



# **Pistas para Pensar o Cuidado no Contexto Hospitalar**

Clues to Think About Care in the Hospital Context

Pistas para Pensar el Cuidado en el Contexto Hospitalario

**Rayanne Suim Francisco**

Universidade Estadual de Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Manuela Calmon Pessanha Bermudes**

Psicóloga Clínica, São Mateus, ES, Brasil.

**Ester Marim Avancini**

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.

**Alexandra Cleopatre Tsallis**

Universidade Estadual de Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

---

## **Resumo**

O objetivo deste artigo é dar voz a reflexões produzidas entre psicólogas, estudantes de psicologia e professoras e/ou trabalhadoras da saúde durante e após o desenvolvimento de uma experiência cartográfica de cuidado compartilhado, suscitada por rodas de conversa com cuidadores de pacientes internados em um hospital geral no interior do estado do Espírito Santo. Diante do trabalho realizado com as rodas, nos foi possível pensar e repensar a nossa atuação, colocando em análise as práticas da psicologia hospitalar, e como podemos reinventá-las diariamente, principalmente quando nos colocamos disponíveis para as modulações do campo e para os desvios das rotas planejadas. O caminho teórico-metodológico cartográfico, a partir de leituras esquizoanalíticas, possibilitou que colocássemos em xeque o lugar engessado do especialista, além de fortalecer a possibilidade do trabalho com grupos em uma emergência hospitalar.

**Palavras-chave:** Cartografia; Cuidar; Psicologia Hospitalar; Sistema Único de Saúde.

## **Abstract**

The aim of this article is to give voice to reflections produced by psychologists, psychology students, teachers and/or health area workers, during and after the development of a cartographic experience of shared care, raised by circles of conversation with caregivers of patients admitted to a general hospital in the countryside of the state of Espírito Santo. Given the work done with the coterie, it was possible for us to think and rethink our performance,

|195

analyzing the practices of hospital psychology, and how we can reinvent them daily, especially when we are available for field modulations and deviations of the planned routes. The theoretical-methodological cartographic path, based on schizoanalytic readings, enabled us to put the specialist's plastered place in check, in addition to strengthening the possibility of working with groups in a hospital emergency.

**Keywords:** Cartography; Healthcare; Hospital Psychology; Unified Health System.

## Resumen

El objetivo de este artículo es dar voz a las reflexiones producidas por psicólogas, estudiantes de psicología y maestras y/o trabajadoras de la salud durante y después del desarrollo de una experiencia cