saúde torna-se promissor para acúmulo de capital despertando o interesse das indústrias na produção de equipamentos e medicamentos (FRANCO, 2003), cenário fortalecido pela Medicina Científica, e pelo modelo médico hegemônico – centrado na ação do médico, desenvolvido prioritariamente no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias duras.(CARVALHO, CECCIM, 2006; SILVA JUNIO, ALVES, 2007) As estratégias propostas nas reformas sanitárias, e os dispositivos criados então, reúnem esforços para aproximar o cuidado ao território, e trazer a participação do usuário nos cuidados em saúde não apenas o ato médico.

O contexto de implementação dos cuidados intermediários não se distancia deste debate. Em análise deste cenário Maciocco (2014) interroga a estratégia entendida como somente um conjunto de serviços, mas um conceito que sustenta uma modalidade de intervenção baseada na centralidade dos cuidados do paciente; necessidade de processos de avaliação que sejam fortes e permanentes, a importância de parcerias entre os diferentes atores, e a garantia de acesso oportuno aos demais serviços especializados quando necessário.(MACIOCCO, 2014) Os pontos apresentados na análise do autor desenham algumas das linhas de força que atuaram nos sistemas e nos modos de produção do cuidado que inclusive fomentaram as motivações das reformas sanitárias de modelo universal.

Assim, os cuidados intermediários surgem, ao final dos anos 90, como dispositivos de enfrentamento à crise dos sistemas, que produtores de um cuidado fragmentado, não atendiam as novas necessidades de saúde. As primeiras produções sobre “*intermediate care*”, acontecem na Inglaterra na efervescência das discussões sobre cuidados mais próximos do território e do contexto de vida das pessoas.

O termo intermediário faz referimento à estratégia de integração entre hospital e cuidados territoriais, com o objetivo de prevenir a hospitalização e promover a recuperação mais rápida para o retorno ao domicílio. (PEARSON *et al* 2013) Neste

contexto, os cuidados intermediários apresentam-se sob duas perspectivas (COMPAGNI, TEDIOSI, TOZZI,2010):

- ‘*intermediate care*’ que cobre toda a área de intervenção entre o hospital e o domicílio, ou seja, refere-se a todo contexto de assistência não apenas da saúde, mas também socio sanitária em coordenação multiprofissional.

- ‘*transitional care*’ que se refere as áreas de conexão e de passagem entre os serviços, sendo conceitualmente mais ligadas as ações organizativas e de planejamento dos profissionais envolvidos na transição entre a alta hospitalar para estruturas de cuidados territorial ou no domicílio.

Vale ressaltar, que estas duas perspectivas não se apresentam necessariamente dissociadas. Uma melhor diferenciação se faz a partir do reconhecimento de que os cuidados intermediários possuem características de proposições de natureza estrutural, e os cuidados transitórios são tipicamente mais funcionais e se ocupam do processo de cuidado e alinhamento de diferentes disciplinas profissionais com relação à gestão de casos individuais. (COMPAGNI, TEDIOSI, TOZZI,2010) Ainda, este último possui como centralidade de seus objetivos elementos de natureza reabilitativa e preventiva - maior atenção na manutenção ou restauração da independência do usuário, maior proximidade do domicílio, natureza multiprofissional de perfil socio sanitário, prevenção de internações hospitalares dispensáveis. (MONGARDI, 2013; COWPE, 2005)

Os cuidados intermediários, após ter se tornado política com o acúmulo das experiências desenvolvidas nos anos 1990 (INGLATERRA, 2000; INGLATERRA, 2002), recebe uma primeira definição conceitual mais ampla apresentada pelo documento do ministério da saúde britânico (INGLATERRA, 2001) - *Intermediate Care, Moving Forward*:

“Cuidados intermédios – uma variedade de serviços integrados para promover uma recuperação mais rápida da doença, prevenir a admissão hospitalar aguda desnecessária, apoiar o processo de alta hospitalar e maximizar a vida independente - é um componente vital do programa para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas mais idosas e aumentar a qualidade dos serviços que as recebem”. (p.3)

Ainda, a mesma publicação enfatiza os cuidados intermediários como potente estratégia de impacto no sistema de saúde apresentando como princípios fundamentais: o cuidado centrado na pessoa, a necessidade de avaliações consistentes e permanentes, a promoção da saúde e da vida ativa, a importante parceria dos diferentes atores da rede de

cuidado e a garantia de um acesso mais adequado aos serviços especializados. (INGLATERRA, 2002)

Em 2013, o *National Institute for Health Research Service Delivery and Organization Programme* realizou uma pesquisa que fez uma importante revisão das produções sobre a temática, indicando como objeto nuclear das produções a integração entre os diferentes serviços, e a capacidade de negociação entre estes, os profissionais e o usuário. (NHS, 2013) Neste estudo, a partir das análises das experiências exitosas, é apresentado um elenco de condições que favorecem o desenvolvimento dos cuidados intermediários. Estas condições possuem o envolvimento de três importantes esferas da produção do cuidado – as instituições, os profissionais de saúde e os usuários. Tem-se definido para cada uma das dimensões (PEARSON *et al*, 2013):

- *Organização do serviço de saúde e da assistência social*: permitir a autonomia profissional para a tomada de decisões colaborativas com os usuários; e a arranjos organizacionais para a boa gestão do cuidado.

- *Profissionais de saúde e da assistência social*: possuir conhecimento detalhado da rede de cuidados; conhecimento sobre as preferências, demandas e necessidades dos usuários; saber o que cada serviço da rede de cuidados significa para o usuário, bem como o reconhecimento das implicações dessas subjetividades na tomada de decisão do mesmo, conseguindo assim identificar quais locais de atendimento terá maior continuidade funcional, psicológica e social; construir projetos de cuidado que permitam o planejamento de metas que ultrapassem os cuidados intermediários, ou seja considerando as principais redes de suportes sociais e de atenção dos usuários, bem como o desenvolvimento de vínculo com estes atores.

- *Usuários do serviço*: ter confiança na qualidade dos serviços de cuidados intermediários; contribuir com os processos de tomada de decisão.

A complexidade da tomada de decisão colaborativa entre usuários e profissionais sobre os cuidados em saúde é ponto importante apresentado na referida revisão e podem ser incentivados ou restringidos por qualquer um dos três níveis apresentados anteriormente. Contudo, a complexidade desta ação tem relevância na investigação à medida que não é aqui descrita com a utilização de equipamento e protocolos, as estratégias relevantes à tomada de decisão apresentadas nas experiências, referem-se a tecnologias relacionais. (MERHY1997; 2002)

Na genealogia do percurso de implementação e construções de conceitos do campo a partir das experiências dos cuidados intermediários no National Health System (NHS), é bastante evidente quanto à dimensão de simultaneidade quanto as linhas de força presentes no processo de trabalho cotidiano dos Hospitais Comunitários que foram cenários da cartografia, enquanto dispositivo para a reestruturação produtiva em saúde.

Os cuidados intermediários, como estratégia de fortalecimento da atenção primária, criam campo de processos contra hegemônicos ao que se refere a cuidados “hospitalares” uma vez que apresentam como uma de suas diretrizes o usuário e suas necessidades como centralidade do cuidado. Deste modo, o percurso genealógico evidencia a adjetivação dos hospitais comunitários como dispositivo, na adoção da definição apresentada por Deleuze, em que o dispositivo é entendido como uma multiplicidade, em que operam linhas de visibilidade e enunciação, linhas de força e linhas de fuga e subjetivação instaurando assim a possibilidade de novos modos de agir. (DELEUZE, 1996)

Alguns dispositivos de cuidados intermediários foram implementados na Itália, como as equipes de ‘transitional care’ na Lombardia, os centros de reabilitação em Veneto e etc. (PESARESI, 2017) Contudo, os Hospitais Comunitários foram preponderantes na escolha das regiões e direção preconizada pelo Ministério da Saúde.

Somente após 2001, em que novos arranjos institucionais foram criados para processo de descentralização e as regiões italianas ganham maior autonomia frente ao Estado (ITÁLIA, 2001a; 2001b), é que as discussões sobre integração entre os hospitais e os serviços territoriais se intensificam criando campo para o desenvolvimento dos cuidados intermediários. Este processo permite maior poder decisório às Regiões, possuindo o Estado uma principal função de definir princípios norteadores para todo território nacional, tendo como principal instrumento os Planos Sanitários Nacionais - PSN. (ITÁLIA, 2003)

Deste modo, é no planejamento nacional 2003 a 2013, a partir dos planos bianuais, que se tem o esforço intensivo de orientação para a integração de serviços de saúde e social com os territórios como lugar de cuidado das doenças crônicas. Nestes, há a focalização da reorganização da atenção primária, e a ênfase no fortalecimento dos cuidados intermediários (*‘cure intermedie’*), sobretudo a estratégia dos os Hospitais Comunitários (*‘Ospedale di Comunità’*), deste processo. (ITÁLIA, 2006; 2011; RER, 2013)

Nas últimas décadas, o dispositivo ganha expressão em papel de destaque para responder, principalmente, as necessidades clínicas dos doentes crônicos em fase de agudização ou pós-agudização, com quadro clínico estável, e que necessitem de monitoramento mais intensivo, com objetivo prioritário de redução das internações indevidas e de mudança de modelo em assistência biopsicossocial. (RER, 2013)

Na experiência italiana, os hospitais comunitários nascem na Região Emilia-Romagna, com a construção de um hospital em Premilcuore em 1995 e, em seguida, em Modigliana, ambos província de Forlì. Nos anos seguintes, e sobretudo a partir das recomendações ministeriais dos PNS, este modelo se espalhou nas regiões do Centro-Norte e em algumas outras áreas italianas, ganhando expressivo aumento (RER, 2015; ITÁLIA, 2014), passando sob responsabilidade das Regiões a partir do Pacto pela Saúde biênio 2014-2016.

Como ordenação da proposta e organização do modelo tecnoassistencial no país o Decreto Ministerial 70/2015, regulamentado, com a definição de padrões de qualidade, estruturais, tecnológicos e assistenciais para os Hospitais Comunitários.(PIERI, 2016; ITÁLIA, 2015) Estes então, ficam definidos como estrutura com um número limitado de leitos (15 a 20), gerida por enfermeiros com suporte de médicos de família ou clínico geral ligados à atenção primária, que oferecem assistência 24 horas para usuários que necessitam prioritariamente de: intervenções de saúde que poderiam ser desenvolvidas no domicílio, mas que precisam de abrigo nestas estruturas por fragilidade de uma rede de suporte social e para necessidade de supervisão de enfermagem contínua.(ITÁLIA, 2015; RER, 2015)

A estadia média esperada é de 15-20 dias, podendo ser reavaliada tanto para maior período de permanência, como pela necessidade de encaminhamento para serviços mais especializados. O acesso pode ocorrer por três principais vias: pelo serviço territorial, em indicação do médico de família, por alta programada de enfermarias de hospitais de maior complexidade, ou diretamente do atendimento de emergência. (ITÁLIA, 2015; RER, 2015)

Em linhas regionais, o Decreto 221/2015, dispõem sobre os requisitos específicos de acreditação do Departamento de Atenção Primária - Núcleos de Atenção Básica, Aconselhamento Familiar, Assistência Ambulatorial Especialidade Territorial, Assistência Domiciliar e os Hospitais Comunitários. O documento define que as estruturas intermediárias estão sob gestão da atenção territorial com o objetivo final *de*

garantir que as pessoas com doenças crônicas, deficiências graves e em cuidados paliativos, têm a continuidade dos cuidados e integração do hospital para a comunidade, com o suporte clínico fornecido pelo Médico de Medicina Geral, desenvolvendo, qualificando e especializando a rede de serviços e, ao mesmo tempo, aumentando o apoio para as famílias. (RER,2015)

Nos requisitos para a acreditação dos hospitais comunitários o detalhamento da clientela, critérios e arranjos organizacionais destes serviços, voltam novamente evidenciar as linhas de força do modelo hegemônico, e durante o percurso cartográfico o instituído - seja no processo dos ditames legislativos, seja nos atravessamentos do paradigma biomédico – confronta-se constantemente com o campo cotidiano e micropolítico das instituições.

Como orientação institucional à implementação dos Hospitais Comunitários Emiliano-Romagnolos temos quatro pontos que abarcam a totalidade do processo: indicação de para quem a estratégia deve se dedicar, como acessar o dispositivo, como organizar o processo de trabalho para que se efetive os objetivos, e com se dá a produção de cuidado em si. A partir do instituído, pode se entender as linhas de força dentro da aposta de disputa de modelo e a partir da cartografia poder dar visibilidades e criar agenciamentos possíveis e real reestruturação produtiva. Deste modo, define-se o campo macropolítico que os Hospitais Comunitários terão:

1. Da Elegibilidade:

Para a inclusão de pacientes para internação dos hospitais comunitários o documento apresenta a indicação de avaliação que considera 04 perfis de usuários:

- A. *Pacientes, prevalentemente com multimorbidades provenientes da estrutura hospitalar, casos agudos ou de reabilitação, clinicamente admissíveis para conclusão do diagnóstico terapêutico hospitalar, mas com condição de serem candidatos à assistência de enfermagem continuada.*
- B. *Pacientes frágeis e/ou crônicos provenientes do domicílio pela presença de reagudização de condição clínica persistente, aparecimento de um quadro imprevisto, contudo não estão no critério de internação em um hospital para agudos.*
- C. *Pacientes que necessitam de assistência de enfermagem na Atividade de Vida Cotidiana, na administração de medicamentos ou na gestão de equipamentos no domicílio, monitoramento que requerem uma vigilância contínua ou quase contínua, também cuidados não intensivos; necessidade de formação/educação/treinamento do paciente e do cuidador, antes do retorno para casa.*

D. *Pacientes que necessitam de reabilitação motora ou de suporte de reabilitação-reeducação respiratória, ou de suporte funcional a outro órgão.*

Critérios de exclusão:

1. *Pacientes com instabilidade clínica cardiovascular ou neurológica.*

2. *Pacientes em fase de terminalidade.*

3. *Pacientes que exigem assistência médica continuada.*

4. *Pacientes que necessitam de enquadramento diagnóstico". (RER, 2015)*

2. Do Acesso

Com importante papel de integração entre hospital e serviços territoriais, neste entremeio a proposição dos casos de internação é realizada tanto pelos médicos e enfermeiros da atenção primária, quanto por médicos dos hospitais de maior complexidade para acompanhamento da alta e desenvolvimento do cuidado pós-período de agudização. (RER, 2015)

3. Da Organização

Os hospitais comunitários, como estruturas de internação territoriais, possuem assistência para 15 a 20 leitos, com tempo de permanência médio de 20 dias, sob gestão da enfermagem, tendo um enfermeiro coordenador, uma equipe de enfermagem para a assistência, em número correspondente a cuidados diretos por 24 horas, 7 dias na semana, bem como demais profissionais como por exemplo necessidade de reabilitação. (RER, 2015)

A produção de cuidado prevista na reorganização do sistema tem neste dispositivo o objetivo de fomentar a autonomia e aumento da potência dos usuários como processo-chave para êxito.(PERSON, 2013) Deste modo, em todo o período de cuidado, durante a permanência nos hospitais comunitários, um dos principais objetivos a serem trabalhados são as ações de autonomia dos pacientes e cuidadores, por meio de formação, orientação e outros recursos que possibilitem melhor gestão possível das novas condições clínicas e terapêuticas e ao reconhecimento precoce de eventuais sintomas de instabilidade. (RER, 2015)

4. Do Processo de Cuidado:

A gestão do cuidado durante o período de internação será realizada pelo médico ou enfermeiro de referência que, junto da equipe, é responsável pela construção,

monitoramento e avaliação do Plano Assistencial Individual (PAI). Em especificação de quais resultados devem ser monitorados durante o desenvolvimento do PAI, listam: lesão cutânea (prevalência, evolução); quedas com e sem complicações, estado funcional (atividades da vida cotidiana) e capacidade de gestão da terapia e de outras atividades de assistência, sendo este último importante indicador de alta. (RER, 2015)

A cartografia se propôs a adentrar o cotidiano de trabalho dos Hospitais Comunitários na Região Emília-Romagna, entendendo o percurso histórico como interrogações para a atualidade. Interrogações estas que também servem ao sistema de saúde brasileiro que em ajuste temporal encontra-se em transição demográfica, com envelhecimento da população e transição epidemiológicas com impacto para o SUS, afetando não apenas o perfil de morbimortalidade, mas também a elevação dos gastos com os cuidados em saúde, como por exemplo das doenças cardiovasculares, cujos óbitos chegam a 31%. (ITÁLIA, 2014)

Deste modo, olhar por meio da cooperação internacional percurso de sistemas que já contemplaram a transição demográfica e a partir das novas necessidades, criaram novos dispositivos para apresentar maior resolutividades. Assim a proposta da intervenção da pesquisa e do percurso cartográfico tem dupla função, conhecer e analisar o processo de trabalho e a produção do cuidado em saúde nos hospitais comunitários.

Neste contexto, essa circularidade de movimento local-global-local não opera em segmentaridades duras, dissolvem-se as fronteiras o que permite as constituições de fluxos contínuos e de movimentos rizomáticos, que permitem novas conexões entre tais esferas.(DELEUZE, GUATTARI, 1995) Apresentar ao campo da saúde a transposição de fronteiras disciplinares clássicas, criando a necessidade de novas ferramentas, seja de análise e compreensão transdisciplinares da realidade, seja de intervenção multiprofissional.

Pausa....

Sob quais lentes focalizamos o percurso

A análise conceitual dos cuidados intermediários, a partir do cenário internacional, realizada por Maciocco (2014), apresenta-os como modalidade de intervenção - arranjos organizacionais e modos de produzir o cuidado. Neste cerne, foi que o percurso cartográfico teve como ponto de foco o trabalho em saúde, se perfazendo enquanto trabalho humano, transfigurando-o em ponto de fuga gerador de diferentes dimensões.

Duas perspectivas são relevantes para as reflexões produzidas durante a intervenção da pesquisa. A primeira é a relação do corpo com o trabalho sob a influência da lógica neoliberal. Neste contexto, o corpo do trabalhador/máquina produtiva está sob controle do externo a ele, de um Estado criador de programas sociais disciplinares e biopolíticos. O exercício do *biopoder*, que reconfigura a relação do trabalhador com o “Eu-corpo” e seus processos subjetivos, pautará suas escolhas, os modos de pensar, sentir e agir, em resposta às exigências do mercado. (FOUCAULT, 2014) Estes efeitos influenciam diferentes campos de trabalho e formação, instaurando o modelo de um ‘*bom profissional*’ – comprometido com a tarefa e em total cisão do mundo do trabalho, e a vida privada – *locus* único permitido ao campo dos afetos.

Outra importante atravessamento, como dito anteriormente, no mundo do trabalho em saúde, se apresenta pela força de uma medicina cientificista, flexeriana, que elegeu como campo de investigação e prática a biologia dos corpos, formando profissionais que identificam os indivíduos em seus órgãos e disfuncionalidades, arriscando-se a reproduzir a mesma doença que ela deveria enfrentar.(CARVALHO, CECCIM, 2006) A fragmentação dos corpos enquanto *locus* de doença e a normatização da saúde na medicina especializada (FOUCAULT, 2014) desapropriou os sujeitos de seus contextos, distanciando a saúde de sua origem idiomática - da afirmação da vida – (LUZ, 2008) para a indiferenciação com a doença. Deste modo, os cuidados intermediários no esforço de reestabelecer a autonomia de vida para o retorno a cotidianidade, e/ou a interlocução com o cuidador no estabelecimento de novas relações com o processo de saúde e doenças, e dependência dos usuários, traz ao primeiro plano as subjetividades instauradas com o adoecimento, as relações entre profissionais-usuários, usuários-familiares, profissionais-familiares – sobretudo no campo subjetivo das relações.

A Micropolítica do Trabalho em Saúde e suas Tecnologias

Mendes-Gonçalves (2017a), no estudo do trabalho médico, realizou uma importante contribuição para a discussão sobre ‘tecnologias’, considerando-as como: “coisas em si” com potência produtiva, descobertas e liberadas pela Ciência, e cujo melhor uso é uma questão de racionalidade administrativa e organizacional (gerencial). A construção deste pressuposto se define por quatro características: “coisas em si”, que seria destacada do processo social; “como potência produtiva” em que se estabelece na ‘qualidade do objeto’/instrumento que se situa entre o homem e a sua ação de transformação da natureza, detentora de uma característica ontológica, pois tais qualidades

se antepõe ao seu utilizo; “descobertas e lideradas pela Ciência”, onde o conhecimento científico se desenvolve a partir de objetos analisados de modo fragmentado e desconectados dos sujeitos que o conhece, estabelecendo uma Verdade Natural e definitivas das coisas, sendo a própria Ciência uma ‘coisa em si’; e por fim, “cujo melhor uso é uma questão de racionalidade administrativa e organizacional”, a submetendo ao desenvolvimento. A reunião destas características define o que seria a lógica, em sua estrutura teórico, ideológico e metodológico, da ‘questão tecnológica’. (MENDES-GONÇALVES, 2017b)

A contribuição do autor se apresenta na proposição de uma releitura da ‘questão tecnológica’ sob uma perspectiva não ideológica, reivindicando uma verdade parcial da realidade na produção do conhecimento em uma ótica de integração com as práticas contextualizadas nas relações sociais nas quais são utilizadas. Deste modo, propõe o debate em ‘efeito conjunto’, das noções de eficácia, produtividade, eficiência e adequação, para a reconstrução do conceito de tecnologia. Em maior relevância a ‘noção de adequação’, em contraponto a ‘noção de eficiência’ de caráter mais tecnicista e conservador, pauta as críticas as teorias que cooptam com a definição de tecnologia apresentada anteriormente, e convoca uma adequação desta com as mudanças sociais. (MENDES- GONÇALVES, 2017b)

Deste modo, Mendes-Gonçalves (2017b), discute sobre uma ‘tecnologia apropriada’ às condições concretas do desenvolvimento social recolocando uma perspectiva dialética da relação entre objetividade e subjetividade na definição das tecnologias.

Neste contexto, o trabalho, então, é discutido em sua dimensão técnica e social. Na derivação dos argumentos anteriores, o autor propõe o conceito de *organização técnica do processo de produção enquanto processo social e histórico que inclui a reprodução social* (MENDES- GONÇALVES, 2017b, p.213), sendo a tecnologia entendida como um ‘instrumento de trabalho’ de intermediação da ação humana na natureza. Deste modo, o trabalho em saúde, como uma prática social, é constituído por *uma “relação técnica que se estabelece no interior de cada processo de trabalho entre o produtor e as condições em que trabalha está subordinada à relação social que se estabelece entre os produtores através do conjunto de seus produtos”*. (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p.57)

Os interstícios das relações que permeiam o campo do trabalho em saúde são habitados por constantes disputas no campo da macro e da micropolítica, que ao serem

iluminadas ganham possibilidade de transformações. Em específico na pesquisa o campo da micropolítica, ou seja, da relação do homem com seu trabalho no fazer cotidiano, levando-se em consideração seus processos subjetivos – seu modo próprio de atuar no mundo a partir de suas vivências – é fundamento de debate quanto à produção de cuidados em saúde.

Nesta discussão, propomos como referência às reflexões desenvolvidas por Franco e Merhy (2013) sobre o trabalho em saúde. Para os autores, o trabalho é um ato produtivo que sofre influência não só do campo de conhecimento que se insere – ciências médicas - mas também, na essência do ato produtivo temos duas dimensões, o produto e o produtor, que também é pensando nos campos da economia, política, sociologia, psicologia e entre outros, configurando assim, uma complexidade às discussões sobre o tema. Deste modo, estes campos podem ser considerados dimensões que se inter cruzam, ou seja, não se pautando em apenas uma disciplina ou campo da ciência, nem em todas as suas possibilidades, mas entre, nas linhas que se traçam e se entrecruzam, na multiplicidade do trabalho em saúde que se dá no momento da ação, no ato de cuidar. (DELEUZE, 1999)

Na multiplicidade desta relação, coabitam no processo de trabalho dois tipos: o ‘trabalho morto’ e o ‘trabalho vivo’. O primeiro definido por matéria-prima e ferramentas, incorpora todo trabalho humano já empregado, mas que não está presente no momento da ação no processo, são produtos de um trabalho vivo anterior. O segundo se realiza no momento da ação do trabalhador, que para tal utilizará de tecnologias, como dito anteriormente, de um certo saber-fazer para estruturar sua ação. (MERHY, 1997; FRANCO; MERHY, 2013)

Merhy, na análise do ‘trabalho vivo em ato’ em saúde, recorre metaforicamente as valises do médico para a apresentação destas ferramentas tecnológicas utilizadas na produção do cuidado, decompondo-as em três dimensões: “*tecnologias duras*” (instrumentos), “*tecnologia leve-duras*” (os saberes estruturados) e “*tecnologias leves*” (relações entre trabalhador-usuários). (FRANCO; MERHY, 2013)

Na saúde, os modos de pensar e agir na produção da assistência, como dito anteriormente, também sofrem influências do contexto econômico, social e político. Foucault, em análise dessas influências, afirma que o capitalismo permitiu a socialização da medicina, utilizando-a como estratégia biopolítica de controle social, e que para tal,

investiu primeiro no âmbito biológico, somático e corporal.(FOUCAULT, 2014) Deste modo, setor saúde torna-se promissor para acúmulo de capital despertando o interesse das indústrias na produção de equipamentos e medicamentos(FRANCO, 2003), cenário fortalecido pelo Medicina Científica, e pelo modelo médico hegemônico – centrado na ação do médico, desenvolvido prioritariamente no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia - configurando deste modo o Complexo Médico-industrial.(CARVALHO, CECCIM, 2006; SILVA JUNIO, ALVES, 2007)

Assim, a análise do trabalho em saúde, campo de disputas multifatorial de interesses, faz-se relevante ao considerarmos que os modelos assistências consistem na complexa *organização das ações para a intervenção no processo de saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade.* (MALTA, 2004, p.438)

Ainda, no setor saúde a incorporação das tecnologias aos atos de produção do cuidado como sinônimo de resolutividade, tem sua falácia na geração de custos altos e necessidade permanente de superespecialização, na redução da ação do médico no corpo, descontextualizado do seu meio, história e vivência. O modelo biomédico mostra-se insuficiência frente a complexidade da produção de saúde, enquanto campo social e cultura, indissociados de processos sociais e históricos. (FRANCO; MERHY, 2013)

Retomando os conceitos apresentados anteriormente do ‘trabalho vivo em ato’, o exercício de um autogoverno é feito pelo profissional de saúde que é o operador dos modelos tecnoassistenciais no cotidiano do trabalho. As tomadas de decisões nas escolhas das ações são perpassadas por suas subjetividades, e que no encontro com usuários abre inúmeras possibilidades ao processo de trabalho. Tais decisões, então, poderão conter todas as dimensões tecnológicas, em maior ou menor medida, a depender de fatores como: os saberes estruturados, os recursos disponíveis, os modos de gestão que podem ser mais ou menos verticalizados, as expectativas, representações e etc. (FRANCO; MERHY, 2013)

Abre-se aqui espaço para incorporação de um importante conceito presente nos debates produzidos pelos autores, o trabalho em saúde, enquanto acontecimento e não uma ação. Este acontecimento por sua vez abarca uma multiplicidade que possui seu ápice no momento do ‘*encontro*’, conceito apresentado na teoria das afecções de Spinoza, na qual argumenta sobre os encontros dos corpos como capacidade de afetarem mutuamente,

e estes acontecem sempre de maneira inédita, e a partir das afecções que nos provoca podem aumentar ou diminuir nossa potência de agir no mundo. (FRANCO; MERHY, 2013; FERREIRA, 2009)

O encontro, então, é o acontecimento inédito, é o campo do ‘trabalho vivo em ato’.

Este conceito substância um importante debate quanto aos processos subjetivos presentes no trabalho em saúde e no processo produtivo do cuidado, o ponto central é o encontro entre trabalhadores e usuários, pois são nestes encontros de caráter inédito e produtor de mútua afetação que se constitui um campo potente de permanentes mudanças. Deste modo:

“A subjetivação, ou seja, a formação contínua e ilimitada de subjetividades, acontece tendo por base os encontros que a pessoa tem ao longo da sua existência, em determinado tempo e espaço. As experiências atravessam a pessoa, instituem formas específicas de significar a realidade na qual está inserida. Podemos assim imaginar que os múltiplos encontros que um trabalhador tem na produção da sua própria vida o modificam de forma sensível e contínua”. (FRANCO, 2015)

É nesta micropolítica do trabalho, que as contrariedades entre instituído (‘trabalho morto’) e do instituinte (‘trabalho vivo em ato’) se configuram e permitem agenciamentos e de novos modos de agir em saúde. O ‘trabalho vivo em ato’ pode sofrer “capturas” por forças instituídas à medida que o emprego de tecnologia duras ou leve-duras pautadas em saberes estruturados predomine. (FRANCO; MERHY, 2013)

Contudo, a relação entre trabalhador e usuário é espaço de possibilidade de modificação à medida que no ‘trabalho vivo’ se constitui no exato momento do acontecimento. No encontro é estabelecido um espaço, que Merhy (FRANCO; MERHY, 2013), resgatando um conceito deleuziano, denomina como *intercessor*²⁶, sugere a perspectiva da interferência criativa na relação produtor/consumidor, caracterizando-se o cuidado em saúde, deste modo, além de uma atividade técnica, uma atividade política (micropolítica). (FRANCO; MERHY, 2013; DELEUZE, 1992)

As discussões em torno do trabalho vivo e das tecnologias leves, proposto por Merhy (1997; 2002), cria campo de preparo para aprofundamento para as reflexões

²⁶ Para aprofundar o conceito, sugestão de leitura - Conversações (1972-1990). Rio de Janeiro: Ed 34, 1992. (DELEUZE, 1992.p. 151-168)

quanto aos processos subjetivos constituintes do cuidado em saúde, mudanças paradigmáticas e modos de gestão e implementação de políticas e programas. No momento de encontro, no ‘trabalho vivo em ato’, cria-se um espaço intercessor entre o trabalhador e o usuário, em que circulam intensidades capazes de transformar ambos os atores a partir do modo como são afetados. Cria-se, portanto um platô²⁷, em que estarão presentes fluxos saberes, percepções de vida, modos de pensar e agir, que ao gerar mutuas afecções, podem construir novos processos subjetivos, ou seja, no encontro com o outro, nos fluxos de trocas, o trabalhador que ao trabalhar transforma o mundo também se modifica.(DELEUZE, 1993) Portanto, a dimensão subjetiva está presente na produção do cuidado, que a depender dos acontecimentos pode criar agenciamentos, linhas de fugas que instauram possibilidades de desterritorialização²⁸, para posteriormente criar novos territórios existenciais, ou seja, que impactam nos modo de significar e interagir no mundo.(FRANCO; MERHY, 2013; GUATTARI E ROLINK, 1996)

A incorporação de tecnologias leves, tem papel e atuação singular e potente ao que tange estes espaços de intersubjetividades, construtores de encontros não hierarquizados sobre relações de poder-saber, tem ponto central na transformação do cuidado em saúde. Um trabalho capturado pelo saber científico, pelas regras institucionais, por ações protocolares, não permite a construção de um comum, não permitem agenciamentos mútuos, o profissional na sua tomada de decisão e em seu ato prescritivo e usuário em sua autonomia e possuidor de saberes sobre seu corpo e seu processo de saúde-doença. (FRANCO; MERHY, 2013) Deste modo, o cotidiano da produção do cuidado é campo de disputa micropolítica. A transformação de uma predominância no uso de ‘tecnologias dura’ e ‘leve-duras’, para o de tecnologias ‘leves’ como a relacional, o vínculo, o acolhimento e etc., requer como condição *sine qua non*,

²⁷ Um platô, como nos apresenta Deleuze e Guattari, está sempre no meio, e circunda uma região onde se opera contínuas intensidades. (DELEUZE, 1995)

²⁸ Entendemos território pelo conceito desenvolvidos pelos autores Deleuze e Guattari a partir das obras, O anti-édipo, Mil platôs e O que é filosofia? (DELEUZE, GUATTARI, 1993) Guattari e Rolink o resume como: “O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos “. (p.323) (GUATTARI, Felix; ROLINK, Sueli. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996).

mudanças atitudinais. (FRANCO, 2003; MERHY; FRANCO a, 2008, p. 427-432; MERHY; FRANCO, 2008b, p.348-352)

Imprimir à organização do trabalho e a produção do cuidado novas formas de estruturação e novos modelos tecnoassistenciais requer necessariamente a inversão desta tecnológica do trabalho. Merhy (2002) ao definir esta inversão apresenta a reestruturação produtiva como:

“Uma reestruturação produtiva que implica em uma substancial mudança nas configurações tecnológicas dos processos de produção, alterando não periféricamente a composição da força de trabalho, mas centralmente, leva à própria produção de novos produtos e deve estar mapeada pelos novos territórios de tecnologias não-equipamentos. Tal processo, da reestruturação produtiva, sempre se vincula a uma transição tecnológica, na qual novas tecnologias e mesmo configurações diferenciadas das anteriores passam a operar a produção de novos produtos ou maneiras diferentes de se produzir os “antigos””.(p.28)

O cotidiano do cuidado em saúde em sua multiplicidade pode conter inúmeros dispositivos de mudança, contudo a reestruturação produtiva pode não acontecer. Esta só acontecerá efetivamente quando houver uma alteração no núcleo de cuidado. Na expressão destas mudanças, ao equacionar o processo de trabalho e suas tecnologias Franco (2003), apresenta a composição técnica do trabalho estabelecendo uma razão entre o ‘trabalho morto’ e o ‘trabalho vivo em ato’. (FRANCO, 2003; MERHY; FRANCO, 2008b, p.348-352)

Ainda, os autores não anulam a coexistência de ambos no processo de cuidado, mas referindo o modelo biomédico como hegemônico, em que o cuidado tem seu saber estruturado e apresenta consumo alto de ‘tecnologia duras’, apresentam a necessidade de inversão desta razão em que o ‘trabalho vivo em ato’ em suas ‘tecnologias leves’ ganha expressão ao ponto de se sobrepor ao ‘trabalho morto’ impactando assim no núcleo de cuidado. Operar um cuidado pautado no ‘trabalho vivo em ato’ é ter os sujeitos e suas necessidade como centralidade do processo de produção. (FRANCO; MERHY, 2013)

Para tal, apresenta-se a necessidade de incorporação de novas tecnologias aos processos de trabalho, que gerem rupturas tanto com os modelos instituídos, como nos processos de subjetivos no campo da micropolítica, este como *lócus* primordial da produção de cuidado, como debatido anteriormente. As normas e leis estabelecidas, não conseguem exercer influência suficiente para estabelecer o modelo tecnoassistencial, e sim o trabalhador durante o ‘trabalho vivo em ato’ nas decisões quanto ao processo produtivo, por meio da sua micropolítica em exercício de um autogoverno é o único capaz

de o definir. Deste modo é o trabalhador que tem uma certa ‘proposta de organização para a produção do cuidado’, um modo de operar que coloca um certo ‘saber fazer’. O campo da micropolítica, então, cria espaço privilegiado para a constituição de linhas de fugas, na construção de agenciamentos com possibilidades de romper com o instituído. (FRANCO; MERHY, 2013)

A cartografia do processo de implementação dos cuidados intermediários na RER e da produção de cuidado no cotidiano do trabalho em saúde, teve como centralidade o processo micropolítico enquanto campo de subjetividades, espaço *intercessor* no trabalho vivo e na operacionalização da política. A intervenção cartográfica buscou compreender e analisar a composição técnica do trabalho, os cenários de disputas na micropolítica do processo de trabalho, bem como a produção de novos territórios existenciais. Nesta perspectiva, no percurso da investigação evidenciou as “macrotransições” que evidenciaram as linhas de força presente no processo, bem como os agenciamentos que favorecem a reestruturação produtiva do cuidado, sobretudo ao que se refere aos processos que acontecem entre a atenção territorial e a assistência hospitalar.

MÉTODO

PLATÔ

O navegar – mas o que é entrar no campo mesmo?

... se há algo que me interroga e expressa todos os conflitos que os atravessamentos institucionais produzem em mim, certamente é o duelo sobre o ponto do início da pesquisa cartográfica - a entrada em campo, ou qualquer outro nome que isto possa haver; e o que se apresenta enquanto implicação. O fazer, conhecer e o corpo são, indissociavelmente condições de existir...²⁹

Os momentos de pausa nos permitem, na maturidade do processo de ‘entesar’, chegar até o que nos interrogamos por diversas vezes - a busca e na desconstrução das segmentaridades duras do campo científico positivista. A entrada no campo capturada no observar do ‘olhar retina’ e as memórias recolhidas como entrevista tateavam a cartografia. Elementos estes necessários para o fomento da construção de conexões com a produção do cuidado e o campo da micropolítica do trabalho vivo.

Tudo o que parecia a pré-tarefa era em ato a implicação, um devir cartógrafo. Muitas escritas, muitos refazer, emprestados de um outro - eu mesmo - nas minhas próprias narrativas iniciais do diário. Contagens regressivas sobre o cronograma-calendário de pesquisa firmado em cada página do termo de outorga, dispositivo de contratualização com a agência de fomento de pesquisa - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ. Era abril, e eu era angustiada, a me interrogar sobre *famigerado* campo de pesquisa. Empresto-me do ‘*verivérbio*’ do conto de Guimarães Rosa³⁰, para expressar seu duplo sentido sobre a fama e a má reputação dos afetos gerados pela dureza do calendário.

Então, em modo a aplacar as angústias até que a imaginária porta do campo se abra, decidi deixar o fluxo dos encontros propiciar a experiência de estar ali, reconheci no cotidiano que o objeto da micropolítica, sendo eu intruso, era preciso mais que

²⁹ Fragmentos de escritas caderno de viagem e memórias da autora.

³⁰ “Famigerado”, conto de Guimarães Rosa, compõe a obra *Primeiras Histórias*. A narrativa retrata a busca do jagunço Damásio por esclarecimentos sobre o significado da palavra *Famigerado*, no sentido de entender se foi ofendido. Na validação social de um saber, procura um médico, narrador da história, para esclarecimentos. Contudo, o narrador, no medo das consequências do significado ambíguo da palavra, tratada de afirmar um único sentido, em modo a paziguar a situação. O autor na expressão desta unicidade de significado cria um neologismo - verdadeiro verbo - *veri* + *verbo* - “*veriverbo*”. (GUIMARÃES ROSA, João. *Famigerado*. In: _____. *Primeiras Estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988).

conhecer palavras. “*Eu tinha de entender-lhe as mínimas entonações, seguir seus propósitos e silêncios*”. (ROSA, 1988, p. 395)

No apre(e)nder das experiências fui seguindo projetos que com alguma conexão de interesse do meu próprio caminhar trilharam lugar, aproximaram culturas e construíram modos de entender que permitiram o *transduzir* do percurso cartográfico. Não especificarei estes projetos aqui, ressalto apenas que apresentaram noções das diferenças culturais sobre a facilitação de grupos em processos investigativos, as verticalidades e horizontalidades no diálogo entre gestores, no debate com trabalhadores, no âmbito da: educação permanente, saúde mental infanto-juvenil, assistência e inovação social, construção de políticas públicas de saúde e da assistência social, e cooperação internacional. Ensaios apoiados pela área de Inovação Social da *Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale* da RER (ASSR-RER), que no contexto de cooperação internacional, foi sempre o ponto de conexão, e local de intenso processo de aprendizado.

A ASSR-RER realiza apoio técnico e científico às atividades de governança das estruturas regionais de serviços de saúde e da rede integrada de serviços sociais da Direção Geral de Cuidados Pessoais, Saúde e Bem-Estar. (RER, 2019) Vale esclarecer, que em organograma regional, após o processo de maior autonomia das regiões, o Sistema Sanitário Regional (SSN) está sob gestão desta direção, que tem como principais subdireções de assistência - Serviço de Assistência Hospitalar e Serviço de Assistência Territorial. Por fim, a operacionalização das estratégias e serviços acontece pela gestão das *Aziende Sanitarie* que são entidade/organismos/empresas de caráter jurídico público que presta, no âmbito do SSN italiano, os cuidados em saúde dos distritos de sua competência. Como dito anteriormente, a lei de reforma D. legg. 502/92 as anteriores Unidades Sanitárias Locais tornaram-se empresas (*l'aziendalizzazione*) com autonomia organizacional, gerencial, técnica, administrativa, financeira e contábil. (MACIOCCO, 2002) Deste modo, os cuidados intermediários estão no organograma regional sob gestão da Assistência Territorial e são operacionalizados pelas Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL).

No tatear da entrada no campo de pesquisa, a primeira aproximação com as discussões específicas dos Cuidados Intermediários (CI) e o cotidiano do trabalho em saúde nos Hospitais Comunitários, ocorreu com apoio da ASSRR no nível central da Regional de gestão. Neste âmbito, a partir de percurso formativo organizador de processos de reflexões direcionados à gestão regional e representantes das AUSL. A tutoria dos encontros foi coordenada e acompanhada pela consultoria de uma renomada

universidade milanesa, do campo de economia, direito, gestão, política e administração pública; e o espaço tinha como objetivo a consolidação das experiências implementadas na RER e a construção de um documento norteador do modelo regional de CI.

No contexto de reuniões, o debate foi realizado em formato de análise da experiência e da proposta dos cuidados intermediários, sobretudo no que diz respeito às demandas para o sistema sanitário, o escopo de cuidado dos CI, a composição das equipes – categorias, custos e quantitativos – e como estão relacionadas as diferentes estratégias de cuidado. Este conjunto de variáveis eram relacionadas aos parâmetros de eficácia e eficiência em ordenação de custos e planejamento financeiro.

Os cinco encontros levantaram alguns dos atravessamentos e tensionamentos institucionais permearam o que anteriormente trouxemos do debate da autora Gherardi (2000) – a *tradução* para prática das políticas de saúde. No âmbito da gestão e implementação de diretrizes regionais, o confronto entre as estruturas organizativas e estruturas operativas é ponto nodal presente em todo o percurso cartográfico, tais como: universalismo seletivo; equidade seletiva; autonomia dos serviços; as modalidades de acesso e as possíveis produções de barreiras, o custo e o financiamento da proposta; a transição entre os serviços e a coordenação do cuidado para o pleno desenvolvimento dos objetivos do Plano Assistencial Individual (PAI); a autonomia do usuário e o itinerário de cuidado que traça na busca do cuidado; a vigência do modelo paradigmático hegemônico e novas propostas de cuidado.

... me sinto confusa no modo como debatem alguns temas. A proposta de implementação dos cuidados intermediários enquanto dispositivo de mudança de modelo de hegemônico, em diferentes países e aqui na região, parece no debate dos gestores, sofrer uma dissolução extremamente racional, quantitativa e financeira. A discussão parece pueril se não percebemos as disputas presentes geradoras de objetivos trabalhados quase como contraditórios: especialização x integralidade/integração; controles orçamentários x priorização e centralidade na necessidade dos pacientes; controle de custos x aumento da qualidade; poder médico x composição de saberes... Hoje é o último encontro, em silêncio, sinto-me incomodada com a condução dos debates, mas não pareço ser a única, o gestora ao meu lado é de uma das AUSLs responsáveis por estruturas de CI se move agitada na cadeira, as vezes fala para si mesmo em voz baixa, parece questionar as incoerências de pautar o modelo em discussões centradas somente em quantidades de profissionais e custo. Interrogo-me sobre qual real perspectiva que se construiria, visto que o percurso foi gerido por uma universidade, mesmo que referência no país, especializada em administração e economia, não é surpresa sobre o rumo das reflexões sobre a produtividade enquanto análise de custos, os valores não quantificáveis do cuidado vivo em ato não entram como pauta.³¹

³¹ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

O percurso formativo evidencia as linhas de força presentes no processo de implementação dos cuidados intermediários, sobretudo os atravessamentos do modelo hegemônico biomédico. A implementação dos Hospitais Comunitários, como principal estratégia de CI na RER, tensiona o lugar da medicina, centralidade da produção do cuidado, à luz sobretudo das doenças crônicas – a localização do cuidado nos territórios e nas casa de saúde em sua maioria na conversão de Hospitais de Pequeno Porte, a gestão da enfermagem, a produção do cuidado com a participação robusta da enfermagem e da equipe de reabilitação, e o protagonismo e centralidade do usuário na autonomia e gestão do autocuidado, e a participação ativa do familiar e/ou cuidador na produção do cuidado – trazem algumas das escolhas desta aposta para a reestruturação produtiva no campo da saúde.

O caráter processual da cartografia se expressa em todo as aproximações, pausas e tentativas que remontam o olhar retina e progressivamente, no acúmulo dos contatos e dos encontros no corpo, integrando-se e recompondo-se em olhar vibrátil sensibilizado. Na composição, os instrumentos da etnografia emprestam chaves de interlocução para que portas e pontes deem passagem a cartografia - reuniões, e-mails, telefonemas.³²

A procura de melhores capturas do cotidiano do processo de trabalho dos cuidados intermediários, um próximo ensaio se inicia em interlocução diretas com os gestores locais das unidades e setores dos Hospitais Comunitários. Os encontros ao longo da *Via AEmilia* deram o importante panorama da diversidade com o que as experiências mapeadas foram implementadas. Os encontros foram agendados pela área de Inovação Social, a partir do envio de um convite à todas as AUSL da RER com Hospitais Comunitários. O apelo a conversa explicitava a pesquisa no enquadramento no âmbito da cooperação sanitária com o Brasil como transferência de tecnologias associada ao conceito de “tecnologias leves” (MERHY, 1997) entre os países.

A *Via AEmilia*, na ressonância com sua função histórica de espinha dorsal para desenvolvimento da região, também desempenhou papel central e de sustentação no movimento cartográfico. Por meio de mapeamentos de memórias coletivas do processo, narradas, a partir do percurso histórico, por gestores locais, ou profissionais diretamente ligados ao cuidado. Evidencia-se neste processo os atravessamentos institucionais, mas

³² Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

também o campo micropolítica das relações com os territórios e da autonomia do profissional no processo de trabalho.

Na RER os Hospitais Comunitários tiveram origem, em sua maioria, a partir da conversão dos hospitais de pequeno porte localizados no território, que tiveram suas estruturas transformadas em diferentes estratégias para a assistência territorial como as Casas de Saúde, *Hospice* – Cuidados Paliativos, Assistência Domiciliar, dentre outros. As diversidades das características apresentam interrelação com o contexto histórico, territorial e social onde estão inseridos tais como: proximidades a grandes hospitais, atuação consolidada do Médico de Medicina Geral em interlocução com o território, a existência de equipes de avaliação e mediação dos projetos terapêuticos, ou até mesmo como se deu a conversão de hospital.

Os encontros desta etapa permitiram uma primeira aproximação com a centralidade do que chamamos de campo enquanto as zonas de intensidades - linhas de força e fuga, agenciamentos - (re)conhecidos durante a cartografia. Nos aproximamos, como uma lente no movimento de focalizar, as diferentes formas da produção do cuidado. As narrativas mapearam cinco experiências sobre o processo de implementação e o cotidiano do trabalho nos Hospitais Comunitários, sendo contextualizada no universo do intercâmbio tendo como referência a pesquisa intervenção como oportunidade para o desenho de modelo dos cuidados intermediários para a RER. Destes diálogos, mapeadores de terrenos propícios à intervenção, três experiências viram a compor o percurso cartográfico realizado no Projeto RERSUS.

Premissas do percurso cartográfico – Projeto RERSUS

As primeiras focalizações em busca de maior nitidez – os ensaios cartográficos – consolidaram o campo para o projeto reconhecido por seu acrônimo: RERSUS (Região Emilia-Romagna e Sistema Único de Saúde). Dos mapeamentos das experiências emiliano-romagnolas de cuidados intermediários foram se tecendo encontros de intercâmbios sobre atenção territorial, experiências de cuidado de proximidade, estratégias de educação em saúde entre outros temas. Estas trocas corroboraram com o documento programático 2016-2018 da RER que assume a necessidade de modificar os enfoques tradicionais no campo da cooperação internacional, introduzindo modos intersetoriais de intercâmbio mútuo entre países e potenciando os novos contextos da

globalização e a circularidade entre experiências globais e locais em seu pleno diálogo. (RER, 2016)

Neste sentido, a pesquisa doutoral trouxe a interlocução da universidade na produção, participação e circulação do conhecimento, criando fluxos entre nível local e global e entre diferentes locais, contribuindo na adoção do conhecimento nas práticas cotidianas de comunidade e instituições, privilegiando metodologias de *knowledge transfer* (transferência do conhecimento nas práticas comunitárias) e de *knowledge translation* (transferência do conhecimento nas agendas políticas). (JOHNSON, 2005)

O projeto, então, traçou percurso de pesquisa formação que em caráter investigativo promoveu uma autorreflexão sobre os processos instaurados na implementação dos Hospitais Comunitários parceiros. A estas instituições foi indicado a participação de profissionais de diferentes categorias que estivessem diretamente envolvidos com a produção de cuidado, que realizaram o percurso de seis meses de encontros.

A pesquisa formação se constitui em percurso de atividades quinzenais de campo e encontros mensais de debate local e análise do investigado, que intercalados com seminários regionais potencializou o aprofundamento do processo reflexivo, a partir dos encontros com a diversidade das experiências a consideração do campo das subjetividades como transversalidade no cotidiano do trabalho.

A proposta metodológica de caráter investigativo, no contexto do projeto, situou a cartografia na pesquisa intervenção e deflagrou um processo reflexivo coletivo, por meios de instrumentos de educação permanente, metodologia ativa e facilitação do grupo. Na criação de sentidos para os dois países, no esforço da transdução, opta-se por ter como referência do processo métodos similares – Educação Permanente em Saúde e Método *Community Lab*³³ - que trouxesse ‘o coletivo’ à cena e no protagonismo da construção de políticas e de renovação de serviços e sistemas por meio da participação ativa de seus atores, enquanto pesquisadores do próprio processo. Tais estratégias foram fundamentais

³³ *Community Lab*, basea-se na ‘formação situada’ que como conceito apresenta as mesmas lógicas da educação permanente, e a aproximação das realidades locais, a autonomia, a valorização, e autorreflexão de pessoas e comunidades, com objetivo primordial de modificação e construção de políticas públicas. Para tal, utiliza diferentes instrumentos para promover e facilitar espaços de reflexões coletivas. (<https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/diario-bordo-conflitti-specchio>)

para a aproximação do campo micropolítico do processo de trabalho dos cuidados intermediários.

Ambos os métodos por suas características permitiram em modo ativo o intercâmbio, entre profissionais e gestores, de estratégias e práticas no âmbito dos cuidados intermediários. Neste sentido, a cartografia realizada no percurso do projeto RERSUS não apenas reconstruiu narrativas das memórias coletiva da implementação da proposta, mas também nas inversões de diferentes papéis - transformação de trabalhadores em pesquisadores do próprio processo de trabalho; de mim na passagem da facilitação do percurso formativo – possibilitou a abertura a novos encontros. A quebra dos papéis pré-estabelecidos trouxe maior abertura a experimentação, e porosidade as relações no campo das subjetividades.

Encontros de Sensibilização

.... a proposta de trocas ativas entre as experiências regionais e os grupos no Brasil conferiu ao início das discussões certa tentação que não poderia ser negada, pois em si elas já nos apresentavam diversos atravessamentos do âmbito da micropolítica. As trocas quase sempre foram realizadas em tonalidades avaliativas entre os serviços; processo de trabalho e modos de produção do cuidado eram entendidos e diferenciados a partir de cada experiência. Também os estranhamentos e inseguranças quanto a construção ativa do próprio percurso formativo eram gerados a partir habitualidade de formação mais expositivas. No entendimento de que a transposição destas barreiras e o acesso efetivo a processos potentes de debate não seria tarefa automática, fazia-se necessário uma introdução ao método em modo explicativo, mas acolhedores de afetos. Portanto, uma formação que em ato conseguisse já colocar em prática alguns instrumentos e instituir dois facilitadores – um interno e externo para mediação do processo foi aposta inicial.³⁴

Os encontros de sensibilização foram realizados concomitantes à visita da delegação brasileira na RER, o que permitiu primeiro momento de trocas presenciais entre os países - aproximações que trilharam sentidos no percurso cartográfico. Até aquele momento as narrativas foram produzidas nos meus diálogos durante os encontros no percurso cartográfico; mas a partir da presença de uma delegação brasileira teceram conhecer e por sua vez criar as primeiras conexões sobre uma prospecção dos cuidados intermediários no sistema único brasileiro.

Os encontros revelaram alguns pontos de tensionamentos do campo da micropolítica. A proposta da sensibilização cumpriu seu objetivo em modo que as

³⁴ Fragmentos de anotações do caderno de viagem.

discussões ali emersas apresentavam nuances das linhas de força e de como do instituído apresentava-se: a organização processo de trabalho que pudesse acomodar uma formação ativa como também prática de cuidado; a hierarquização das profissões e o saber-poder presente no cotidiano das relações; os estranhamentos quanto ao protagonismo dos participantes no processo; as incompreensões quanto as trocas horizontais entre os países com a dissolução dos valores histórico do percurso de colonização, trazendo como agenciamento a potência da trocas entre diversos e tecendo circularidades entre as experiências; o idioma; o fuso horário e etc. Sinais e sintomas – percepções e verbalizações – do deslocamento que estaríamos por provocar.

... antes de iniciarmos o projeto, acompanhei o processo de trabalho dela, contava que para além das tarefas que fazia, enfrentava algumas dificuldades vividas dentro da profissão principalmente com relação ao poder médico dentro no SSN. Das narrativas que fazia, perguntava sempre como era no meu país, como era sua profissão no meu país. Relatava as potências que vivi em muitos encontros com a enfermagem no SUS, as diferenças em tempo e formação, a proporção do número de médicos para enfermeiros, e o papel de gestão e liderança que tinha na Atenção Primária. Hoje, no encontro que fizemos pela primeira vez com a presença de outros brasileiros, após apresentação da delegação com a presença de muitas mulheres enfermeiras em cargos de gestão, ela me cochichou baixinho: “Mas isso parece um sonho”. Referia-se aos cargos serem ocupados por enfermeiras. Diferenças gerando potência. Reinventar as práticas tinha como confronto latente o protagonismo da enfermagem na estratégia de cuidados intermediários, a composição robusta de outros olhares e saberes na produção do cuidado.³⁵

Além de promover a troca entre os sistemas, os encontros de sensibilização, também puderam promover a aproximação entre as três experiências regionais. Na sutileza dos encontros, as diferenças traziam impresso as transversalidades na implementação da estratégia dos cuidados intermediários: a história do local; a relação da comunidade com o serviço; a proximidade com grandes hospitais e as possíveis capturas dos modos produzir o cuidado; e a composição das profissões desde o âmbito da gestão às práticas assistências. Impressões iniciais que durante o percurso cartográfico, evidenciaram intervenções sutis que permitam uma maior reestruturação produtiva.

... durante os três encontros, percebe-se que a produção de uma gestão menos verticalizada, mais participativa, e diversificada enquanto categorias profissionais, ou seja, não centrada no médico enquanto orientador dos processos, facilita a reestruturação produtiva. Ainda, notadamente, os modos em como se opera a relação com o familiar e/ou cuidador – no acolhimento, nas interlocuções ou no treino e adaptações para o apoio a autonomia dos usuários.³⁶

³⁵ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

³⁶ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

As circularidades criadas entre as próprias experiências italianas envolvidas no projeto, e destas com as brasileiras, fez ao final ressaltar dentro do debate regional as diferenças de práticas tecidas sob a regência de uma mesma orientação. Dilui-se a tensão com o que parece intruso, e ressalta a estranheza das disparidades de modelo em uma mesma região, o desconhecimento do trabalho desenvolvido entre as AUSLs. As inúmeras perguntas emersas no tecer de sentidos que atravessa oceanos, deslocou olhares às estranhezas produzidas na própria vizinhança. Deste modo, tínhamos os objetivos dos encontros alcançado, para o início do percurso formativo de um lado a ativação de olhares mais sensíveis que pudessem fazer emergir reflexões e estranhamentos, pelo outro uma consistência quase que imagética a quem deveria fazer projeções transoceânica das experiências de cuidados intermediários.

... no “entre” do encontro, que pude perceber a partir do reconhecimento dos pares, que uma certa dissolução do estrangeiro tinha se concretizado a partir do cotidiano de um ano entre eles. No confronto entre as culturas idiomas, parâmetros e embasamentos me sentia confortável. Afeto potente para gerir estranhezas e familiaridades do percurso cartográfico, para produzir com segurança a intervenção proposta pela pesquisa.³⁷

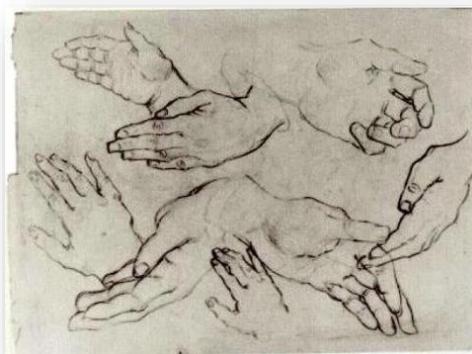
³⁷ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Platô

Cartografia Coletiva - reconstruindo percursos e modificando processos

Figura 05 – Mãos 1885 - Vincent Van Gogh
Fonte: <https://pt.wahooart.com/@/8XZ65>
C-Vincent-Van-Gogh-m%C3%A3os



O emaranhar das linhas cartográfica foram se traçando no percurso de encontros que tinham como mote a práxis do trabalho humano, compreendida como uma troca entre a pessoa e o mundo, que na idealização da atividade coloca em ato suas experiências, desejos, representações, e que por sua vez se modifica a partir do desenvolvimento do trabalho. (FRANCO; MERHY, 2013) Perspectiva esta que nos abre o campo da micropolítica do trabalho em saúde como ponto de nitidez – constituindo mosaico de imagens – que não pretende roubar o ‘vivo’ que se tem no ato das relações. Portanto, um mosaico de imagens que reuniu memórias refeitas coletivamente e que é expressão deste campo na implementação e atuação nos cuidados intermediários na Região Emilia-Romagna.

Na busca de focalizações mais nítidas, o mosaico de memórias narradas foi criando adensamentos para as possibilidades de trocas no campo da micropolítica. Na apreensão de processos no corpo do cartógrafo, apresentamos fragmentos que expressaram algumas das intensidades presentes no cotidiano do trabalho de Cuidados Intermediários e que compõem os platôs desta tese. As Fotografias – imagens narradas – compôs o percurso de nitidez a partir de encontros e afetos na *Via AEmilia*.

Fotografias - imagens narradas - histórias e vínculos da assistência territorial

As distâncias físicas entre os lugares de vida e as unidades hospitalares universitárias e/ou de maior complexidade de cuidado são apresentadas pelas narrativas, como fendas possíveis de desenvolvimento, e fortalecimento da assistência territorial. Hiatos do sistema que ganham relevância com a transição epidemiológica com o aumento da população idosa e das condições de cronicidade.

Os impactos de uma internação, alta hospitalar e da fragmentação do sistema de saúde trazem luz à necessidade de se criar estratégias que possam atender a multimorbidades e os determinantes sociais da saúde, sobretudo com a população com fragilidade de redes de suporte. Deste modo, os hospitais de pequeno porte distantes dos maiores centros eram referência de atenção à saúde, tendo dimensão e proximidade que permitiam uma interlocução mais ativa e referenciada entre os profissionais, familiares e comunidade. Este histórico é claramente parte da narrativa de trabalhadores mais experientes que já estavam atuantes e acompanharam as transições ao longo dos anos.

Demoramos muito para chegar até lá, sentadas diante do médico de medicina geral e a enfermeira coordenadora do Hospital Comunitário, ouvindo o tecer das narrativas, memórias dos processos e histórias da produção do cuidado, fica clara a sincronia e colaboração interprofissional. O percurso de uma memória coletiva compartilhada conosco, traz as transformações políticas atravessadas e os encontros de um processo de cuidado longitudinal centrado a pessoa, que nos exemplam ganho nome, desejos, amigos e familiares. Alguns pontos são fundamentais no que se discute enquanto escopo dos Hospitais Comunitários, mas a presença ativa das estratégias de atenção territorial tem elemento focal de reestruturação produtiva: a multiprofissionalidade e o compartilhamento de saberes, a promoção da autonomia, a interlocução com os diferentes serviços e atores do cuidado, a vinculação e condução da gestão do cuidado, a troca horizontal do cuidado entre categorias profissionais, cuidadores e familiares e paciente. A atuação do médico e da enfermeira desde 1996 no território e a não captura do processo de trabalho aos atravessamentos de uma hegemonia biomédica: “Não gosto do nome Hospital Comunitário, acredito que este nome reforça o modo de atuação de que não queremos produzir. Não são leitos hospitalares, são leitos territoriais. Passamos de 181 leitos para hospitalares para 20 leitos territoriais, que desde o início foram trabalhadores entre os profissionais em modo a atender à necessidade de saúde que se colocava, mesmo que muitas vezes a assistência hospitalar entenda os leitos territoriais como válvula de escape para diminuição dos custos”.³⁸

Os modos de se operar a alta protegida, a prevenção das internações, a avaliação e construção do plano assistencial podem produzir agenciamentos que rompem com os hiatos presentes nos sistemas para a continuidade do cuidado. As narrativas deixam claro

³⁸ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

que a origem da proposta advinda do território na interlocução com a assistência hospitalar é fundamental, para que o processo de cuidado se centre na pessoa e nas necessidades individuais e de sua rede de suporte social. O que anteriormente foi apresentado como *transitional care*, no conceito britânico de desenvolvimento dos cuidados intermediários que referência às equipes responsáveis pela continuidade e longitudinalidade do cuidado, encontramos também na experiência emiliano-romagnola a produção de impactos significativos e influência na constituição de escopo dos cuidados intermediários.

As experiências implementadas regionalmente como as do Núcleo Central de Continuidade Hospital-Território da AUSL da Romagna, Ponto de Coordenação Assistência Primária da AUSL de Bologna, Ponto Único de Acesso Social e Sanitário da AUSL de Modena, ou até mesmo as Unidade de Avaliação Geriátrica ou Multiprofissional apresentam escopo de gerir uma alta hospitalar protegida e tentar garantir a assistência para o retorno ao domicílio. O adjetivo ‘protegida’ associado a alta hospitalar tem como objetivo a qualificação da mesma que se dedica à individualização das necessidades dos pacientes mais frágeis e à ativação da colaboração oportuna entre hospital e assistência territorial.

Há um tensionamentos entre o processo de trabalho das experiências territoriais dos cuidados intermediários, os encontros no território, e linhas de força do modelo tecnoassistencial hegemônico. Como principais atravessamentos e transversalidade, tem-se: a constituição multiprofissional das equipes, a lotação destas no sistema – assistência territorial e assistência hospitalar, modo como se opera a avaliação e ativação da colaboração. Deste modo, a efetivação da estratégia de *transitional care* só se apresenta, como assinalado anteriormente, enquanto escopo dos cuidados intermediários criando pontos de passagens, que possam interceder nas ações organizativas e de planejamento dos profissionais, envolvidos na transição da alta hospitalar para estruturas de cuidados territorial ou domicílio. (COMPAGNI, TEDIOSI, TOZZI,2010)

Neste contexto, a captura do processo intermediado por tecnologias duras (MERY, 1997) como os sistemas e ou protocolos rígidos, sem a possibilidade do encontro entre os profissionais e a efetivação do compartilhamento do cuidado não otimiza o retorno protegido e efetivo para o domicílio, tendo em consideração que os Hospitais

Comunitários na especificidade de um cuidado com baixa complexidade tecnológica sob a gestão da enfermagem têm como critérios de inclusão precisos e tempo de intervenção.

A localização das estruturas de atenção hospitalar e territorial, e a proximidade destas últimas com as comunidades também é fator de impacto na produção de cuidado, na proximidade dos profissionais com os usuários e familiares. Estar nos territórios facilita a interlocução com o Médico de Medicina Geral (MMG), para a internação vindo do domicílio sob os cuidados da Atenção Primária; ou, em alta protegida após uma internação em hospital de agudos. Em ambos os casos ele terá a presença de familiares e cuidadores no processo de educação e treino ao cuidado após a alta dos Hospitais Comunitários.

“... faz muita diferença de como se inicia a proposta e as relações que se estabelecem. Aqui o trabalho com o MMG não é tão próximo, temos um geriatra que fica meio período e nos dá todo o suporte clínico, se intensificando apenas na proximidade da alta. Já na experiência de Mogliana, o primeiro Hospital Comunitário da Região, e sendo mais distante de Forlì nasceu com a intensa participação do MMG. Nossos 28 leitos são divididos, 22 para recepção de altas de hospitais de maior complexidade e 4 reservamos para as solicitações territoriais. Temos alguns conflitos, a exigências das intervenções objetivas e a negociação do plano assistencial com os MMG e principalmente com os médicos de plantão. Dos 11 profissionais MMG que temos, apenas 07 se disponibilizam a ter alguma implicação com os leitos do Hospital Comunitário”.³⁹

Neste sentido, os fluxos de encaminhamentos e a gestão do cuidado nos Hospitais Comunitários são perpassados pelas relações de poder da medicina, que na figura do MMG, se mantem em relação trabalhista autônoma ao sistema sanitário regional, e nos hábitos da Medicina especializada. Então, o histórico dos fluxos do sistema, as relações culturais entre a assistência hospitalar e a atenção territorial, faz com que na atualidade a RER, abra-se a discussão e o monitoramento de indicadores na região de proveniência das internações nos Hospitais Comunitários, que chegam a ser 70% tomada pela assistência hospitalar. (RER, 2018)

³⁹ Trecho de narrativa e reflexão produzidas durante a formação-intervenção no Ospedale di Comunità di Forlimpopoli.

Fotografias - imagens narradas – hegemonias

Os Hospitais Comunitários na proposta de uma reestruturação produtiva na produção do cuidado trazem elementos analisadores das hegemonias presentes no sistema sanitário. A afirmação tem em consideração a definição apresentada por Merhy e Franco (2013), em que “reestruturação produtiva” na saúde se refere “as novidades introduzidas nos sistemas produtivos, que impactam os processos de trabalho, geram mudanças no modo de elaborar os produtos, e efetivamente até mudam a forma de assistir às pessoas”. (p.128) Algumas destas “novidades” produziram efeitos, que percebidos nos primeiros encontros, compõem este álbum. Dispositivos que produziam disputas de modelo e estavam fortemente presentes na organização macropolítica, no estabelecimento de fluxos ou na ausência dos mesmos, nas narrativas sobre a implementação da proposta e os desafios cotidianos no âmbito da gestão e do cuidado, como: a presença prevalente da enfermagem; das tecnologias mais relacionais de fluxo de rede com as equipes de avaliação; ou, constituição do serviço mais acolhedor para a presença e colaboração de familiares e cuidadores na produção da assistência.

As fotografias anteriores indicavam já presença das linhas de força da Medicina Científica presentes no percurso histórico, e na constituição do modelo e nos desafios presentes na atualidade. Nas imagens narradas é possível mapear os atravessamentos com relação a formação das profissionais, na relação do poder médico e da equipe multidisciplinar, no hábito de trabalhadores, usuários e sociedade.

“... temos muitas dificuldades nos concursos públicos para enfermeiros para os Hospitais Comunitários, acaba sendo uma das vagas com menor procura. Quando um enfermeiro começa a trabalhar na unidade, é evidente que a autonomia e responsabilidade do profissional que habituado a responder sob a coordenação e orientação de um médico. Na maioria das vezes são jovens profissionais, mas é urgente que universidade na graduação de enfermagem consiga desenvolver novas habilidades para maior protagonismo dos profissionais”.⁴⁰

Outras narrativas sinalizam impactos no cotidiano dos Hospitais Comunitários, sobretudo ao que tange as estratégias criadas para promover as mudanças paradigmáticas necessárias, sobretudo quando se objetiva na organização da produção do cuidado ter o

⁴⁰ Fragmento de entrevista com trabalhadora da gestão do hospital comunitário

usuário no centro das ações e em diálogo com o território. Para além dos pontos já levantados, como por exemplo a prevalência dos encaminhamentos terem origem na atenção hospitalar, alguns incômodos eram pormenorizados em narrativas das vivências cotidianas destas relações de poder. Neste sentido, nos critérios e fluxos de acesso, a solicitação da indicação de vaga pela assistência hospitalar, quando reavaliada por equipes multiprofissionais localizadas no território, geram por vezes pontos de disputa: instrumentos diversos de avaliação; plano assistencial com objetivo preciso; profissionais não médicos protagonistas da avaliação; centralidade na necessidade dos usuários; entre outros, são campos de confronto expressos entre a assistência hospitalar e territorial.

A presença de uma equipe multiprofissional e a enfermagem na coordenação da unidade induz a possibilidade de experiência mais criativa e singularizada das intervenções, que não se efetiva isoladamente. Na produção do cuidado cotidiano, a figura do médico tem maior ou menor protagonismo a depender de como este profissional está inserido na unidade, mas também o perfil de habilidades e competências deste e de outros profissionais da equipe. Além disto, a introdução de dispositivos como reuniões, compartilhamento de atividades, ou até mesmo a presença do familiar no processo de trabalho favorecem novas composições nas tecnologias de cuidado. Desta forma, a transformação do modelo tecnoassistencial configura-se em campo multifatorial que implica recursos físicos, humanos e tecnológicos. (MALTA *et al*, 2004).

Neste sentido, o percurso cartográfico revelou que os Hospitais Comunitários que possuem a inserção do médico como parte da equipe, apresentava um maior protagonismo deste profissional na tomada de decisão e definições do plano assistencial. As equipes que não contavam com esta categoria em sua composição, mas que possuem o suporte do médico de medicina geral, tinham maior autonomia dos profissionais da enfermagem, e por consequência estes profissionais possuíam habilidades e competências fundamentais para a gestão do cuidado e a construção da rede de cuidados, pontos discutidos de modo relevante para a organização do processo como discutiremos a diante.

A presença do usuário e dos familiares participantes no processo de cuidado traça uma “linha de fuga” no modo de atuação, organização e interlocução dos Hospitais Comunitários com os territórios. Os agenciamentos presentes no processo de cuidado evidenciam movimentos contra hegemônicos, o protagonismo de um ator importante do cuidado dos usuários ainda no período de internação, principalmente quanto ao estímulo

e autonomia dos pacientes, são os Operadores Sócios Sanitários (OSS), que responsáveis pelo acompanhamento das atividades de vida diária estabelecem relações de muita proximidade, abertura e conhecimento das reais demandas e dificuldades de usuários e familiares.

... os OSS são como os ‘braços, olhos e pernas’ (sic) dos enfermeiros, são fundamentais para a produção do cuidado proposto pelo Hospitais Comunitários. É nítido que o vínculo dos OSSs faz diferença no processo de cuidado e aprendizado com os familiares. O compartilhamento das ações permite um processo de educação em saúde muito orgânico ao cuidado, a construção de vínculo e empatia a partir do ato do cuidar amplia as possibilidades terapêuticas sobretudo no campo das subjetividades. Boa parte da inovação da proposição dos cuidados intermediários perfaz a proximidade e acolhimento dos familiares e das singularidades do paciente, absorvidas na organização cotidiana das equipes e no processo de trabalho, configurando-se, assim, a tal centralidade do paciente nas ações de saúde.⁴¹

Fotografias – imagens narradas – primeiras focalizações e a busca por nitidez

As narrativas deste álbum são feitas de um mosaico de encontros realizados nas três unidades que viriam a compor o Projeto do RERSUS, afetos “palavrasedos” no diário de campo que marcando a passagem do que Rolnik (2011) apresenta como ‘olho retina’ e o ‘olho vibrátil’. O in-mundar-se e emaranhar-se se fez a partir desde ‘dentro’, no cotidiano dos Hospitais Comunitários, ser o intruso, o estrangeiro introduzido sem direito, portador de estranhezas, como Jean-Luc Nancy descreve, e que processualmente se faz parte.

A *Via AEmilia* é inaugurada nestes álbuns como eixo-rota da pesquisa, sendo orientação para o campo, que nos ensaios e aproximação se desenhava por si. Na concretização das transformações do “Eu-pesquisador”, a dissolução das forças do modelo científico, e a posteriori a percepção de que a entrada ao campo não obedeceria a calendário específico, não seria desenhada por uma porta específica. Deste modo, a entrada ao campo acontece pela implicação com o próprio percurso, circulações e apresentações, cruzamentos de narrativas de aproximações sobre SUS, SSN e a produção do cuidado que tecíamos. Encontros de afetos e implicações com a saúde pública, coletiva, cuidado com os usuários, reconstruindo formações profissionais e dividindo histórias pessoais e profissionais.

⁴¹ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

... o percurso de idas e vidas fazem parte dos momentos de adensamento, das expectativas e do que foi apenas vivido... Me senti acolhida, ganhei um uniforme de estagiário de OSS (operador sociossanitários – comparável ao antigo auxiliar de enfermagem no Brasil). Veste/rosto que me fez desconstruir as hierarquias e distâncias do doutorando pesquisador. Enquanto dobrávamos lençóis e fazíamos as camas respondia às perguntas sobre meu país. Empatias e identidades de afetos presentes do encontro com uma colega brasileira que havia passado por lá, dividiam o conhecimento que aprenderam com ela sobre o Brasil... Perguntas, muitas perguntas que me possibilitava captar alguns dos afetos que meu ser intruso gerava no outro. Inevitavelmente, estas questões se interpunham em qualquer dos encontros, um rosto único achatando minhas subjetividades. Não era fácil lhe dar com isso, mas era barreira a ser dissolvida. À medida que a curiosidade passava outras conversas davam passagem diálogos sobre o cuidado, o cotidiano do serviço, o estabelecimento de afetos e vínculos com familiares e pacientes.⁴²

Demorei a entender que a parte da etapa de estar em campo imersa no cotidiano dos Hospitais Comunitários, in-mundar-se, seria o tempo de transposição de uma certa vivência de intrusão. Responder sobre a cultura do meu país, geografias, naturezas, costumes; e tentar de algum modo me diferenciar, desmanchar rostos que muitas vezes trazem a genealogia das relações coloniais, desvencilhar rostos que não eram meus. Rostos plurais que *“não são primeiramente individuais, eles definem zonas de frequência ou de probabilidade, delimitam um campo que neutraliza antecipadamente as expressões e conexões rebeldes às significações conformes”*. (DELEUZE, GUATTARI, 1995, p. 36) Estes encontros teceram um certo conhecer, um compartilhar que posteriormente permitiu, a partir de uma vinculação, a aberturas e campos afetivos que deram passagem a cartografia.

Neste sentido, a experiência de imersão diária, sem um roteiro e nem instrumentos, permitiu um conhecer tátil por um itinerário de apresentação que surgia nas visitas a partir da memória e explicações de um interlocutor. Como peças de quebra cabeça com dimensões múltiplas pude (re)conhecer o processo de trabalho e atenção em saúde nos cuidados intermediários. Nos corredores, os encontros teciam o os mosaicos de imagens, afetos, diálogos se compunham: movimentos de diferentes cores pela manhã - amarelos (Operadores Sociossanitários), branco (coordenadores), azuis (enfermeiros), verdes (maqueiros), bordos ou lilás (profissionais de reabilitação); conversar recortadas nos afazeres cotidianos, entre o ir e vir de familiares, interrompido na hora da distribuição da alimentação e no período noturno de modo a oferecer mais conforto e descanso aos

⁴² Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

acolhidos; todo o resto do tempo era presença de familiares e cuidadores, dividindo os espaços da rotina do Hospital Comunitário, gerando dobras⁴³. (DELEUZE, 2009)

Os encontros aconteceram durante 7 meses, período em que se desenha a entrada no campo de pesquisa. Concomitantemente a este processo houve a diluição de um objeto de pesquisa dissociado à vida e aos afetos múltiplos produzidos entre e nos encontros. A imersão no campo da micropolítica e o tecer cartográfico foi possível a partir desta desconstrução, que não poderia ocorrer se não pela e na presença no campo - condição de diluição, e criação de permeabilidades que permitissem territórios de passagens, transitoriedades e transformações que delas em si também comporiam o objeto da pesquisa.

“Palavrarsear” os afetos destas aproximações exigiram mais expressões do que somente as palavras. Portanto, tomamos emprestado, em produção de movimento imagético, as cenas produzidas pela desenhista, pintora e escultora Käthe Kollwitz, que teve como cenário a vida cotidiana do proletariado na periferia de Berlim na metade do século XX. Como composição estética das cenas, a condição da vida humana em xilogravura, encontram consonância com as vivências, expressam imagetivamente o esboço cartográfico. A artista, contemporânea à época, apresenta a mulher protagonista das cenas de suas obras. (FURTADO, 2012) Neste sentido, criamos, a partir da experiência estética de Kollwitz, consistências aos encontros que em maioria eram habitados por mulheres, que direta ou indiretamente foram cartografadas em seu processo do fazer nos cuidados intermediários – mulheres gestoras, enfermeiras, fisioterapeutas, cuidadoras, esposas, filhas. As imagens narradas criaram ponto de partida do olho vibrátil para o percurso cartográfico:

⁴³ Deleuze, desenvolve o conceito de dobra no livro *A Dobra – Leibniz e o barroco*. A partir das características co-extensivas do dentro e do fora, a dobra expressa tanto o território subjetivo, quanto o processo de subjetivação como parte da apreensão do externo enquanto experiência histórica social. (DELEUZE, Gilles. *A Dobra – Leibniz e o barroco*. Tradução: Luiz B. L. Orlandi. Campinas, SP: Papyrus, 5ª ed. 2009.)

Fotografia um...

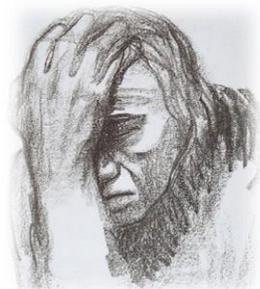


Figura 6 – Autorretrato Mulher Refletindo - Kathe Kollwitz

Fonte: https://www.artgallery.nsw.gov.au/media/thumbnails/collection_images/9/9351%23%23S.jpg.1031x1200_q85.jpg

... dentro do vai e vem das unidades, em dosagens de aproximação, permaneço com a incerteza ... “mas quando se entra mesmo no campo?” Os afetos que se geram nessas incursões não adentram de fato o campo da micropolítica. O acesso aos processos subjetivos não é tocado, presença e visões são do ‘olho retina’. Percurso de introdução que vai devagar gerando vínculo, compartilhamentos e trocas afetivas mais subjetivas que as de outrora.⁴⁴

A imersão no cotidiano das atividades e na circulação da rede foi percurso fundamental para aproximação das práticas, evocadas como campo concreto e micropolítico de ações que compõem o processo de trabalho, interlocução da rede de cuidado e a produção do cuidado nos Hospitais Comunitários na Região Emilia-Romagna. Um desafio a qualquer cartógrafo! A intrusa e estrangeira nos privilégios de encontros pode processualmente despir-se, esvaziar-se, equalizar as intensidades do processo, se compor e decompor em velocidades, produzir rostidades e intervenções. (ROLNIK, 2011) A dinâmica de entradas por diferentes portas dos cuidados intermediários nos permitiu a construção de vínculos e escuta e confiança que possibilitou a revelação *da dinâmica de produção subjetiva da realidade, que revelando sentidos, as multiplicidades, a complexidade da ação humana no âmbito da micropolítica e sua expressão e construção social.* (FRANCO; MERHY, 2013, p.161)

Neste sentido, os movimentos de aproximação criaram caminho e embasamento para o que posteriormente constituiu o Projeto RERSUS, que convocou o (re)pensar os modos de produção de conhecimento estabelecida a partir das práticas do cotidiano de trabalho de diferentes “locais”, complexificando olhares por meio da cooperação sanitária entre a Itália e o Brasil, na tentativa de deslegitimação de formas de saberes hegemônicas, e reinvenção estratégias e instrumentos de trabalho no âmbito dos cuidados intermediários.

⁴⁴ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

Fotografia dois...



Figura 7 - Autoretrato com a mão da morte - Kathe Kollwitz
fonte:<https://www.epdlp.com/cuadro.php?id=1943>

.... Um senhor de 57 anos, com plena autonomia, vida laborativa, vive com a esposa, os filhos não moram na cidade; começou a apresentar há quatro meses uma apraxia ideomotora (*incapacidade de realizar gestos comuns após um comando*), com letargia pelo mal funcionamento de válvula para hidrocefalia, tendo seu grau de dependência completamente comprometido. Possuía há mais de 10 anos um acompanhamento de depressão e uso abusivo de álcool, com histórico de internação psiquiátrica.⁴⁵

.... A indicação dos casos para internação nos Hospitais Comunitários demonstrou ponto de tensão e conflitos com a rede. O caso que discutimos hoje, veio indicado para processo de reabilitação e avaliação do fisiatra, se não houvesse evolução seria encaminhado para cuidados prolongados. Ao receber a solicitação, a enfermeira gestora do cuidado telefona ao médico que o encaminhou para entender melhor o diagnóstico, pois havia um pedido de avaliação médica, uma vez que os hospitais comunitários possuem como perfil a absorção de pacientes com diagnóstico já estabelecido e com a centralidade do cuidado da enfermagem. Durante a chamada ela tenta estabelecer processo de (in)formação, entender as condições do caso mais detalhadamente, e sobretudo repactuar os fluxos de fluxos, explicando ao colega a constituição e escopo do serviço e reforçando a autonomia dos profissionais de enfermagem na avaliação da indicação ou recusa da internação, bem como a interdisciplinaridade da proposta de cuidado.⁴⁶

Linhas de força presentes sobretudo nos pontos de encontro entre a assistência hospitalar e a territorial, nós de tensionados entre a inovação proposta de reestruturação produtiva no modo de produzir o cuidado fomentada pelo CI e a hegemonia biomédica especializada. Situações estas muitas vezes presenciadas nos serviços: das solicitações de internação reavaliadas nos territórios pelos enfermeiros das equipes de coordenação do cuidado; no protagonismo das articulações dos profissionais de enfermagem nas altas protegidas, nas discussões de caso entre equipes; ou na solicitação de reinternação por alguma desestabilização do quadro clínico.

Cenários de disputa de saberes, configurados em lugares sociais estabelecidos como mais sabedores do que outros, mais especializados e, portanto, detentores de um

⁴⁵ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

⁴⁶ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

poder determinante e hegemônico, que encontrava outras formas de fazer que não encerrava o olhar para a doença, mas trazia ao centro a complexidade da vida e do viver um processo de saúde e doença.

Fotografia três...



Figura 8 – As mães - Kathe Kollwitz

Fonte:

https://ago.ca/sites/default/files/styles/max_800x800/public/2020-07/Kollwitz%20AGO.139552.jpg?itok=LNQzIopx

... o processo de adoecimento do usuário foi muito rápido, e todas aquelas transformações deixavam claro os olhos assustados da esposa. A equipe percebe a angústia dela, em todas as discussões do caso há em pauta seu sofrimento, seja em maior compreensão e apoio, seja no jeito em que investimento na autonomia do usuário era realizado. Um discurso mais dual e referenciado ao cuidado dela, na busca por atendimento de sua expectativa, acabava por gerar um processo de cuidado mais intensivo e acreditado do que as respostas clínicas presentes, a produção do cuidado era atravessada pela relação e reconhecimento das necessidades da esposa. Ela precisa acreditar, e colocou a equipe a acreditar junto com ela.⁴⁷

A presença do familiar no inteiro - processo de admissão, no desenvolvimento do plano assistencial, na apresentação do próprio sofrimento - é elemento que desloca as equipes do lugar intervencionista do corpo biológico, para acolhedores das histórias, expectativas, sofrimento psíquico de usuários e familiares advindo das fragilidades do processo de saúde e doença, mas também das relações construídas no viver de cada um. O processo de trabalho pautado em tecnologias leves, na centralidade dos encontros, muitas vezes traça diversidades de condução, ruptura de protocolos, desenham uma reestruturação do ato produtivo preconizado, sustentando novos modos de operar o cuidado.

... em discussão, claramente a equipe realizou um encaminhamento sobre o caso em aposta a expectativa dos familiares. O plano assistencial para que se desenhava, na transitoriedade no Hospital Comunitário, era um estímulo de reabilitação e em reavaliação, se não houvesse resposta, deveria ser encaminhado à unidade de longa permanência. O usuário já estava na unidade há mais de 3 meses, tempo superior aos 20 dias preconizados, tinha ganhos com a reabilitação muito pequenos. O investimento e a esperança de melhora sinalizados na presença e na preocupação da esposa mobilizava claramente a equipe que empática, em reavaliação, indica a intensificação do projeto de reabilitação em outra unidade. Na sequência da discussão, compartilham a

⁴⁷ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

indicação com a esposa que emociona, e nitidamente a equipe também. Tratava-se de cuidar, tecer esperanças como produtoras de saúde.⁴⁸

Fotografia quadro...



Figura 9 – Conselho - Kathe Kollwitz

Fonte:

<https://www.meisterdrucke.pt/kunstwerke/1200w/Kathe%20Kollwitz%20-%20Counsel%20-%20%28MeisterDrucke-350581%29.jpg>

... o espaço possibilitaria a “revisão” e readequação das orientações criadas para as análises dos indicadores dos cuidados intermediários. O debruçar sobre os dados por meio de uma auditoria teria como objetivo confrontar os resultados com o que é padrão/standard, tendo como ponto de partida o escopo de cuidado dos CI, o retorno ao domicílio. Então, o processo teve como fio de análise a adequação da internação, os óbitos na unidade ou agravos com necessidade de reinternação, considerados como analisadores para a reavaliação da eficácia do modelo.⁴⁹

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no debate sobre o desempenho dos sistemas de saúde no Relatório Mundial de Saúde em 2000, conceitua a avaliação como processo que permite a gestores, trabalhadores e população em geral na tomada de decisão para melhor formulação de políticas, planejamento de recursos e atividades.(OMS, 2000) Corroborando com este objetivo, foi instaurada uma auditoria a partir de duas experiências muito diversas de uma mesma AUSL, em modo a se verificar os indicadores sinalizam sobretudo o escopo da proposta e a segurança do paciente nos cuidados intermediários - tempo de internação, reinternação e óbito. Realizado pelos próprios gestores e trabalhadores, atores da produção do cuidado o que acabou por decodificar um espaço de educação permanente. (CECCIM, 2005) As características reflexivas da proposta, realizada por atores internos ao processo de trabalho, ao identificar mecanismos para aumentar a eficácia e o impacto das intervenções, não habitual para uma auditoria.

....as discussões foram construídas de modo muito horizontal entre a gestão e um grupo de representação dos trabalhadores. A presença desses últimos

⁴⁸ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

⁴⁹ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

cumpriria o importante papel de qualificação os dados e indicadores auditados. Neste processo, ser agente externo problematizador, foi oportunidade ímpar de colaborar e intervir ao mesmo tempo em que a própria experiência compunha o percurso cartográfico. Os encontros, na busca dos detalhes da produção do indica, reviam prontuários e as memórias de alguns participantes. Este processo disparava reatividades como se o que estivesse em revisão fosse o profissional e não a produção do cuidado.⁵⁰

A revisão de indicadores ressaltou o debate de acesso apropriado e a segurança dos pacientes. Neste sentido, pontos como a indicação precoce de alta de hospitais de maior complexidade para a liberação de leitos, resulta no não aprofundamento da investigação diagnóstica e muitas vezes a reinternação para investigação mais aprofundada, risco de agravamento ou mesmo a extensão do tempo de internação nos Hospitais Comunitários.

Fotografia cinco...



Figura 10 – Solidariedade - Kathe Kollwitz

Fonte:

[https://pt.wahooart.com/Art.nsf/O/8XYD68/\\$File/Kathe-Kollwitz-Solidarity.JPG](https://pt.wahooart.com/Art.nsf/O/8XYD68/$File/Kathe-Kollwitz-Solidarity.JPG)

... mais uma das entradas em campo, tantos rostos, que no percurso fez jeito de desviar, produzindo rostidades. Das criações exteriores o ‘nós’ – multiplicidades se constituiu em por tantas entradas, rostificou o estrangeiro, o intruso, e nas constituições dos vínculos começamos a compartilhar subjetividades que produziu o grupo RERSUS. Não éramos só Brasil ou Itália, nem AUSL Romagna, ou Parma, ou Modena, éramos um grupo a compor intervenções.⁵¹

As universidades e as pesquisas desempenham papel fundamental em uma certa circularidade entre os contextos local-global-local. No processo de construção de conhecimento, na invenção de tecnologias, na cooperação técnica, na avaliação e na educação-formação dos vários atores do cuidado. (GREENWOOD; MORTEN,2000; SANTOS, 2004; CECCIM; FERLA, 2008; FERLA, 2007; FINE *et al*, 2000) Importante

⁵⁰ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

⁵¹ Fragmentos das anotações do caderno de viagem.

registrar, como no contexto local-global, as diferentes ações de pesquisa, cooperação, avaliação e ensino deveriam ser desenvolvidas nesta perspectiva, juntando diretamente experiências provenientes de diferentes territórios, mas embasadas nos mesmos processos históricos e políticos globais.

O Projeto RERSUS – Cuidados Intermediários: troca e transferência de tecnologias de gestão entre Brasil e Itália, propôs diálogo entre a experiência brasileira com o sistema de cuidados intermediários desenvolvido na Região Emilia-Romagna e representou um desafio importante porque, se de um lado permitiu o acesso a um panorama teórico-prático rico, modalidade organizacional e instrumentos, do outro colocou em contato sistemas de gestão democrática, serviços sociais, de saúde e realidade diversas no enfrentamento de problemas similares.

A cooperação internacional no âmbito sanitário foi panorama da pesquisa e um importante dispositivo, um território de reinvenções de práticas, conceitos e ferramentas para o cuidado em saúde, que interventivamente permitiu em modo ativo o intercâmbio, entre profissionais e gestores, de estratégias e práticas no âmbito dos cuidados intermediários. O campo de trocas e reflexões sobre o processo de trabalho, a produção do cuidado acompanhados pelo Projeto RERSUS, em encontros de educação permanente, as memórias coletivas narradas durante o repensar processos, apresentou os platôs do processos de constituição dos cuidados intermediários na Região Emilia-Romagna.

O Coletivo as cartografias de si – fazeres e saberes

*Cosa ci insegna il percorso sugli ospedali di comunità?*⁵²

"As transições não ocorrem por saltos descontínuos de um padrão de funcionamento para outro, mas através de uma oscilação entre diferentes níveis de funcionamento. Assim como uma família no decorrer de sua vida está envolvida diariamente em situações que envolvem mudanças nos padrões relacionais e renegociação contínua de papéis e regras, (...) entendido como um processo contínuo... ". (RER, 2017, p.29)

O percurso cartográfico acompanhou os entrelaçares da intervenção da pesquisa, que a partir método de formação proposto no Projeto RERSUS, ativando os coletivos que

⁵² O que nos ensina o percurso sobre os Hospitais Comunitários? - Tradução do autor.

na reconstrução de narrativas reflexivas sobre o histórico de implementação e do cotidiano do trabalho em saúde nas estratégias dos cuidados intermediários, conduziram uma imersão no campo da micropolítica presente no processo de trabalho dos Hospitais Comunitários.

A proposta, ainda enquanto política pública, idealiza dispositivos que possam produzir agenciamentos capazes de diminuir o hiato entre atenção hospitalar e territorial, atuando nas linhas de força presente no sistema sanitário e que apresentam a desarmonia entre a hegemonia do modelo biomédico hospitalocêntrico responsivo as condições agudas e a utilizado do mesmo para responder as condições de cronicidade.

Deste modo, o interesse principal da pesquisa foi cartografar o campo micropolítica da produção de cuidado nos hospitais comunitários, enquanto um dispositivo, compreendendo como operam linhas de visibilidade e enunciação, linhas de força e linhas de fuga e subjetivação que instauram possibilidade de novos modos de agir (DELEUZE, 1990) - a composição técnica do trabalho e a produção de novos territórios existências.

Neste processo, memórias e narrativas coletivas foram tecendo histórias, compartilhando afetos, conectando percurso e marcando diferentes que entre as experiências. A partir da transformação do olhar, que ao revisitar o cotidiano, ativa o olhar vibrátil do coletivo que cartografou o próprio percurso e evidenciou as transicionalidades do processo.

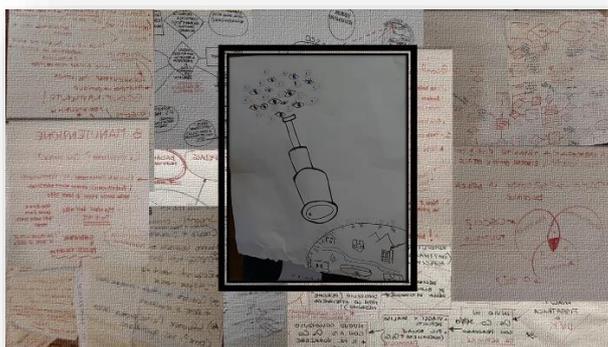


Figura- 11 – Flipchart dos encontros de formação - Mosaico imagético das reflexões produzidas no processo da cartografia-Representação de muitos olhares para o território na composição das equipes e do cuidado em rede. Fonte: fotos retiradas em percurso formativo.

...Muitos mapas foram precisos para remontar os encontros e identificar as transicionalidades dos processos. Transições entendidas enquanto afirmação de um processo vivo. Traços que assinalam as linhas de força e os agenciamentos de uma reestruturação dos modos de operar o cuidado.

As estratégias de mudanças nos sistemas de saúde, proposto pela inserção dos dispositivos de cuidados intermediários imprime modificações concretas na produção do cuidado em saúde, ou seja, uma Reestruturação Produtiva do trabalho em saúde, ou, Transição Tecnológica da Saúde quando geradora de transformações radicais. (FRANCO; MERHY, 2013) Em ambos os casos, para que haja tais modificações o ponto central encontra-se na inserção de novos sujeitos, indivíduos que operam a partir das suas subjetividades configurando um processo vivo de disputas cotidianas no campo micropolítico. Deste modo, as transições são processuais e plásticas, não há a evoluções contínuas e lineares, mas oscilações próprias das disputas presentes entre os modelos tecnoassistenciais.

As oscilações – transições – foram reconhecidas enquanto reflexão coletiva acerca do cotidiano do cuidado nos hospitais comunitários e fazem parte das linhas analisadores da cartografia. Deste modo, o coletivo a partir das cartografias de si e do confronto com as outras experiências que compuseram o projeto, mapeou as transições que atravessam a produção do cuidado nos Hospitais Comunitários evidenciando o campo de disputa micropolítica.

Durante os encontros pouco a pouco ia se revelando o que era ponto de tensão nos novos modos de produzir o cuidado. Relevâncias que se concentravam no âmbito do trabalho vivo, do encontro e das interferências do outro – familiar e usuários, na desconstrução das relações de poder e de saber presentes no ato do cuidado.⁵³

As “microtransições” – disputas e renegociações do processo

Os Hospitais Comunitários, na centralidade de um cuidado que atuasse no hiato entre a assistência hospitalar e a territorial, para o retorno mais precoce e autônomo ao domicílio, encontra no cotidiano do trabalho a interlocução com a comunidade e a presença de familiares e cuidadores como estratégia primordial para efetivação de proposta. O reconhecimento desta interface marca a passagem de uma assistência que busca da cura do corpo biológico, para a produção do cuidado da pessoa incluindo subjetividades – medos, desejos e esperanças quanto ao próprio processo de cuidado e a continuidade da vida a partir dali.

... ela era bem franzina, 87 anos, fratura de fêmur após ter escorregado na neve. Pontualmente as 10:20 de todas as manhãs, seu filho aparecia para acompanhar a fisioterapia. Passou duas semanas sem poder descarregar peso algum na

⁵³ Fragmento das anotações do caderno de viagem.

perna direita. Ficava inquieta com a fisioterapeuta que insistia em movimentar seu corpo em outras partes que não tinha machucado. Quando interrogada sobre retornar para casa, suspirava, repetia a cada exercício, lucida de seus desejos: “Mas eu vou voltar a andar de bicicleta, não é?”.⁵⁴

No percurso cartográfico, no exercício de deslocamento para estabelecer um processo reflexivo sobre o que se vivia cotidianamente ali, propusemos que circulassem pela unidade tentando achar dez coisas que nunca haviam visto. Deslocamentos que provocaram a mesma estranheza estrangeira de recolocar-se como não pertencente ao lugar e a possibilidade de olhar os detalhes. À medida que o coletivo ativava um olhar vibrátil e sensível revisitando os corredores das unidades, revistava também a prática de cuidado no/e em relação com o território que entre espaços e fazeres, dois dispositivos expressam especialmente as modificações produzidas na organização do serviço: ser ‘porta-aberta’ e fazer a educação em saúde.

O modo de operar estas estratégias, que possui atuação direcionada a autonomia e evitar agravos das condições de cronicidades e possíveis incapacitantes, coloca em pauta uma produção de cuidado voltada para a autonomia de indivíduos e comunidades nos hábitos saudáveis de vida e na autogestão das condições de saúde, factíveis apenas a partir de um comum e da criação de alianças entre usuários, trabalhadores, familiares e cuidadores.

Os diferentes aspectos relacionados à experiência da doença evidenciam o campo micropolítico à medida que o processo de trabalho passa a ter como centralidade no sujeito, suas subjetividades e relações. Tais evidências eram presentes nas narrativas de um trabalho vivo, e nas interrogações reflexivas sobre as alianças na construção de um novo modelo technoassistencial. Discussões sobre pertencimento, permeabilidade, diálogo, confiança, identidade, singularidade e heterogeneidade se apresentaram como transversalidades a reestruturação dos modos de operar o cuidado.

... o cuidado produzido nos Hospitais Comunitários, centrado no usuário e em interlocução direta com familiares e cuidadores, interroga as organizações institucionais e os atores das intervenções de saúde. Os estranhamentos e desconfortos narrados na experiência da passagem de um modelo assistencial pautado na intervenção no corpo biológico por um profissional de saúde, para a presença e colaboração de usuários e familiares no cotidiano institucional é recorrente nas discussões dos encontros. A relação com o usuário no cuidado ‘para’ e ‘na’ comunidade confronta-se com as linhas de força produzidas pelo modelo biomédico. Neste sentido, os atravessamentos são reconhecidos em diferentes interfaces institucionais - horário de funcionamento, protocolos de

⁵⁴ Fragmento das anotações do caderno de viagem.

saúde, organização das atividades, entre outros – e institucionalizantes do cuidado.⁵⁵

A mudança do conceito de "cura" para o de "cuidado" convoca a uma mudança cultural, um campo de disputa que obriga a desconstrução do instituído, não linearmente e de forma imediata – transições do trabalho em saúde, reconhecido como campo social. (FRANCO; MERHY, 2013) Neste sentido, resolver a onipotência do ato de curar, localizado no médico a partir do ato clínico, com uma intervenção técnico-científica sobre o corpo biológico do paciente é reconhecer que há diversas dimensões na experiência do adoecer - biológica, social, relacional e subjetiva.

O processo de cuidado, permeado por diversas dimensões apropria-se do indivíduo na vida diária, seus desejos, medos, expectativas e esperanças; a pautada autonomia das ações do plano assistencial encontra o contexto de vida (casa, família, amizades, vizinhos, colegas e em geral o ambiente de trabalho), convida a considerar as comunidades às quais a pessoa pertence como um elemento fundamental deste processo, ou seja, cuidar para autonomia tem na relação o sentido da intervenção.

A ativação das discussões, em modo a dar visibilidade ao campo dos afetos, ao “sensível” produzido no ato de cuidar, percorre a desconstrução de significados, muitas vezes interrogando o que é tido como óbvio e forçadamente desvela a compreensão do instituído. Perguntar o que é comunidade não faz sentido até que entendemos que pessoas e instituições tecem o comum a partir do encontro, a partir do que cada indivíduo traz subjetivamente do seu próprio processo e de sua história.

Dentro da organização de instituições e dos serviços há, no processo de cuidar, as pessoas, que na prevalência do trabalho vivo e das tecnologias leves, tornam-se centrais no cotidiano da produção do cuidado em saúde. A mudança do processo de trabalho e a introjeção de complexidade do processo de saúde e doença para os indivíduos que estavam nos Hospitais Comunitários não foi passagem simples para os trabalhadores. É nesta reflexão que ao nos debruçarmos sobre as alianças entre as comunidades, instituições e serviços ganham relevância para o campo micropolítico.⁵⁶

Neste sentido, a implementação de um dispositivo com a proposta reordenar o sistema tendo centralidade no usuário, é, para além de uma necessidade, uma oportunidade da inserção de outros atores, profissões, formas de conhecimento

⁵⁵ Fragmento das anotações do caderno de viagem.

⁵⁶ Fragmentos de anotações do caderno de viagem.

concebíveis e praticáveis, que deem conta de experiência da doença ampliando as possibilidades de cuidado e não somente da cura, cerne fundamental para as condições de cronicidade. Então, para o escopo proposto para os cuidados intermediários, dentre as disputas e renegociações do modo de operar o cuidado o campo da micropolítica é transversal e crucial para reestruturação produtiva em saúde.

As desconstruções das premissas, fez parte de explicitar que na narrativa coletiva, que nas elaborações dos encontros não se encerrava nas obviedades.

Elas se entreolhavam enquanto as perguntava sobre algumas premissas que estavam presente no encontro com a usuários e a familiar. No primeiro instante uma obviedade quase que banal era presente no tópus da discussão, desmontado somente na clara frustração de não conseguir realizar o curso idealizado pelos profissionais do plano assistencial. Ao decorrer das reflexões uma produção de narrativas que culpabilizavam o familiar/cuidador por não aderir a proposta. A “Família difícil” não aderiu ao projeto. Mas qual o plano assistencial? No exercício de rever os processos reflexiva e coletivamente, clarifica-se o afastamento da experiência do processo de adoecimento para o usuário enquanto centralidade do processo de cuidar, e reitera-se o modelo da intervenção no corpo e na doença.⁵⁷

À medida que o percurso cartográfico foi avançando as microtransições para uma reestruturação produtiva foram se evidenciando. Um novo fazer implicava se (re)conhecer, novos olhares dos profissionais para os usuários, dos profissionais para a comunidade, dos usuários para os serviços e para o profissional que dele cuida – (re)encontros que desloca rostos, papéis, hierarquia, poderes e saberes. Como microtransições identificadas na crucialidade dos novos encontros para uma reestruturação produtiva tem-se: a importância de alianças entre a comunidade e os serviços sobretudo para a efetiva passagem da lógica de cura para a de produção de cuidado; o reconhecimento das necessidades contínuas de mudanças e no aprendizados de estar em constante transformação para verdadeira interlocução com a vida; a necessidade de reestruturação de uma atenção territorial para construir um trabalho de ser e de estar em rede, modo único possível para complexidade da integralidade; na (re)colocação e (re)conhecimento do outro também parceiro da produção do cuidado ter definida a função dos serviços, que no caso era o Hospital Comunitário, para facilitar o compartilhamento em rede e integral; estruturar o processo de trabalho e as instituições para que a produção do cuidado seja criativa e possa criar novos processos - para estar continuamente em transformação; ter uma identidade enquanto serviço ajuda a delimitar

⁵⁷ Fragmentos de anotações do caderno de viagem.

o processo de trabalho, mas sobretudo na interlocução deste processo com os outros atores institucionais, social, e comunitários.

A identificação de cada ponto de oscilação – as microtransições – nos esclarece na cartográfica, a partir da construção de memórias coletivas, algumas das disputas e agenciamentos para a implementação de um modelo que induz no sistema uma mudança paradigmática. Microtransições que apresentam passos para uma mudança na operacionalização de novos modos de cuidar, mas também novos modos estabelecer relações de poder e afetos nos encontros.

A importância das alianças entre as instituições e a comunidade para a passagem da do tratar para o cuidar

No centro desta oscilação há premissas fundamentais para uma mudança paradigmática. Nas transformações de conceito de tratamento e cura para a produção do cuidado, apresenta-se uma reconfiguração das instituições, que passam a ser habitadas por pessoas com suas subjetividades. *"As instituições e os serviços têm uma organização, mas ambos são compostos por pessoas. E são essas pessoas que têm um relacionamento com as comunidades"*.⁵⁸

Um processo de cuidar implica o reconhecimento do potencial de autogestão e autonomia dos sujeitos e dos recursos pessoais, o que nos encontros condiciona o "trabalho vivo em ato" a construção de alianças e laços entre estes atores, como coparticipes da produção do cuidar o "confiar no outro". Considera-se recursos tanto materiais, quanto imateriais, que estão presentes na comunidade e que podem ser mobilizados a partir dela, ampliando-se assim o *lócus* da assistência para além da unidade de saúde.

Este processo apresenta, então, um desenvolvimento do conceito de cuidar, que ao incluir a experiência da doença, abarca também a vida diária, seus desejos, medos, expectativas do usuário e de seus familiares e cuidadores. Ou seja, englobar o contexto de vida implica em considerar as comunidades às quais a pessoa pertence como um elemento fundamental no processo de cuidar, levando em conta o pertencimento da pessoa

⁵⁸ Fragmento de narrativa de uma profissional da enfermagem durante os debates produzidos no percurso formativo.

a um determinado contexto, tendo como enquadramento o impacto desta relação no bem-estar das pessoas.

Transforma-se a ato do cuidado, que se torna não apenas os procedimentos realizados pelo profissional, mas todo o contexto - relacionamentos, atividades, ambientes, afetos ... – promovem a saúde da pessoa. Outros atores, outras relações de poder, de saber e de intervenção que conjugam horizontalidades, relações que não cabe somente o vértice em que se espera dos usuários e suas comunidades que reconheçam os serviços, confiem e se envolvam; mas, como em qualquer relação bidirecional, os serviços, por meio de seus trabalhadores conheçam e confiam no potencial de cuidado das comunidades para construir projetos de cuidado.

Neste sentido, a construção de uma relação de aliança com a própria comunidade é, portanto, um processo dinâmico de reconhecimento, que não é construído apenas uma vez na história do serviço, mas deve ser mantido ao longo do tempo, de forma recíproca, coletiva e individual.

O reconhecimento das necessidades de mudanças e na aprender estar em constante transformação

Nos aprendizados das microtransições, na passagem para o cuidado da complexidade do que é a vida, reconhecer a necessidade de mudanças, para saber operar nos territórios existenciais das pessoas. Contudo, nas oscilações deste processo, pelo caráter mutável do viver, convoca-se aos trabalhadores a incorporação novas habilidades. A escuta e o diálogo contínuo permitem compreender que as necessidades nem sempre são as mesmas, mas mudam com o tempo, portanto, a avaliação das necessidades e a consequente definição do plano de cuidado individualizado deve ser um processo contínuo ao longo do tempo, realizado através de ferramentas capazes de reconhecer a vida como um poder contínuo de mudança.

O cuidado com relação à recuperação da autonomia é pouco viável através de processos padronizados, mas pressupõe uma capacidade de criar soluções singulares que só podem ser alcançadas através de relacionamentos e diálogos com a pessoa, a família, os outros sujeitos da rede e em geral, como já mencionado no elemento anterior, com os recursos do próprio território.

(Re)estruturar o cuidado territorial: a capacidade de ser e permanecer em rede

A reestruturação dos processos de cuidado impõe aos atores envolvidos a necessidade de se reflexões sobre as transformações tendo como base na singularidade de cada território, da história e genealogia dos serviços, das políticas, dos profissionais e das pessoas que vivenciam as mudanças. Hábitos, estilo de vida, características epidemiologias, migratórias, sociais, apresentam aos sistemas de saúde complexidades ao planejamento e execução de ações que respondam as demandas em modo resolutivo e eficiente. Neste sentido, os determinantes sociais da saúde nos exigem acompanhar as modificações do mundo globalizado, contemporaneidades que alteram percepções humanas e o modo em que as sociedades interagem.

Interrogar-se sobre quais (re)estruturações são necessárias para aquele momento naquele território, confere conseqüentemente, transformações mais capazes de responder as demandas locais em diálogo com o contexto global, na promoção de circularidades com o mundo atual. Não se trata de uma oscilação que anule os protocolos e procedimentos anteriormente implementados, mas que promova uma reavaliação contínua do cuidado. Ainda, na complexidade do cuidado integral, como já apontado anteriormente, na interdependência de serviços, pessoas e comunidade, a presença de uma rede formal e institucional, constituída e implementada pelas chamadas tecnologias duras, ou seja, normas, protocolos, sistemas informáticos, orçamento e recursos de avaliação – tecnologia duras, não se mostra suficiente e sinaliza caminhos para a (re)estruturação da atenção territorial.

No reconhecimento do campo micropolítico, uma rede cuidadora se revela no cotidiano do Hospital Comunitário. Uma rede, capaz de produzir saúde no sentido pleno do termo, constituída por pessoas. Uma (re)estruturação que permita a implementação de uma rede integrada e interdependente pode ser desenvolvida através de tecnologias leves, ou seja, aquele conjunto de estratégias, técnicas e recursos que entram em jogo nas relações entre pessoas (pacientes-profissionais, profissionais-pacientes-carregadores, profissionais-gerentes, profissionais-profissionais, profissionais-comunidades). Este segundo tipo de rede, que faz uso de "tecnologias leves", é reproduzido no contexto da informalidade. Trata-se de uma rede prática, generativa e acolhedora: é uma rede viva, portanto, uma rede capaz de não dispersar os recursos, mas de conectá-los e fazê-los dialogar: não tem malhas fundidas, ao contrário, é flexível e adapta-se aos contextos. O processo de (re)estruturação torna-se, portanto, concreto e subjetivo.

Definir a função do Hospital Comunitário

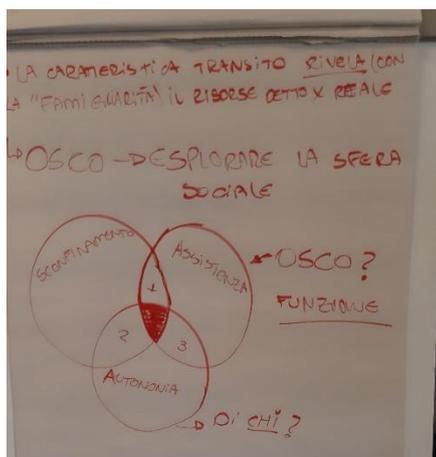


Figura 12 – Flipchart - imagem produzida como representação das principais interseções da função do Hospital Comunitário

Funcão/funcionar - do Latim functio, “função”, de fungi, “cumprir, realizar, desempenhar”.

Esquema construído no debate com o coletivo na formação pesquisa sobre a identidade do Hospital Comunitário. Exercício reuniu três principais determinadores da identidade da instituição que em zonas de fronteiras que delimitam as características de ser lugar de passagem.

Os Hospitais Comunitários, convertidos dos Hospitais de Pequeno Porte, passaram do dia para a noite a desempenhar uma outra função que não mais a de assistência hospitalar. Entender a nova função e mais do que isto executar um cuidado para o território não acontece a partir da publicação de um decreto. Esta microtransição revela as oscilações fundamentais na conversão de modelo. Definir a função do serviço na rede, implica em como se conecta na rede. Contudo, enquanto dispositivo de intervenção no hiato entre assistência hospitalar e atenção territorial, instaura campo de disputa.

Nesta proposta, o Hospital Comunitário não foi concebido como um local onde os usuários são acomodados para que possam retornar a suas casas o mais rápido possível liberado leitos do hospital de maior complexidade; pelo contrário, foi concebido como uma instalação de porta aberta, um espaço de educação contínua que parte de uma proposta compartilhada. Isto é, ter a centralidade no cuidado para a autonomia, é promover uma passagem que visa a intervenção da autogestão das condições de saúde, e na ampliação de uma rede de suporte.

O Hospital Comunitário, sendo parte de uma rede viva, deve cumprir sua função de lugar de passagem/trânsito de forma flexível e articulada, cultivando a dissolução das fronteiras estabelecidas entre a assistência hospitalar e atenção territorial. Atravessar as fronteiras entre serviços - em nível macro - assim como entre o profissional individual e

a equipe - em nível micro - não significa de forma alguma perder a própria especificidade e/ou negar o próprio núcleo de conhecimento; ao contrário, significa saber atravessar campos mais amplos de experiência, desestabilizando o cotidiano, ou seja, aprender a sair da rotina, reconhecer oportunidades e estar aberto ao intercâmbio.

Estruturar o processo de trabalho e a instituição em modo a permitir processos contínuos de mudança e uma produção do cuidado criativa

Definida as funções, a operacionalização das ações e a organização institucional é passo que viabiliza a proposta. Uma microtransição que na cotidianidade tem o campo da micropolítica como desenvolvimento e disputa.

Estruturar os cuidados do Hospital Comunitário significa implementar um autocuidado sem abandono, baseado na forte aceitação de uma proposta terapêutica compartilhada, na transmissão de conhecimentos e na possibilidade de retornar, mesmo que seja apenas para recontar a experiência de cada um. A natureza primordial da autonomia se expressa na liberdade dos indivíduos de viver segundo suas próprias leis - *autonomía*, ou seja, de manter a capacidade de fazer escolhas e encontrar soluções. (AUTONOMIA, 2022)

Um "autocuidado sem abandono" está indissociavelmente ligado aos princípios de acolhimento e familiaridade, borrando-se as fronteiras entre a instituição e sua organização com um ambiente que abarque as características singulares marca a presença dos usuários e do território dentro da instituição. Tal permeabilidade baseia-se em uma oscilação contínua entre o cuidado singularizado da pessoa e a manutenção de um fluxo padrão que torna sua estrutura manejável. Esta oscilação entra inevitavelmente em conflito com os regulamentos de saúde, com a segurança do paciente, com a organização do processo de trabalho, com a organização da vida diária da pessoa - hábitos, escolhas, objetos; a capacidade de saber manter unidas as ambivalências implícitas neste no sentir-se em casa.

Identidade instrumento ambivalente - desenvolvimento dos processos interno e externos

A identidade tem duas dimensões inseparáveis: uma dimensão subjetiva, que define intimamente quem somos, e que se relaciona com a forma como nós reconhecemos; uma segunda que abrange a forma como nos relacionamos com os outros, que se vincula com a forma como somos reconhecidos a partir do exterior. No processo de construção de uma identidade, há uma microtransição tecida por um coletivo, que cotidianamente, passa a se redescobrir em ato na mesma estrutura, que na composição com novos atores.

A primeira dimensão da identidade tem a ver com as características ‘internas’ da própria personalidade: reúne o conjunto de valores, crenças, elementos organizacionais, ritos e símbolos pelos quais o Hospital Comunitário se reconhece como tal. Por exemplo: a proposta de manter as portas - abertas, a enfermagem e a gestão da equipe, o investimento no treinamento do cuidador, a permeabilidade com a rede viva, a participação ativa e diária dos membros da família e dos cuidadores no processo de atendimento. A identidade plural é, portanto, formada pela subjetividade de cada profissional, que se identifica em seu papel específico de cuidado e que se reconhece em uma cultura compartilhada, também entendida como um espaço dialógico.

A segunda dimensão da identidade é dirigida ao exterior que se opera aos outros nós da rede de atendimento no território. Como discutido nas outras microtransições, a proposta de cuidado do Hospital Comunitário se baseia no desenvolvimento de uma mudança paradigmática, que transpõe o conceito de tratamento e incorpora o cuidado em defesa da vida. A presença das tecnologias leves no cuidado integral para produzir autonomia e bem-estar, promovendo o autocuidado sem abandono, um acompanhar a autonomia de usuários e familiares. Neste contexto, sendo o Hospital Comunitário ponto de passagem em interconexão, operacionaliza-se somente se outros serviços, comunidades e usuários reconhecerem a identidade comunitária e se relacionarem como tal.

As microtransições marcam que as relações são dialéticas e surgem em um contexto histórico e social específico, a identidade será sempre - e necessariamente - mutável, transformadora e dialógica. No campo micropolítico, a composição de subjetivas do coletivo e a relação com uma rede viva e, conferem a identidade do Hospital

Comunitário um caráter processual não derivado exclusivamente de leis, decretos e regulamentos, mas determinada pela subjetividade daqueles que ali trabalham, do território e das redes às quais ele pertence.

As tessituras de um novo fazer – os dispositivos em interseções

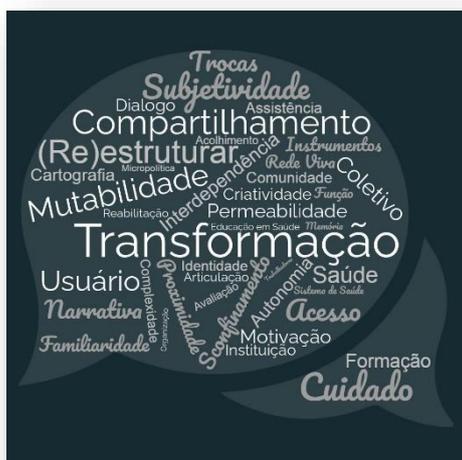


Figura 13 - Imagem construída como nuvem das principais palavras emersas da formação.

Tessitura

1. Disposição das notas musicais para se acomodarem a certa voz ou a determinado instrumento.
2. Conjunto das notas mais frequentes em uma peça musical, constituindo a extensão média na qual está ela escrita.
3. Disposição e união das partes constituintes de um todo; textura, organização. (TESSITURA, 2022)

A cartográfica coletiva traçada pela memórias narradas no processo da pesquisa formação evidenciou as tessituras da implementação dos cuidados intermediários no contexto emiliano-romagnolo – notas da composição, disposição e interseções dos dispositivos que constituíram o percurso.

As seis microtransições identificadas sublinham um processo de transformação global em que os vértices de uma triangulação – usuários, instituição e profissionais – são ativos quanto não coparticipantes da reestruturação do processo. Estes vértices compõe o conjunto de campos onde se trilha as complexidades do processo. No remontar das memórias coletivas do processo, palavras recorrentes compunham indícios, agenciamentos que conduziam a produção do cuidado a encontros transformadores do *modus operandi* hegemônico.

Pontos de intersecção que identificam dispositivos fundamentais reestruturação do processo de trabalho em saúde: reconhecimento da *interdependência* de todos os atores

do cuidado; um certo “*sconfinamento*” que significa uma passagem quase que arbitrária de um território a outro (optamos por usar o italiano entendendo que melhor expressa o sentido subjetivo que se dá no processo); a *avaliação e o monitoramento* enquanto interlocução ativa para dar conta da plasticidade da vida e dos encontros; e, por fim a *proximidade* enquanto a tessitura do trabalho vivo em ato em todo seu potencial transformador dos processos.

No cotidiano dos Hospitais Comunitários circulavam muitos atores do cuidado - personagens para além dos inseridos na folha de pagamento - que provocavam um certo deslocamento em um cenário em que as fronteiras, entre a instituição, o serviço, a comunidade e vida singular com hábitos e desejos, tinham linhas borradas. Neste sentido, a complexidade dos encontros na interlocução com a organização institucional, no compartilhamento do cuidado, nas premissas de profissionais, usuários e familiares cria campo de disputas.

Cenário compartilhado entre os atores do cuidado que a partir de subjetividades vivência o encontro em torno do processo de saúde e doença. Isto, releva-se para a reestruturação produtiva em saúde a compreensão da interdependência entre os atores do cuidado, que para o campo das subjetividades apresenta nas microtransições a construção de alianças que implica outros saberes como: o de criar relações de confiança com os usuários e seus familiares; significa saber administrar as diferenças sem anulá-las, estabelecendo espaços de diálogos e compartilhamentos.

Durante os encontros, as tensões que se estabelecem trazem para o processo de pesquisa-formação a reprodução do cotidiano do cuidado. As disputas da enfermagem nas relações de poder estabelecida pelo lugar da medicina na sociedade é constância, imposta na reconfiguração dos organogramas da gestão da unidade, e na forte presença da enfermagem na organização do processo de trabalho. Os saberes colocados no encontro revelam que o trabalho vivo se faz presente a partir e na construção das relações. Na discussão de hoje sobre as alianças necessário verbalizaram-se frase como: “*O OSS (Operador Socio Sanitário) são os braços e as pernas dos enfermeiros, são eles que acabam por efetivar o processo de autonomia...* Os usuários e familiares confiam, confidenciais afetos, conflitos, medos mais para eles do que para nós, estabelecem parceria”. No atravessamento das instituições que operam o lugar de da ciência como o do saber disputa o que se tem como técnica: “*A gente precisava ser psicóloga para dar conta de tudo que eles trazem, ficamos sem saber o que fazer as vezes só escutamos*”. E enquanto falavam do encontro com a dobra da casa – comunidade – igreja – amigos para dentro o hospital, ficava claro o quanto aquela intervenção reestruturava o modo de fazer o cuidado. E o que era mesmo o cuidar? Escutas, compreensão,

construção de desejos, acolhimento dos medos e o ato presente de junto poder refazer o processo de adoecimento.⁵⁹

Na reestruturação produtiva presente no processo o resgate da presença de pessoas produtoras de encontros, não só de profissionais executores de procedimentos antepõe instrumentos e protocolos, mudando a relação com os indivíduos e a comunidade, que passam de depositário de intervenções técnicas, para um lugar de proximidade e colaboração, essencial para produzir soluções. Esta subjetivação de processo implica no entendimento do território e da comunidade, não apenas em termos de sua definição demográfica ou administrativa, mas também nos seus valores, histórias e recursos.

Neste sentido, a proposta ética e política dos cuidados intermediários, tem como princípio a centralidade das ações nos usuários, que se operacionaliza em diferentes modos no cotidiano dos serviços. No transcorrer do percurso cartográfico as narrativas recompunham os diferentes entendimentos sobre esta diretriz, e na inventividade do tornar-se Hospital Comunitário que traz “usuário no centro das ações” ia encontrando formas e deformações – experimentações atravessadas por subjetividades, por linhas de força presente na formação profissional, na passividade de ser paciente, e o entendimento do hospital como lócus exclusivo de cura pela comunidade. Para tal, converte-se a organização do serviço em resposta a uma referência institucional, para um rearranjo capaz de receber aquele indivíduo e suas singularidades - horários, circulação de familiares e amigos, plano terapêutico, roupas, o que se leva para o leito – um negociar de permissões e concessões possíveis em confronto com as regras institucionais. Estas interferências no cotidiano da unidade são intenso campo de disputa e de conflito para os profissionais: *“Antes era mais fácil, costumávamos dizer: "por favor, sente-se lá fora. Agora as vezes parece que cada movimento que você faz está sendo avaliado pelo familiar".*⁶⁰

Estas (re)configurações exigem das instituições novas organizações e dispositivos. No cotidiano da produção de cuidado e no fomento de uma instituição permeável e interdependente à comunidade que pertence é fundamental que as portas se abram para novos aprendizados e para o acolhimento das singularidades de cada caso:

⁵⁹ Fragmento das anotações do caderno de viagem.

⁶⁰ Fragmento de narrativa de um operador socio-sanitários durante reflexões produzidas no percurso formativo.

horários, organização, regras e funções, na colaboração do familiar, interferência do cuidador no processo, flexibilidade do plano assistencial. Portanto, um processo dinâmico de reconhecimento mútuo, que não é construído apenas uma vez na história do Serviço, mas deve ser mantido ao longo do tempo, de forma recíproca, coletiva e individual.

"Ao longo dos anos, aprendemos a trabalhar de uma maneira diferente, diversa da forma como a enfermagem era quando se tratava de um hospital agudo. Desenvolvemos habilidades relacionais, antes de trabalhávamos de uma forma mais procedimental. Além da oportunidade de trabalharmos com outros profissionais como fisioterapeutas, o que me permite ter mais condições de me relacionar com os membros da família, com os cuidadores e também com os pacientes, reconhecendo as singularidades que são colocadas no campo".⁶¹

Nestas transformações, o próprio cuidar se ressignifica, sobretudo diante das doenças crônicas, uma vez que as ações de cuidados se estendem necessariamente a gestão da vida cotidiana e suas consequências na economia material e doméstica, ritmos e espaços de vida em mudança, necessidades individuais e coletivas. Contudo, a vida impõe uma certa inexatidão que se apresenta para o âmbito do cuidado integral com imprecisões pois os usuários nem sempre há clareza sobre suas necessidades, ou possuem os melhores modos de expressá-la. Inexatidão e mutabilidade pertinentes ao próprio viver, ou seja, necessidades em mudanças, que nos convocada a uma escuta ativa contínua e processos avaliativos dialogados, realizado através de ferramentas capazes de reconhecer a vida como um poder contínuo de transformação, como um movimento capaz de reunir diferentes formas de vivenciar o mundo.

O modo de avaliar é elemento transversal das microtransições. Fundamental para a reestruturação produtiva do cuidado nos Hospitais Comunitários, a avaliação implica num olhar para as necessidades da pessoa e do familiar e suas expectativas, do que é possível para a recuperação do corpo biológico, as adaptações e aproximações entre o realizável e o desejo; complexidade atingível por meio da criação contínua de espaços de diálogo que sustente o compartilhamento de história, anseios e medo, e todos os atores que atuam em sua existência possam intervir.

A escuta afetiva cria a conexão e abertura para um campo de atuação que ressignifica o processo de adoecimento e torna-se, portanto, um reconhecimento mútuo,

⁶¹ Fragmento de narrativa de uma enfermeira durante reflexões produzidas no percurso formativo.

centrado nas necessidades diárias em constante mudança e onde a experiência subjetiva da doença está entrelaçada com a capacidade de manter laços e de reconhecer e aceitar as tensões inerentes ao processo de cuidado. Neste sentido, planos de assistência padronizados não encontram a singularidade das percepções do processo de adoecimento e muitas vezes das novas condições de saúde.

A discussão do processo assistencial encontrava no objetivo da reabilitação para a autonomia como ponto de congruência dos debates do percurso formativo, e era ela quem trazia o turbilhão de afetos entre os modos de operar a tutela no processo de cura de outrora e tudo o que pré-determinava o que consigna “usuário no centro das ações”. O cuidado com relação à autonomia pressupõe uma capacidade de criar soluções singulares que só podem ser alcançadas através de relacionamentos e diálogos com a pessoa, a família, os outros sujeitos da rede e em geral, com os recursos do próprio território.⁶²

O ato de avaliar as necessidades da pessoa, através da criação contínua de espaços de diálogo onde o responsável pode contar sua história e onde todos os atores que atuam em sua existência podem intervir (mapa existencial) torna-se, portanto, um reconhecimento mútuo, centrado nas necessidades diárias em constante mudança e onde a experiência subjetiva da doença está entrelaçada com a capacidade de manter laços e reconhecer e aceitar as tensões inerentes ao processo de atendimento.

No diálogo, o jogo do imprevisto, a troca dos encontros, convocam os atores do cotidiano do Hospital Comunitário para um outro tipo de presença na instituição, abandona-se os rostos de execução de procedimentos e precisões intervenções, e, conseqüentemente traça por sua vez novas configurações institucionais, os sujeitos atores redesenhando no campo da micropolítica características, identidades e encontros. Neste sentido, é imperativo o reconhecimento das adaptações necessárias da (re)organização em seus diferentes níveis – gestão, administração, técnica e assistencial – para uma reestruturação produtiva em saúde. Considerar o componente relacional, e na produção de autonomia incidir as ações a partir dos usuários, significa converter as interfaces do processo de cuidado para o cuidado em ato, equalizando a necessidade de padronização do sistema de cuidado e de seus procedimentos, com o ineditismo de cada encontro em modo sustentar uma instituição flexível e mesmo assim com clareza de atuação e organização de seus níveis. O modo de operar o cotidiano do cuidado, tendo este balizamento, na reestruturação produtiva do trabalho em saúde implica inovação de

⁶² Fragmento de anotações do caderno de viagem.

práticas e perspectivas, requer a criatividade e a autonomia dos profissionais – agenciamentos de uma produção de transgressão institucional, cultural e profissional – um “*sconfinamento*”.

Não encontro possíveis palavras para atravessar o oceano e gerar sentidos. Traduzir “*sconfinamento*” não é viável para expressar as marcas e afetos trazidos nas narrativas do coletivo sobre esta palavra. Não encontro posição confortável para nestas anotações que substitua o efeito da palavra em nós. A opção pela não tradução da palavra, gera inquietudes. Debruçada sobre o dicionário, no desmembrar de raiz latina, nos prefixos e sufixos ressignificantes, não encontrei possibilidade para transcorrer em papéis o vibrátil de “*sconfinare*”. Do substantivo - CONFINI – (tradução – fronteira) *Em um sentido geográfico, a zona de transição na qual as características de identificação de uma região desaparecem e as características de diferenciação começam.*; passa-se como ao verbo transitivo que acrescido do prefixo S torna-se ação - *passar arbitrariamente para o território de outros; em sentido figurado, ir além dos limites de uma determinada esfera: um discurso, uma discussão.* (SCONFINAMENTO, 2022) - ambos os significados reforçam a utilização da palavra na cartografia. Neste sentido, algo do que pode ser entendido como invasão, aproxima-se do que no campo da micropolítica aponta para as disputas realizadas no cotidiano.

O conteúdo expresso nos debates a partir da recorrência desta palavra nos impede de fazer uma simples substituição linguística: ultrapassar. Na tentativa de expressar a completude de afetos colocados na repetição da palavra teríamos que a cada utilização, valer-se de todos os possíveis sinônimos, que na singularidade de cada significa reuni maior capacidade para a apreensão do que o “*sconfinamento*” significaria no enquadramento micropolítico da reestruturação produtiva do trabalho em saúde. Seria necessário então a cada tonalidade do debate desvelar a essência de cada expressão: exceder, extrapolar, passar, transcender, atravessar, cruzar, transpassar, transpor, dominar, sobrepujar, superar, suplantar, sair de, subjugar, vencer. (SCONFINAMENTO, 2022)

Nas linhas de fuga na disputa de modelo e agenciamentos criados na implementação dos cuidados intermediários, o ‘invadir’ e ultrapassar limites significam superar a rigidez da própria identidade profissional e apreender próprio fazer novas competências, ao mesmo tempo em que se reconhece as competências do outro. “*Sconfinamento*”, portanto, significa “ir e olhar além”, como uma possibilidade de dar espaço a outras formas de estar no mundo, para tentar sentir-se um coletivo. Trata-se de uma transgressão que nos obriga a agir numa perspectiva transdisciplinar e a repensar os modos, tempos e lugares de atendimento, mantendo-se dentro da complexidade e

ambivalência; um processo que deve ir de mãos dadas com a criação, pelas instituições, de novos espaços de negociação com respeito à saúde, doença e morte.

Nestas transformações, algo de menos dizível evidenciava a centralidade do elemento – *proximidade*. A captura do processo de trabalho pelos modelos hegemônicos, pela qualidade do que é profissional, silenciava os afetos gerados dos encontros do cuidado. O componente relacional não poderia ser considerado, a qualidade do que é ser técnico não incluía os afetos. A proximidade muitas vezes era narrada somente como componente do trabalho do OSS, a categoria profissional com menos formação no que se tem como hierarquia formal das profissões, e, também para eles eram direcionados os louros da proximidade, enquanto a tessitura do trabalho vivo em ato em todo dispositivo que se tinha como centralidade do cuidado no Hospital Comunitário.

No campo da macropolítica, a proximidade nas orientações ministeriais italianas indica que se refere *a um complexo de relações entre instituições públicas, organizações sociais privadas e a comunidade, visando promover o acesso aos recursos de prevenção e cuidado, através da oferta ativa de serviços de saúde, da orientação aos serviços, da criação de caminhos de cuidado e do envolvimento da população nos processos de empoderamento*. (ITÁLIA, 2022) Na operacionalização do adjetivo proximidade na saúde o acesso nos convoca a estratégias que efetivem o alcance, a mediação de sistemas e demandas, e o envolvimento ativo da comunidade.

O entendido como proximidade não poderia furtar o saber técnico, protocolar e profissional. Então, muitas vezes reduzido ao mais concreto do significado da palavra - a distância geográfica entre os lugares. A localidade do serviço era componente fundamental narrada como poder estar próximo dos usuários e dos familiares. Contudo, no percurso cartográfico outros elementos emergiram como proximidade, quase sempre relacionados a desconstrução do distanciamento procedimental do chamado ato do cuidado.

No caso, muitas tentativas de contato, ausência da filha que não participava do plano assistência de seu pai. As poucas ligações que eram feitas a cobravam da presença dela ali, questionaram os históricos de alimentação quase a culpabilizando pela condição atual – acamamento úlceras de pressão em graus preocupantes, diabetes, obesidade mórbida. Na discussão, evidência este entendimento, pois questionam que estando acamado devido uma queda não poderia ir por ele buscar sua alimentação...

... em um certo momento a narrativa ficou carregada, interposta de justificativas, acabava por conferir recordação o julgamento de erro ou inapropriação. Ela, enfermeira de mais de 10 anos de experiência na atenção

hospitalar e parte da equipe do Hospital Comunitário desde a abertura há 5 anos, conta que chega um momento que não respondia mais o telefone da unidade, não importa o momento que se telefona. O senhor muito entristecido questionava insistentemente quando a filha viria. Neste dia ao final de um plantão, ela conta que não aguentou vê-lo sofrer e telefonou no início da noite para a filha com seu telefone celular pessoal, quem sabe ela responderia. E assim aconteceu, quase que intuitivamente e afetada pelo desejo do senhor, telefonou sem cobrar a familiar e iniciou um diálogo de empatia, e preocupação, contou sobre o desejo do pai de ver a filha, dos pedidos e da falta que fazia no cuidado dele. Um telefonema, narrado pela enfermeira com emoção na voz, reconhece ter descoberto somente naquele ato que o que impedia a presença da filha no hospital era o quanto temia a perda do pai após a morte da mãe há poucos meses. Somente a partir de um telefone feito fora do protocolo de não utilizar o telefone pessoal foi que acessou a história daquela relação. Após a morte da esposa, sofre uma queda e entra em tristeza pela perda inicia uma depressão, esboçando somente pequenas alegrias na hora da alimentação. Assim a filha seguiu em busca da alegria dele, alimentando – o para arrancar sorrisos, aquele era seu cuidar. ...a quebra de protocolo e a empatia por ambos no ato do cuidar e se afetar do encontro foi que ela resgatou o ressignificou com a filha o cuidar.⁶³

Nos encontros de formação, não era aceito tranquilamente no início poder discutir temas como vínculo, empatia, subjetividade, pareciam ser relacionados a uma falta de ética e compromisso profissional. Somente nas discussões de caso, com auxílio de alguns instrumentos como fluxograma descritor, ecomapas e outros que conseguimos reconhecer os afetos presentes nos encontros. Pergunta como você se sentiu com relação a tal situação? Ou questionar sobre frustrações, raivas e outras afetos os deslocava das narrativas predominante descritivas. Isto, os permitia a se reconhecer nas relações presentes coconstrução de uma dimensão cuidadora mais possível no reconhecimento da proximidade enquanto componente subjetivo das ações que permita a desconstrução do padrão hospitalar de um cuidado mais procedimental.

É neste reconhecimento, que para além das descrições quase protocolares do que se produzia no cotidiano do Hospital Comunitário, passou-se a se construir uma identidade, o nome que se cabia como primeiro passo de uma identificação subjetiva não poderia ser hospital. Na proximidade o componente da educação em saúde é ressaltado, e na interrogação do que se ensina encontro nas novas possibilidades de autonomia o objeto principal do encontro.

Na construção da identidade do que se faz cotidianamente ali foi após alguns de encontros que conseguimos dizer que o nome que foi dado não facilitava em nada a desconstrução do processo e a ressignificação dos encontros com a comunidade. “...éramos hospital e continuamos sendo hospital, trabalhávamos no hospital e de um dia para noite trocaram a placa. Passamos do dia para noite

⁶³ Fragmento de anotações do caderno de viagem.

a ser Hospital Comunitário sem saber exatamente como era. Hoje conseguimos ver que não temos o mesmo trabalho, aprendemos muito no dia a dia e no confronto com o usuário e o familiar”. O cuidar não se focalizava mais na cura da doença, a proximidade se expressava ali no cerne do desejo de “melhorar”, melhorar não necessariamente se liga a ausência da doença, mas se conecta a voltar a fazer o que se deseja – autonomia. “A gente cuida aqui da autonomia, nem sempre conseguem fazer exatamente tudo do mesmo modo que faziam, mas nossa função é tentar trazer o máximo de independência ensinando novas formas de fazer. Devíamos por tanto nos chamar ‘Escola de autonomia’ e não hospital”.⁶⁴

Na passagem por cada uma das microtransições os elementos – *interdependência*, “*sconfinamento*”, *avaliação e o monitoramento*, *proximidade* – ressaltavam dispositivos de disputa para uma reestruturação produtiva em saúde nos cuidados intermediários. As transições na composição de uma reestruturação não acontecem em saltos, como dito anteriormente, oscilações que expressam a disputa de modelo.

Os cuidados intermediários na atuação no hiato entre a assistência hospitalar e a atenção territorial em 2020 é ressignificado no cenário da Covid-19. A chegada de uma pandemia evidência as disputas de modelo e a potência de dispositivos e estratégias proposto - na defesa da vida, no reestabelecimento da autonomia, na presença de familiares no ato compartilhado do cuidar.

PLATÔ

O atual e necessário ‘outra-se’ e os novos ‘si’ - contextos da pandemia da Covid-19

Em meio a tantas mudanças... circulávamos ouvindo dizer de um vírus, mas cheios de atividades, nos debates sobre as dimensões do cuidado não se mencionavam ainda temores sobre pandemia. Sabíamos de Wuhan, de alguns casos no norte da Itália e a suspensão das atividades escolar para prevenção. Muitas despedidas naquelas semanas que retornaria ao Brasil, sabíamos a dor das distâncias, mas não tínhamos noção que elas nos afastariam por segurança e não por novos caminhos.⁶⁵

Em início de março de 2020 ouvimos o anunciado de uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde, com a propagação do vírus SARS-CoV-2 pelo mundo (CONCEIÇÃO, 2021). Naquele momento, não se sabia muito sobre as possíveis dimensões dos eventos provocados pelo vírus que quase desconhecido passaria, ao longo

⁶⁴ Fragmento de anotações do caderno de viagem.

⁶⁵ Memórias da autora na vivência da experiência do início da pandemia da Covid-19.

dos meses e anos receber diferentes nomenclaturas de suas variantes – Delta... Beta... Ômicron... Vivências ensaiadas no espaço potencial⁶⁶ por cenários fictícios dos filmes sobre o fim de mundo. Assustados e distanciados, fomos assolados pelos efeitos da pandemia, com impactos na vida cotidiana de todos e cada um. Entendemos os processos de globalização a partir do corpo, a circularidade local-global-local, transforma as paisagens de pequenas e grandes cidades – ruas vazias, limitações de circulação, faces escondidas por máscaras - velocidades de propagação anunciadas a qualquer horário pela mídia. (LABONTÉ; MOHINDRA; SCHRECKER, 2011; BAUMAN, 1998; JANES.; CORBETT,2009)

As essencialidades das tecnologias duras no enfrentamento dos agravos da infecção pela SARS- coV-2 reiteram a força do modelo médico hegemônico. Os sistemas de saúde iniciam uma busca devastadora por insumos, equipamentos e dispositivos de alta especialização, acende-se, no caos, o acúmulo capitalista do Complexo Médico-Industrial. Os procedimentos e protocolos ganham compasso e automatismo, saturação, sedação, pronação, receitas impressas e propagandeada como salvação, equipamentos de proteção da área da saúde ganham as ruas e os comércio.

Os efeitos da pandemia foram vividos pela humanidade das pessoas que foram acometidas pela doença, dos profissionais de saúde que trabalharam horas e horas sem descanso, dos familiares afastados de seus entes, dos trabalhadores que tiveram seu ambiente familiar transformados em escritórios, ou que se encontram desempregados na inviabilidade do uso seu corpo força de trabalho. As medidas de mitigação, implementadas pelos governos como principal estratégia de diminuição dos riscos de transmissão da Covid-19, apresentou às sociedades novos modos de viver e se relacionar. (CONCEIÇÃO; FRANCO; OLIVEIRA, 2022)

O corpo biológico, protagonista irrefutável das discussões dos efeitos da pandemia, indissociável de suas impressões e afetos, modificou-se. Imprime-se outras subjetividades ao viver. O medo do encontro, ou os novos modos de se encontrar geram

⁶⁶ O espaço potencial – que não estará ligada apenas à realidade subjetiva, nem apenas à realidade externa. Este espaço ganha destaque em nosso estudo, pois será nesta área que habitarão as atividades lúdicas, na infância e a experiência cultural na vida adulta. (WINNICOTT, Donald W. Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990)

outros afetos, paixões tristes que abrem fenda ao controle dos corpos, biopolítica, a manipulação das massas para outros interesses.

O trabalhador da saúde força motriz dos sistemas, centro das tecnologias leves de cuidado, vive uma exaustão. Afastado de familiares, horas ininterruptas de trabalho e muitas vivências de adoecimento no e pelo processo de trabalho – subjetividades presentes nos encontros e no ato de cuidar. O trabalho a saúde se transforma, o medo do encontro, o ato protocolar na interface dos encontros captura modos de fazer outrora transformados. Os Hospitais Comunitários voltam a se converter em assistência hospitalar e passam a ser setor exclusivo Covid -19, os familiares voltam a ficar longe dos corredores da unidade e o que ganha compasso preciso na atuação são os protocolos

Na Itália, o impacto de ser palco europeu de tantos óbitos, as transformações repentinas nos serviços que se convertiam a setor exclusivo Covid-19, o trabalho exausto de dias e dias, narrados como cenário de guerra. No Brasil as inseguranças de um sistema de saúde que mesmo sucateado, mostrou-se ordenador das ações em saúde no país, mesmo com as fragilidades de uma universalidade tão diversa, sendo palco de disputas políticas se viu obrigado a juntar forças na resistência de seus trabalhadores no protagonismo dos municípios na coordenação das ações, possibilitadas pela descentralização. Fomos outros a partir dos meses: ressignificamos vivências, valorizamos como super-heróis os profissionais de saúde, mudamos jeitos de estudar, trabalhar e de se divertir; desejávamos arduamente voltar ao “normal”.

Após quatro meses de vivências caóticas fizemos um encontro online. Ainda não era um período tranquilo, esforçamos todos para nos encontrar. Distâncias várias podiam ser computadas nas janelinhas daquela chamada online, recurso que invadiu o cotidiano e que não era mais utilizado para conexão com o outro lado do oceano. Os olhos mantinham-se assustados sorrindo por cima das máscaras. Entendemos o que foi debatido e o valor do que cartografamos. A pandemia foi o analisador daquele encontro e a reflexão explicitava os dispositivos presentes na reestruturação produtiva do trabalho em saúde. Os Hospitais Comunitários foram convertidos em setor Covid, experiência descrita como frustrante e desgastante, como retrocesso enquanto um retorno ao modelo hegemônico, a dificuldade do isolamento dos pacientes e a importância de famílias e cuidadores como grande recurso... frase abafadas por máscaras atravessavam as telas e tocavam cada um de nós... *“para viver é preciso liberdade” “dói perceber que nos veem como risco quando descobrem que somos profissionais da saúde” ... “os pacientes estão aterrorizados de entrar no hospital, e isso muda nossa relação” ... “o medo do contágio e o peso de sentir que tudo isso parece uma guerra sem armas, uniformes e possibilidades” ... silêncios.*⁶⁷

⁶⁷ Fragmento de anotações do caderno de viagem – realizada em encontro online em junho 2020 com o grupo que realizou o percurso RERSUS.

O encontro de junho de 2020 atualiza a discussão no contexto das vivências da Covid-19, reafirmações das microtransições e dos dispositivos para uma reestruturação produtiva se atualizam. Não se trata apenas do contexto dos Hospitais Comunitários, trata-se das oscilações em meio a pandemia nos serviços de saúde. O cenário epidemiológico também se transforma e ao longo dos meses, vemos algumas das doenças crônicas decorrentes de hábitos e estilos de vida surgirem repentinamente no pós infecção pela Covid-19, a reabilitação ganha lugar nos agravos decorrente do período de internação, ou na permanência de alguns de seus sintomas.

As sequelas do processo infeccioso da Covid -19, bem como o tempo de internação período no leito, revelam essa necessidade de investimento em serviços de reabilitação com foco em abordagens multidisciplinares aos problemas de saúde das pessoas, especialmente visando intervir para a garantia de atendimento adequado às situações relacionadas às sequelas e graves doenças decorrentes, como as síndromes respiratórias leves ou pneumonia moderada a grave; lesão cardiovascular grave; microtrombos e fibrose intersticial no fígado, rins e baço; síndromes neurológicas com etiologia pós-infecciosa; e ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, depressão ou sofrimentos psíquicos. Além de condições como Insuficiência Cardíaca Congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, diabetes e outras, quando associadas à idade avançada, obesidade, múltiplas doenças crônicas e processos de falência de órgãos etc. (BRUGLIERA *et al*, 2020).

Neste cenário, coloca-se aos sistemas três importantes demandas: aos decorrentes da infecção pela SARS-coV-2, as resultantes da suspensão de serviços e mudanças de fluxos e reorganização orçamentária no período das ondas de maior infecção o que em algum aspecto produziu desassistência e os decorrentes dos determinantes sociais como as demandas de Saúde mental, de segurança alimentar e outros fatores pela maior vulnerabilização de alguns grupos.

Inaugura-se, no avanço das tecnologias, científicas e farmacologia, na circulação ampla de pessoas e de bens na globalização, uma era da pandemia. Covid-19 apresenta os resultados da sociedade contemporânea e por isso ela em si é um dispositivo. (CONCEIÇÃO; FRANCO; OLIVEIRA, 2022) À luz disto, evidencia-se a atual e necessária reinvenção de novos fazeres, outros de nós, os novos 'se', a partir dos

contextos da Covid-19. Indicações que exprimem os valores da importância das alianças entre as instituições e a comunidade para, na reiteração da passagem do tratar para o cuidar. Orientar coletivo para a prevenção, o cuidado que se concentra no domicílio para evitar a circulação, uma autonomia guiada para a melhor tomada de ação em caso agravos, marcou modificações nos sistemas de saúde e na relação entre serviços e comunidade. Vimos a criação de estratégias como enfermeiro de comunidade, telecuidado, drive-thru de testagens e vacina, e inúmeras outras tentativas para que a comunidade estivesse presente nos cuidados das populações.

Os serviços se transformaram e reinventavam formar de cuidar iluminada o reconhecimento das necessidades de mudanças e na aprender estar em constante transformação. Os novos perfis epidemiológicos convocam a (re)estruturação o cuidado territorial: a capacidade de ser e permanecer em rede, agravos, altas, e o cuidado dos entes que em casa as vezes contagiados ou não sofriam os medos e angustia da pandemia. A elevação do número de internações, a necessidade da alta protegida, os custos dos hospitais de maior complexidade, o long-covid e a necessidade de atenção especializada, o pós-alta e a autonomia dos usuários, recolocaram a proposta dos cuidados intermediários, pois o hiato existente entre a assistência hospitalar e a atenção primária se recoloca ao centro da pandemia. O consumo de alta tecnologia e a hiperespecialização ganham protagonismo e invisibilizam a atenção primária, subsumida na orientação sobre as medidas de higiene das mãos.

Na atualização e nos devires latentes na pandemia, somos outros, e seremos o que agora? Precisamos (re)olhar tudo com novas lentes. O que olhamos tem vestes do mesmo, interpostas por perguntas que modificam o olhar: você já teve covid? Ficou internado? Tomou as vacinas, quantas doses? Instaura um tempo de experimentar e entender permeado de oscilações complexificado por um cenário ainda em descoberta. Releituras de uma transição já induzida pelos cuidados intermediários. E, portanto, identificados nos dispositivos cartografados – *interdependência*, “*sconfinamento*”, *avaliação e o monitoramento*, *proximidade* - a cerne de suas próprias características. Uma vez que, *todo o dispositivo se define, pois, pelo que detém em novidade e criatividade, o qual marca, ao mesmo tempo, sua capacidade de se transformar ou se fissurar em proveito de um dispositivo do futuro.* (DELEUZE, 1990)

Em escala global nos vimos *interdependentes*, do nosso próximo para o cuidado, entre estados, cidades e países para medidas de mitigação e nas resistências políticas, no

fornecimento de insumos, na descoberta de novas cepas e na produção da vacina - elixir para retorno a vida normal. No processo de trabalho, sentimos a distância do familiar que ausente do serviço não colaborava mais na produção de saúde, lutamos pela presença das subjetividades mesmo nas vozes silenciadas pela intubação singularidades *rearranjos capaz de receber aquele indivíduo e suas singularidades* - prontuários afetivos com nomes das pessoas importantes, luvas de látex cheias de água quente para simular as mãos dadas durante o coma, músicas prediletas durante os procedimentos, vídeo chamadas com profissionais ou com os entes queridos durante isolamento, rostos que escondidos por trás dos equipamentos eram representados por fotos pregadas no peito de cada profissional. Resistimos!

(Re)configuramos e reinventamos a organização institucional, no processo de trabalho relocamos fazer, e fomos além, ultrapassamos limites, excedemos, extrapolamos, transcendemos, suplantamos, subjugamos – “*sconfinamento*”. Inserimos novos modos de nos conectar – do contato telefônico, o uso de aplicativos de comunicação e da tele consulta. Telecuidado inteligíveis em acesso e afetos – novas formas de se cuidar. Disputas e agenciamentos que traçaram linhas de fuga à produção do cuidado. As instituições passaram a forma híbridas de existir, e nestas existências passaram a produzir outras subjetividades – escolas, empresas, igrejas etc. “*Era tanto trabalho que os fisioterapeutas ajudavam a dar comida para os pacientes, todo mundo fazia tudo, era preciso cuidar*”.⁶⁸

Nas velocidades dos eventos a produção do cuidado tinha na *avaliação e o monitoramento* a precisão da defesa da vida – febre, saturação, testes – limites protocolares que tencionam a oferta de leitos. Por outro lado, os atravessamentos produzidos pela Covid-19 modificaram protocolos de cuidado, dividiu-se processos entre ações de emergência e eletivas. Concentramos os cuidados no que estava agravado, na atuação sob o adoecimento, as ações de prevenção e promoção concentraram-se nas medidas de cuidado para proteção e contra a transmissão da Covid-19. Alguns meses que acumulados com os agravos da infecção pelo SARS-coV-2, recolocam a necessidade de reinvenções no cuidado das doenças crônicas.

⁶⁸ Fragmento de narrativa do profissional da enfermagem realizada em encontro online em junho 2020 com o grupo que realizou o percurso RERSUS.

No monitoramento, novas tecnologias foram introduzidas com maior força no sistema. O telecuidado avulta-se como estratégia possível de cuidado seguro em experiência no sistema único ligadas as equipes de saúde da família como o exitoso programa *Atende em Casa*, da prefeitura de Recife, proposta visava evitar o deslocamento das pessoas até as unidades de saúde para orientações. Na Itália a casa passa ser mais ativamente palco de cuidado com a Unidades Especiais de Continuidade de Cuidados que concentraram o cuidado dos usuários com covid-19 que não necessitavam de hospitalização, mas precisavam ser avaliados e monitorados. Movimentos que vão modificando os sistemas, que apresentam novas tecnologias.

Por fim, a *proximidade*, componente subjetivo das ações, atualiza-se nos reencontros, viver a distância das comunidades, na ausência dos familiares nos hospitais comunitários, adensa os reais valores do estar próximo. “*Foram meses muito difíceis, pois entendemos o tamanho do recurso que temos com os familiares*”.⁶⁹ Neste sentido, damos luz aos contextos e o protagonismo da comunidade na tomada de decisão e na execução das demandas. O próximo escuta, compartilha e acolhe a comunidade, encontros que ganharam reinvenções. Na Itália há a introdução de novos adjetivos, as enfermeiras passam a ser de comunidade (*infermiere di famiglia e comunità*) - no desempenho de estar e cuidar nos encontros no e para comunidade sobretudo no processo de educação sanitária para fortalecer a autonomia dos cidadãos, de suas famílias e de seus cuidadores, para oferecer apoio e assistência para que eles possam encontrar suas próprias soluções para seus problemas. (RER, 2022)

Pessoas e estratégias, à luz da pandemia se reinventaram e atualizaram seus fazeres. “*Outrar-se*”, experimentar novas formas, gerar os novos “*si*” em processo de desterritorializar é tônica atual e necessária para uma humanidade que passou por 455.675.890 casos de infecção e 6.038.904 óbitos até o momento . Não se tem como voltar ao mesmo ponto exatamente de onde se parte em janeiro de 2020, sendo, portanto, a covid-19 em si um dispositivo...

.... rompe o fio das teleologias transcendentais e aí onde o pensamento antropológico interrogava o ser do homem ou sua subjetividade, faz com que o outro e o externo se manifestem

⁶⁹ Fragmento de narrativa de uma operadora socio sanitária realizada em encontro online em junho 2020 com o grupo que realizou o percurso RERSUS.

com evidência. ...estabelece que somos diferença, que nossa razão é a diferença dos discursos, nossa história a diferençados tempos, nosso eu a diferença das máscaras. (DELEUZE, 2022)

A TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES

Há de se considerar que....

A potência estética de sentir, embora igual em direito as outras – potências de pensar filosoficamente, de conhecer cientificamente, de agir politicamente –, talvez esteja em vias de ocupar uma posição privilegiada no seio dos Agenciamentos coletivos de enunciação de nossa época (GUATTARI, 2012, p. 116).

Nas transformações ao longo deste período este estudo também se modificou, o cartógrafo que retorna ao seu país rapidamente se habitua ao contexto de sistema único sanitário, mas tão desconhecido nos meses que seguiram esse retorno-imersão. *Inmundada*, retorno com o vírus sem o trazê-lo, mas com ele todos os ritmos e velocidades, modos de operar a organização da vida saíram de um controle/acomodação capturando tempos e tranquilidades.

A escrita e o ‘entesar’, atravessado pelo cotidiano e as inquietudes, paralisa e esgota-se. Retorno trabalhadora da saúde, presente e presença no SUS, sequencias de dias e noites a trabalhar e o esvaziamento da exaustão desfaz planejamentos. O que se tinha era um monotema e canalização criativa para resistir. *O cansado apenas esgotou a realização, enquanto o esgotado esgota todo o possível. O cansado não pode mais realizar, mas o esgotado não pode mais possibilitar.* (DELEUZE, 2010, p.67.) Paralisia produtiva de outros devires.

Os tempos de transformação e a produção acadêmica

Na avalanche das informações e na luta pela defesa da vida, Niterói não tão desconhecida, pois já em muitas aproximações pela universidade e pelo percurso cartográfico permitido pelo Projeto RERSUS, torna-se casa – porto das turbulências provocadas pelas sofridas ondas que não era aquelas prazerosas do oceano. Neste cenário, esta etapa do processo doutorado acabou por ter inúmeras pausas e ensaios - tempos de transformação – que levaram a outro ritmo e temas a escrita. Era preciso partilhar um certo pioneirismo de precaução e antecipação, como descrito por Boaventura (2020), e o que ganha lugar são outras produções acadêmica – dois artigos, dois capítulos de livro, cinco participações em congresso e apoio a dois projetos de extensão. Circularidades

necessárias, atravessamentos no processo doutoral produtor de resistências e possibilitador de *'outramentos'* no SUS.

Suspensão... novos calendários... atrasos e o descompasso dos tempos de transformação e da produção acadêmica.

As ambiguidades das novas demandas sobre os velhos problemas

O aumento das doenças crônicas, a necessidade de criação de estratégias que pudessem atuar no cuidado do corpo, mas também pudessem intervir em estilos de vida e outros determinantes sociais da saúde. Demandas já presentes ao Sistemas Sanitários que no contexto da covid-19 se recolocam em escalas mais amplas e em intervenções ainda a ser construídas. Estamos aprendendo a saber quais os reais agravos que a infecção pela covid-19 pode gerar ao longo dos tempos e do desenvolvimento das pesquisas. Contudo, já conhecemos os resultados do aumento dos fatores de risco, como: tabagismo, álcool, obesidade, inatividade física e alimentação inadequada; somados a importância dos determinantes sociais, como o desemprego e o aumento das desigualdades sociais.

Neste sentido, os cuidados intermediários como proposta de atuação sob gestão da atenção territorial, traz como cerne, a atual necessária possibilidade de reinvenção do cuidado em agenciamentos para uma mudança paradigmática, sobretudo na intervenção junto às pessoas com doenças crônicas, deficiências graves e em cuidado paliativos, rompendo com o hiato entre o hospital e a comunidade. Portanto, ao recolocá-lo como estratégias a efetivação das ações, as linhas de fugas visibilizadas na cartográfica orientam as etapas que compõem as oscilações que caracterizam o campo de disputa.

A introdução dos dispositivos – *interdependência*, “*sconfinamento*”, *avaliação e o monitoramento*, *proximidade* – apresentaram, nas oscilações do cotidiano da produção do cuidado, capacidade de transformar ou abrir fendas nas hegemonias, possibilitando sua dissolução no: fortalecimento de coletivos no (re)conhecimento da interdependência; no compartilhamento de saber e a ampliação da clínica no “*sconfinamento*” e na decomposição de poderes; na atenção contínua aos processos em consciência das linhas forças presentes no campo de disputa de modelo por meio da *avaliação e o monitoramento*; e, por fim, a *proximidade* tessitura das tecnologias leves, na presença do trabalho vivo, como dito anteriormente, criando espaço intercessor entre o trabalhador e

o usuário, em que circulam intensidades capazes de transformar ambos os atores a partir do modo como são afetados. (MERHY, 1997)

Então, o cenário da pandemia ressalta a urgência de uma reestruturação produtiva, sobretudo nas necessidades de novas produções, outros territórios por meio de uma transição tecnológica. Isto se revela nos esforços quanto a implementação e fortalecimento do telecuidado; as intervenções de prevenção das doenças na diversificação das ações de comunicação e interlocução com a população no ato do cuidar coletivo, como a imunização em massa; o diálogo intersetoriais principalmente o econômico na ordenação dos processos produtivos em modo a torna-los mais seguros quanto ao risco de infecção, foram reinvenções dos sistemas e no uso de tecnologias e territórios não cotidianamente presentes na produção do cuidado, oscilações que ‘outra’ os mesmos nós.

Processos e Finalizações

O ‘novo normal’ se impõe com anormalidades incompatíveis com os velhos modos de operar a vida e o cuidado em saúde. O processo de escrita e construção de conhecimentos a partir de encontros possuem descompassos que requer atemporalidades, transduções de afetos, os atravessamentos de uma vida em pandemia que reorganiza subjetiva e objetivamente os planos, desejos e fazeres.

A cartografia reuniu tessituras de diversas disciplinas nesta escrita, marcando a multiplicidade dos afetos, do viver e sobretudo os inúmeros agenciamentos dos caminhos de desterritorialização: do lugar do pesquisador, os métodos de pesquisar, transformações culturais do campo de estudo e nos meus processos subjetivos, o simples falar e pensar, o escrever. Transduções que em si criaram campos de trocas, produziram transformações. O exercício de melhor conduzir narrativas, afecções, histórias e processos para outra cultura, outros contextos e histórias, convoca uma reinvenção do percurso doutoral, sobretudo quando as aproximações da intervenção na Itália, valeram-se de instrumentos e estratégias tem referências na saúde coletiva e na educação permanente em saúde do Brasil – intercâmbio práticos que possibilitou por um lado linhas de fuga e por outros devires.

Há de se considerar que as estrangeiridade presentes na cartografia foram fator permissor de vulnerabilizações que produziram encontros genuínos e aberturas para

devires. As vivências deste confronto permitiram os estranhamentos que auxiliaram na passagem do olhar retina para o olhar vibrátil presente no coletivo da pesquisa formação do projeto, conduzidos pelo cartógrafo a revisitar processos e afetos. Processos reconhecidos e expressos pelo coletivo transformados subjetivamente a partir das intervenções no percurso; enunciados por narrativas, póstuma ao fim do projeto, que identificaram a operacionalização do fazeres inventivos que construíram linhas de fugas e agenciamentos tecidos durante a emergência pandêmica para sustentar tecnologias leves - relacionais, ou quando não possível pesar sua inviabilidade imposta pelo isolamento. Neste sentido, o último platô afirma as intensidades presentes no campo micropolítico, evidenciado nas microtransições nas suas oscilações, e nos resultados da intervenção enquanto dispositivos de reestruturação produtiva em saúde.

Na mudança das composições tecnológicas do processo de trabalho na saúde para uma reestruturação produtiva, evidencia-se um campo de disputa multifatorial, que em processo vivo e relacional transforma-se a cada encontro. As oscilações presentes em cada microtransição, conecta-se as vivências de uma coletividade, atravessadas por contextos históricos e culturais, mas que em essencialidade revelam passos importante para transformação da produção de cuidado. Cartografar estas oscilações num momento pré-pandêmico, no diálogo transcultural de cooperação internacional, e o retorno das discussões ao longo da pandemia recriou sentidos e reiterou microtransições – *interdependência*, *“sconfinamento”*, *avaliação e o monitoramento*, *proximidade* - como dispositivos.

Ainda, a cooperação internacional, nas tessituras dos encontros foi, em si, um dispositivo que a partir das circularidades produzidas entre as experiências recriaram significados. Um lugar a partir do qual é possível operar mudanças, nas semelhanças e alteridades dos cenários das práticas dos serviços de saúde em ambos os países, e pela própria reinvenção do modelo de cooperação que configurou o caráter estratégico do Projeto RERSUS. Ou seja, estratégico para o desenvolvimento de ambos os países, onde as diversas experiência podem se fundir para produzir o comum entre todos que dela participam, e este comum é a força propulsora que coloca a cooperação em movimento.

Por fim, nesta proposta de continua afetação é que finalizamos resgatando os objetivos destas páginas - compartilhar considerações, recapitular e reunir narrativas vivências de uma imersão cartográfica interventiva – que em si propiciará inúmeros

outros encontros que se estenderão a novas ideias, outros platôs e pausas necessárias. (Re)leituras - espaço entre texto e leitor, que possam se apresentar enquanto intercessoras, produzindo agenciamentos e se atualizando em diferentes contextos, na pretensão de um devir irreduzível, a heterogênesse capaz criar diferenciação.

Há de se considerar o desejo...

O desejo é a própria essência do homem, enquanto esta é concebida como determinada, em virtude de uma dada afecção qualquer de si própria, a agir de alguma maneira”

– Espinosa, Ética III, Definição dos Afetos 1

(SPINOZA, 2010)

Que possamos (re)e(x)sistir!

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L. *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Ed. Editora Rede UNIDA; 2014. p. 155-170.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S, *et al* (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.783-835.
- AUTONOMIA. In: **DICIONÁRIO da Língua Portuguesa** [online]. Lisboa: Priberam informativa, 2022. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/autonomia>. Acesso em: 12 jan. 2022.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari. 2002.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E. ; KASTRUP, V. ; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina. 2009. p. 52-75.
- BAUMAN, Z. Globalização: as consequências humanas. Tradução Marcus Penchel. — Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.
- BENJAMIN, W. A tarefa do tradutor. In: _____. **Escritos sobre mito e linguagem.** Tradução de Susana Kampff Lages e Ernani Chaves. São Paulo: Duas Cidades; Editora 34, 2011.
- BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. **Reforma Sanitária - Brasil – Itália.** Ed. Hucitec/CEBES, São Paulo, 1988.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:** dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm . Acesso em: 19 jan. 2019.
- BRUGLIERA, L. *et.al.* Rehabilitation of COVID-19 patients. **Journal Rehabilitation Med.** 2020 Apr 15;52(4).
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M.C.S, *et al* (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.137-70.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic. , Saúde, Educ.**, 2005.; 16 (9), p.161-168.

CECCIM, R.B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. ed., revista e atualizada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 162-167.

COLUCCI, M. ; DI VITTORIO P. **La vita e le opere**. Milano: Edizioni Bruno Mondadori, 2001, p.1-7. Disponível em:<https://www.imfi-ge.org/wp/wp-content/uploads/2019/12/Biografia-di-Franco-Basaglia.pdf>. Acessado em: 19 jan 2019.

COMPAGNI, A.; TEDIOSI, F. ; TOZZI, V. D. L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie». In: CANTÙ, E. (a cura di) **Rapporto OASI 2010**, Egea, Milano: Editora Egea, 2010 pp. 519 – 539.

COMUNICAR. **DICIONÁRIO da Língua Portuguesa** [online]. Lisboa: Priberam informativa, 2020. Disponível em:<https://dicionario.priberam.org/comunicar>. Acesso em: 18 dez.2020.

CONCEIÇÃO, M. R. *et.al.* Covid-19 - um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. **Revista Saúde Debate**, v. 44, n. especial 4, 2020. p. 281-292. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rcPZwRTTLQF3xbBSzRLmgDr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021.

CONCEIÇÃO, M.R.; FRANCO, C.M.; OLIVEIRA, R.A.T. Retomada das atividades econômicas e os protocolos de biossegurança da Covid-19 – Uma construção compartilhada como estratégia de enfrentamento à pandemia. In: FRANCO, T. B. (org.). **Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de Covid-19**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. p. 219- 228.

CORAZZA, S. M. O docente da diferença. **Revista Periferia**, v. 1, n. 1, jan./jun. 2009. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/view/3422/2348> Acessado em: dez 2021.

COWPE, J. Intermediate Care: Policy and Context. In: ROE, B.; BEECH, R. (org.) **Intermediate and Continuing Care: Policy and Practice**. Blackwell: Oxford, Reino Unido, 2005, p.03-18.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol.1. São Paulo. Ed.34, 1995.

_____. **O que é a Filosofia?** 2 ed. São Paulo: Editora 34, 1993.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol.3. São Paulo. Ed.34, 1996.

DELEUZE, G. **Crítica e Clínica**. São Paulo. Ed.34, 1997.

_____. ¿Que és un dispositivo? In: DELEUZE, G. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161.

_____. **Espinosa e o problema da expressão**. São Paulo: Editora 34. 2017.

_____. **Abecedário**. Disponível em: http://clinicand.com/wp-content/uploads/2021/02/Gilles_Deleuze_Claire_Parnet_Abeced_rioz-lib.org_.pdf. Acesso em: 12 dez. 2021.

_____. **Bergsonismo**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

_____. Os intercessores. In: DELEUZE, G. **Conversações (1972-1990)**. Rio de Janeiro: Ed 34, 1992.p. 151-168.

_____. **A Dobra – Leibniz e o barroco**. Tradução: Luiz B. L. Orlandi. Campinas, São Paulo: Papirus, 5ª ed. 2009.

_____. O esgotado. In: DELEUZE, G. **Sobre teatro: um manifesto de menos – O esgotado**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.p.67-74.

FERLA, A. A. **Clínica em movimento: cartografias do cuidado**. Caxias do Sul: Educs, 2007.

FERREIRA, A. **Introdução à Filosofia de Spinoza**. São Paulo: Estudos Filosóficos, 2009.

FINE, M. *et al.* Qualitative research, representations and social responsibilities. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds). **The Sage Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000, p. 107-132.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 28 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

_____. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo. Martins Fontes. 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In:_____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.151 - 171.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde** [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311611/1/Franco,%20Tulio%20Batista.pdf>. Acessado em: 18 dez. 2016.

FRANCO, T.B, MERHY, E.E. **PSF: Contradições de um programa destinado a mudanças de um modelo tecno-assistencial**. Campinas: UNICAMP; 1998. [Mimeo].

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Revista Saúde e Sociedade**. [online]. 2015, vol.24, suppl.1, p.102-114.

FURTADO, R. M. M. A arte como recorte do real: a condição humana em Käthe Kollwitz. **Revista Visualidades**: Goiânia, v. 6, n. 1 e 2, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/VISUAL/article/view/18070>. Acesso em: 11 jun. 2022.

GHERARDI, S.; LIPPI, A. **Tradurre le rifome in pratica. Le strategie della traslazione.** Milano: Editora Cortina Raffaello, 2000.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, J. N. C. Adeus ao eu: a enunciação do outrar-se. **Revsita Kalíope**: São Paulo, ano 1, n. 1, 2005. p. 90-109.

GOULART, F.A. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os Sistemas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

GREENWOOD, D. J.; MORTEN, L. Reconstructing the relationships between universities and society through action research. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonam S. (Eds). **The Sage Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage Publications, 2000, p. 85-106.

GUATTARI, F.; ROLINK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Petrópolis: Vozes, 1996.

GUATTARI, F. **Caosmose.** São Paulo: Ed. 34, 2012.

INGLATERRA. Department of Health. **Shaping the Future NHS: Long Term Planning for Hospitals and Related Services** - Consultation Document on the Findings of The National Beds Inquiry – Fevereiro, 2000.

INGLATERRA. Department of Health. **National Service Framework for Older People** - Março 2001.

INGLATERRA. Department of Health. **NHS for Older People - Intermediate Care, Moving Forward** - Junho 2002.

INTERLOQUIRE. **Diccionario Treccani** [online]. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani. Disponível em: <https://www.treccani.it/vocabolario/interloquire/>. Acesso em: 18 dez. 2020.

ITÁLIA. **Istituzione del servizio sanitario nazionale. 1978.** Disponível em: <<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=21035>>. Acessado em: 19 jan. 2019.

_____. **Decreto Legislativo n. 307**, de 18 setembro de 2001 - “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”. Disponível em: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/decreti/01347d.htm>. Acessado em: 11 abr. 2016a.

_____. **Decreto Legislativo n. 405**, de 17 dezembro de 2001 – “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”. Disponível em:

http://www.aisd.it/e107_files/downloads/files/Legge16112001n405.pdf Acessado em: 12 de abr. 2016b.

_____. **Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 - I nuovi scenari e i fondamenti del SSN.** Disponível em:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_948_allegato.pdf . Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.** Disponível

em:http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1205_allegato.pdf. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. **Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.** Disponível em:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_4_listaCapitoli_capitoliItemName_0_scarica.pdf. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Patto per la Salute 2014-2016.** Disponível em:

http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf. Acessado em: 20 jun.2017.

_____. **Decreto n. 70 de 2 abril 2015.** “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”. Disponível em:

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>. Acessado em: 11 jun.2022.

_____. **Sanità Pubblica di Prossimità.** [site institucional] Disponível em:

<https://www.inmp.it/ita/Progetto-Salute-RSC/Progetto-Salute-RSC-Scheda-Progetto/Sanita-Pubblica-di-Prossimita>. Acessado em: 03 abr. 2022.

JANES, C.R.; CORBETT, K.K. Anthropology and global health. Annu. **Rev. Anthropol**, 2009, 38: 167–183.

JOHNSON, Leslie S. From knowledge transfer to knowledge translation: applying research to practice. **Occupational therapy now**, 2005, 7(4). P.11-14.

KAWACHI, I.; WAMALA, S.P.; **Globalization and health.** Oxford: Oxford University Press, 2007.

KRISTEVA, J. **Estrangeiros para nós mesmos.** Rio de Janeiro: Editora Rocco. 1994.

LABONTÉ, R.; MOHINDRA, K.; SCHRECKER, T. The growing impact of globalization for health and public health practice Annu. **Rev. Public Health**, 2011, 32.p;263–283.

LEMOS, F. C. S. *et al.* Notas sobre a genealogia e a pesquisa cartográfica. **Revista Ecos - Estudos Contemporâneos da Subjetividade.** 2015. v. 5, n. 2. p. 209-218.

LIBERMAM, F.; LIMA, E. M. F. A. Um Corpo Cartografo. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**, 2015; 19(52): 183-93.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993. Mnemosine. Vol.3, nº2, 2007.

_____. Processamento do Texto. In: ALTOÉ, Sonia (org). **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec; 2004.p. 199- 221.

LUZ, M. T. Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2 ed., revista e atualizada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 353-356.

MACEDO, J. P. ; DIMENSTEIN, M. . Escrita acadêmica e escrita de si: experienciando desvios. **Revista Mental**, Barbacena vol. VII, n. 12, p.153-166, Jan./jun. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42020837008>. Acessado em: 15 out. 2019.

MACIOCCO, G. Le cure intermedie – Lo scenario internazionale. **Salute e Territorio**, Piza, Junho 2014, n.201, p. 299-302. Disponível em: http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/2014/201/ST_201_intero.pdf . Acesso em: 18 dez.2019.

_____. **Política, Salute e Sistemi Sanitari- Le riforme dei Sistemi Sanitari nell'era della Globalizzazione**. Ed: Il Pensiero Scientifico, 2008.

_____. L' Ordinamento Sanitario Italiano. In: COMODO, N.; MACIOCCO, G.. **Igiene e sanità pubblica - manuale per le professioni sanitarie**. Roma: Editora Carocci. 2002, p.61-74.

MALLARD, S. D. S.; CREMASCO, M.V. F. Estrangeiridade e Vulnerabilidade Psíquica: Algumas Contribuições Psicanalíticas. **Revista de Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, Jan-Mar 2015, Vol. 31 n. 1, p. 125-132.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Revista Ciênc. Saúde coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.2, p.433-444.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES- GONÇALVES, R. B. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. In: AYRES, J.R.C.M.; SANTOS, L (org). **Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**. 1. ed. – São Paulo: Hucitec ; Porto Alegre : Rede Unida, 2017a. p.55 -114.

MENDES- GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. In: AYRES, J.R.C.M.; SANTOS, L. (org). **Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**. 1. ed. – São Paulo: Hucitec ; Porto Alegre : Rede Unida, 2017b. p.192-250.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido. In: Merhy, Emerson E.; Onocko, Rosana (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C.F. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2 ed., revista e atualizada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a, p. 427 -432.

_____. Restruturação Produtiva em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2 ed., revista e atualizada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b, p. 348 -352.

_____. Restruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirizaçã" do mercado na saúde. In: _____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.109 - 137.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. E. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Revista Saúde em Redes**. 2017; 3 (2). p. 145-152.

MONGARDI, M. *et al.* **Il fenomeno delle dimissioni ospedaliere ritardate nella Regione Emilia-Romagna**. Milano: Mecosan Management ed economia sanitaria, 2013, 86, p. 73-86.

Museo Civico Archeologico Etnologico. **AEmilia** [online]. Disponível em: <http://www.aemiliaonline.it/approfondimenti/la-via-emilia/la-via-emilia>. Acesso em: 10 out. 2021.

NANCY, J. L. El intruso. 1º ed. Buenos Aires: Editora Amorrortu, 2006.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra, 2000. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHO_2000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado em: 12 jun.2022.

ORSINI, B. **Seguendo la Via Aemilia**. Istituto per i beni artistici culturali e naturali - IBC, vol XXI, n.2 .2013. Disponível em: <http://rivista.ibc.regione.emilia-romagna.it/xw-201302/xw-201302-a0010> . Acessado em: 13 ago. 2021.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira – Contribuições para a compreensão crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009a, p. 17-31.

_____. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009b, p. 150-171.

PEARSON, Mark et al. **Intermediate care: a realist review and conceptual framework**. Final report. NIHR Service Delivery and Organization programme, 2013.

PESARESI, F. Le cure intermedie. In: **Network non Autosufficienza** (a cura di), “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 - Il tempo delle risposte”, Santacangelo di Romagna: Editore Maggioli 2017. p.102 - 128.

PIERI, G. **L’Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell’assistenza**. Tese [Doutorado em Ciências Médicas Gerais e dos Serviços] Universidade de Bolonha, 2016. Disponível em: <<http://amsdottorato.unibo.it/7368/>>. Acessado em: 11 jun.2022.

PIRES, M. R. G.M.; DEMO, P. Políticas de Saúde e crise do Estado de Bem-estar: repercussões e possibilidades para o SUS. **Revista Saúde e Sociedade**, 15, (2):57-71; 2006.

RER.(Regione Emilia-Romagna). **Regione Emilia-Romagna** [site institucional] Disponível em: <https://www.regione.emilia-romagna.it/>. Acessado em: 18 de janeiro de 2019.

_____. Ospedale di comunità: un "ponte" per l'assistenza sanitaria intermedia. **Newsletter Saluter notizie**, Anno X, 2013. Disponível em:<http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/newsletter/2013/ospedale-di-comunita-un-nuovo-modello-per-lassistenza-sanitaria-intermedia>. Acessado em: 17 jun. 2017.

_____. **Documento di indirizzo programmatico per il triennio 2016-2018 ai sensi della legge regionale n. 12/2002 per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e in via di transizione, la solidarietà internazionale e la promozione di una cultura di pace**. Documento Programmatico 2016-2018.

_____. **Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità**. [Site Institucional]. Disponível em: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepps/sanita/cure-intermedie-sirco>. Acessado em: 18 jan. 2018.

_____. **Il farsi Unione delle politiche di welfare - Linee Guida**. Centrostampa Regione Emilia-Romagna, luglio 2017.

_____. **Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari Regione Emilia-Romagna. Un nuovo approccio allo sviluppo della rete dei servizi di assistenza primaria e la realizzazione degli Ospedali di Comunità in Regione Emilia-Romagna**. Documento programmatico, 2013- 2015.

_____. **Decreto Regional n.221 de 06 de março de 2015** – “Requisiti Specifici Per L’accreditamento Del Dipartimento Di Cure Primarie”. [acessado em junho 2017] Disponível em: http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/dgr-2127-2016/accreditamento_dipartimento_cure_primarie/view. Acessador em: 11 jun. 2022.

_____. **Infermiere di famiglia e comunità in provincia: tutte le sedi nel territorio (IFEC).** AUSL di Ferrara . 2002. Disponível em: <https://www.ausl.fe.it/argomenti/come-e-dove-curarmi/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita#:~:text=Dal%206%20dicembre%202021%20a,dalle%20ore%208%20alle%2014>. Acesso em : 02 jun.2022.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** Porto Alegre: Editora Sulina, Editora da UFRGS, 2011.

ROSA, J. G. Famigerado. In: _____. **Ficção completa, em dois volumes.** Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. p. 393-396.

SANTOS, B. S. **A universidade no séc. XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade.** São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **A cruel pedagogia do vírus (Pandemia Capital).** São Paulo: Boitempo,2020.

SCONFINAMENTO. **Dicionario Treccani** [online] . Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani. Disponível em: <https://www.treccani.it/vocabolario/sconfinamento/>. Acesso em: 26 fev. 2022.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A. D.A. (org). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41.

SPINOZA, B. **Tratado da Reforma da Inteligência.** Tradução, introdução e notas: Lívio Teixeira. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. Capítulo XVI: da vontade. In: _____. **Breve Tratado de Deus, do homem e do seu bem-estar.** Belo Horizonte: Autentica Editora, 2012. p. 121-123.

_____. **Ética.** Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília – UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

TESE.In: **DICIONÁRIO da Língua Portuguesa** [online]. Lisboa: Priberam informática, 2021. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/tese>. Acesso em: 18 ago. 2021.

TESSITURA. In: **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa** [online]. Editora Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/palavra/okRaL/tessitura/>. Acesso em: 20 mar.2022.

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WHO (World Health Organization). **Innovative Care for Chronic Conditions: building blocks for action: global report.** 2002.

<https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1> (acessado em 10/Out/2018).

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Revista de Psicologia e Sociedade**. 2011. 23 vol 3. p.454-463.

ANEXOS

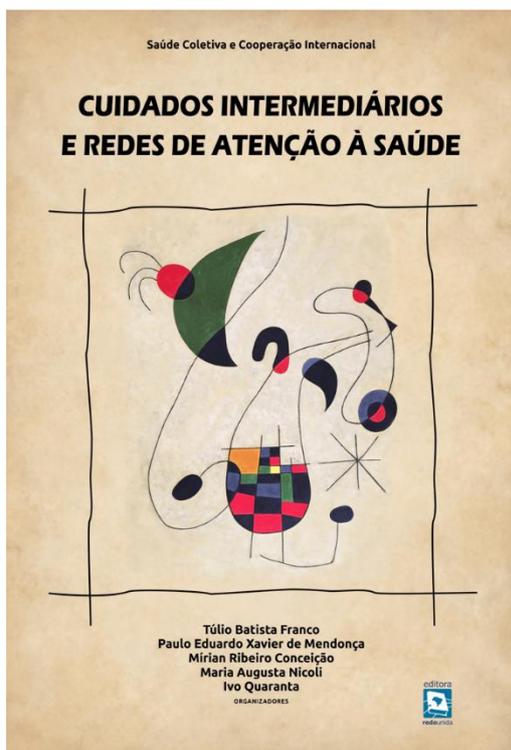
Anexo I – Livro Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde

Organização:

FRANCO, T. B. et. al.(org) **Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde** [livro eletrônico] -- 1. ed. -- Porto Alegre: Rede UNIDA; 2020. -- Saúde coletiva e cooperação internacional) 3,42 Mb; PDF. Disponível em: http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/LIVRO_CUIDADOS_INTERMEDIARIOS-min.pdf .
Acessado em: junho 2022.

Capítulo:

CONCEIÇÃO, M. R.; FRANCO, T.B.; MARTINO, A. Inovações tecnológicas em saúde: cuidados intermediários e a atenção às condições crônicas. In: FRANCO, T. B. et. al.(org) **Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde** [livro eletrônico] -- 1. ed. -- Porto Alegre: Rede UNIDA; 2020. -- Saúde coletiva e cooperação internacional) 3,42 Mb ; PDF. p.14-34. Disponível em: http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/LIVRO_CUIDADOS_INTERMEDIARIOS-min.pdf .
Acessado em: junho 2022.



Anexo II – Artigo

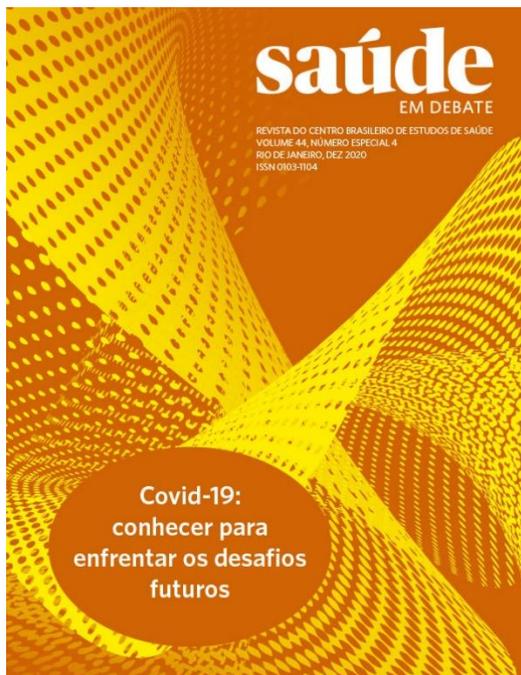
FERLA, A.A.; NICOLI, M. A. ; CONCEICAO, M. R. ; VIVOLI, V. ; MARTA, B. L. ; SINTONI, F. ; BAPTISTA, G. C. ; MARTINO, A. ; CECCIM, R. B. . **Un laboratorio come il rizoma: conoscenza della salute e del fare in connessioni italo-brasiliane.** REVISTA SAÚDE EM REDES, v. 5, p. 12-22, 2019. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/58> . Acessado em: 22 de junho 2022.

FRANCO, T.B.; CONCEIÇÃO, M.R.; NICOLI, M. A.; MARTINO, A.; QUARANTA, I. **Hospitais comunitários, os cuidados intermediários e a atenção básica.** Saúde em Redes, v. 5, Suplemento 1, 2019. p. 66-68. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/58> . Acessado em: 22 de junho 2022.

CONCEIÇÃO, M.R.; FRANCO, T.B.; NICOLI, M. A.; MARTINO, A.; QUARANTA, I. A cooperação internacional como campo de reinvenção - os cuidados intermediários no debate entre Brasil e Itália. Saúde em Redes, v. 5, Suplemento 1, 2019. p. 94-96. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/58> . Acessado em: 22 de junho 2022.

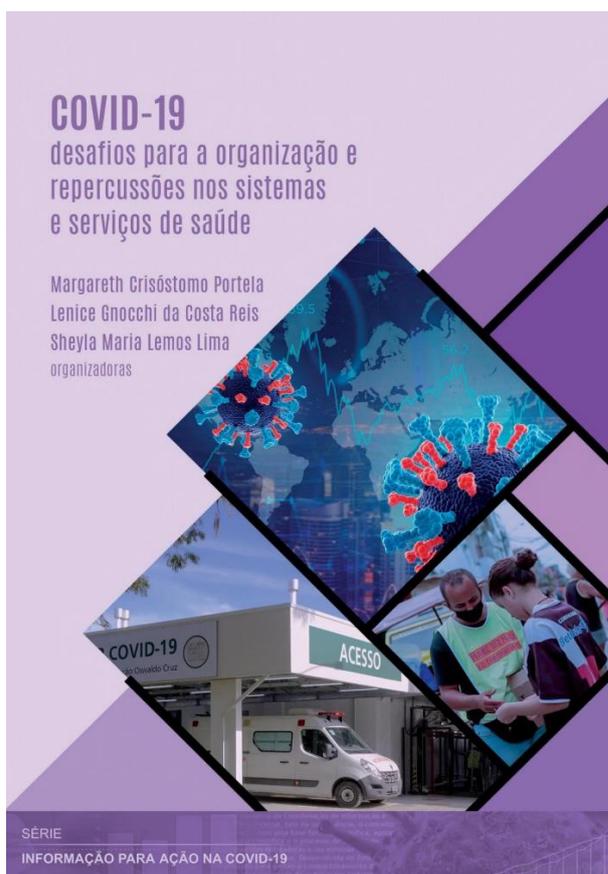
Anexo III - Artigo

CONCEIÇÃO, M. R.; FREIRE, R. P.; MACARIO, F. C.; OLIVEIRA, R. A. T.; FRANCO, C. M. Covid-19 – um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 44, n. especial 4 dez, p. 281–292, 2022. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/4480>. Acesso em: 8 ago. 2022.



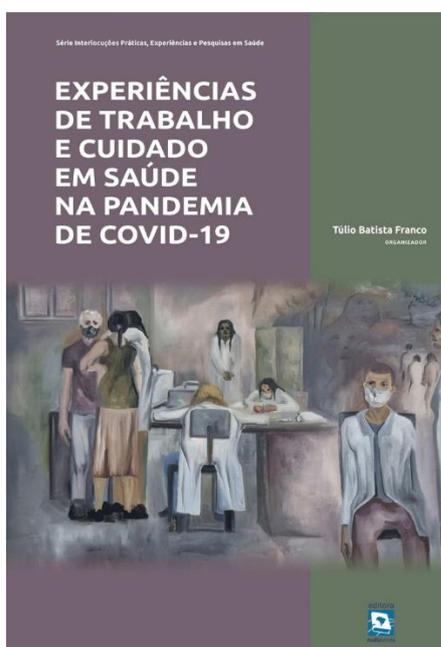
Anexo III- Capítulo de Livro

CONCEIÇÃO, M. R., SILVA, J. M. P., RODRIGUES, C. S., FRANCO, C. M., OLIVEIRA, R. A. T. Papel do SUS no retorno às atividades escolares presenciais na pandemia de covid19: a experiência do município de Niterói, RJ. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 443-456.

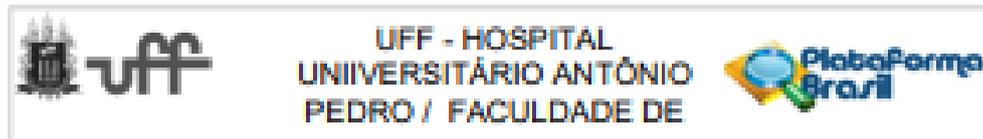


ANEXO IV- Capítulo de Livro

CONCEIÇÃO, M. R.; FRANCO, C. M.; OLIVEIRA, R. A. T. Retomada das atividades econômicas e os protocolos de biossegurança da covid-19 – uma construção compartilhada como estratégia de enfrentamento à pandemia. In: FRANCO, T.B.(Org) **Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19**. 1. ed. - - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. p. 219-228. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-Experiencias-de-Trabalho-e-Cuidado-em-Saude-na-Pandemia-de-COVID-19.pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2022.



Anexo V – Parecer Comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dispositivos de Atenção Intermediária e a Reestruturação Produtiva em Saúde-Os Hospitais Comunitários na Itália.

Pesquisador: Mirian Ribeiro Conceição

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 87445717.2.0000.5243

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.067.999

Apresentação do Projeto:

Trata-se do cumprimento de pendências ao Parecer Consubstanciado número 3.013.075, emitido por este CEP em 09 de novembro de 2018.

A insuficiência do modelo biomédico - hospitalocêntrico, com assistência fragmentada e em consumo excessivo de 'tecnologias duras' e 'teve-duras'- consolida-se nos altos custos e baixa eficácia, principalmente ao que tange as condições de cronicidade. Desta modo, é cada vez mais urgente a criação e fortalecimento de estratégias e modelos de cuidado que possam atender às complexas demandas advindas dos fenômenos de transição epidemiológica, postas à saúde nos atuais contextos econômicos, sociais e políticos. Assim, os hospitais comunitários, dispositivos de cuidados intermediários, surgem na década de 90, como estratégia de fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre hospital e serviços territoriais, apresentando como uma de suas diretrizes o usuário e suas necessidades como centralidade do cuidado. Tal proposta vem apresentando importante impacto quanto ao cuidado das doenças crônicas, em especial à população idosa acometida por multimorbidades. Portanto, refletir sobre a produção do cuidado e o campo de disputas da micropolítica no cotidiano destes serviços, pode propiciar a identificação de estratégias inovadoras que gerem transformações nos modos de pensar e agir dos trabalhadores e usuários.

A hipótese a ser testada é de que "os cuidados intermediários e hospital comunitário podem reduzir a necessidade de internações em hospitais gerais".

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro CEP: 34.033-900
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Contribuição de Pesquisa: 3.087.888

O estudo proposto caracteriza-se como pesquisa intervenção participativa, multissituada. Objetiva analisar os processos de trabalho e a produção de cuidado no Hospital Comunitário de Copparo em Ferrara-Itália, enquanto um dispositivo de cuidados intermediários. Para tal, tem-se a pesquisa intervenção participativa como método em composição de instrumentos - observação participante, diários de campo, entrevistas e análise documental - para a construção cartográfica deste estudo etnográfico.

Como resultados a pesquisa pretende contribuir para produção de conhecimento na área, considerando que para o caso brasileiro os cuidados intermediários vinculados à Atenção Básica é uma inovação, entrando assim em uma lacuna de conhecimento na área existente no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Cartografar e analisar a produção de cuidado nos Hospitais Comunitários na Região Emília-Romagna e na Unidade do Hospital Carlos Tortelly, dispositivo dos cuidados intermediários, enquanto arranjo organizativo de gestão e de assistência que se situam entre a Atenção Básica e Hospitalar, tomando como foco a micropolítica do processo de trabalho.

Objetivos Secundários:

- Descrever os arranjos organizacionais de gestão e de assistência dos cuidados intermediários;
- Descrever os modos de produção de cuidado em saúde no Hospital Comunitário – tomando como foco a micropolítica do processo de trabalho (em especial, tecnologias de trabalho, gestão do cuidado, as redes, processos de subjetivação, etc...);
- Identificar os elementos que favorecem a integralidade o cuidado no Hospital Comunitário;
- Analisar a micropolítica do Processo de Trabalho na produção dos cuidado no Hospital Comunitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

Em observação dos princípios éticos deste estudo, temos como cerna a autonomia dos indivíduos. Neste conceito entendemos a abrangência dos direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade de vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo. Em análise de risco, a pesquisa não possui riscos quando a danos de dimensão física do participante. As demais dimensões - psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual - apresentam risco mínimo pois não se prevê

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro CEP: 34.033-900
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-4188 Fax: (21)2629-4188 E-mail: etica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 3.067.959

nenhuma intervenção, alteração nas variáveis destes campos intencionais como método deste estudo. A pesquisa caracteriza-se por um estudo etnográfico sendo seu principal instrumento a observação participante, outras ferramentas de apoio como

entrevistas e análise de documentos. A aplicação desta serão utilizados à partir da anuência dos indivíduos participantes que poderão se retirar do estudo em qualquer momento, sem prejuízo algum. Por fim, serão mantidos em sigilo quais informações e dados pessoais que possam identificar, bem como em privacidade dos dados, quais informações referentes aos participantes. A fim de se possibilitar a ciência dos riscos e garantir a liberdade individual da tomada de decisão, serão apresentados aos participantes no início do estudo o termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando, assim, os aspectos éticos e legais de pesquisas com seres humanos. Por fim, vale ressaltar que no âmbito do princípio da não maleficência, o pesquisador compromete-se, após avaliação de mínimo risco que garante a previsibilidade de possíveis danos, a não infligir dano intencionalmente.

Benefícios:

A pesquisa, ao que se refere ao princípio ético da beneficência, visa proteger os participantes de riscos, e garantir o máximo de benefícios possível. Deste modo, o estudo contribui com a produção do conhecimento na área da saúde e o desenvolvimento de tecnologias de cuidado mais adequadas às necessidades de saúde da população, podendo indiretamente auxiliar na qualificação da assistência com especial foco a atenção as situações de vulnerabilidade, e população idosa com multimorbidades. Apresenta como benefícios:

- Fortalecimento o acordo de cooperação entre os programas de pós-graduação envolvidos

Universidade de Bolonha e Universidade Federal Fluminense, podendo ampliar-se para as Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz), dado que estão em associação a Universidade Federal Fluminense no Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Esta cooperação pode aumentar em relação ao padrão atual, o fluxo de docentes e estudantes entre as instituições, e com isto, o fluxo de conhecimentos e informações.

- Apoio a cooperação científica, o intercâmbio de novas tecnologias e de inovação entre os grupos de pesquisas (Centro de Saúde Internazionale (CSI-UNIBO) e Rede Nacional Observatório de Políticas Públicas, Formação e Cuidado em Saúde).

- Produção de reflexões sobre a produção de cuidado e novos dispositivos no cuidado das

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

Página 02 de 08



Continuação do Parecer: 3.067.009

Brasil (ressalva para a falta da logomarca do Hospital Carlos Tortely ou da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, o que não inviabilizou a aprovação do documento).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram cumpridas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1021115.pdf	18/11/2018 20:14:55		Aceito
Outros	Anuencia_Carlos_Tortely.pdf	18/11/2018 20:12:34	Mirian Ribeiro Conceição	Aceito
Outros	Carta_Resp_Rev.pdf	18/11/2018 20:09:33	Mirian Ribeiro Conceição	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Rev.pdf	18/11/2018 20:06:01	Mirian Ribeiro Conceição	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	18/11/2018 20:05:16	Mirian Ribeiro Conceição	Aceito
Cronograma	Cronograma_rev.xlsx	18/11/2018 20:04:24	Mirian Ribeiro Conceição	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevistas.docx	05/10/2018 12:25:43	Mirian Ribeiro Conceição	Aceito
Outros	Declaracao_RER.png	28/03/2018 09:19:29	Mirian Ribeiro Conceição	Aceito
Orçamento	Orcamento.xlsx	28/03/2018 08:34:14	Mirian Ribeiro Conceição	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostocompressed.pdf	15/01/2018 18:10:47	Mirian Ribeiro Conceição	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro CEP: 24.033-900
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Processo: 3.667.969

NITERÓI, 09 de Dezembro de 2018

Assinado por:
José Carlos Carraro Eduardo
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** wllca@vm.uff.br

Página 05 de 05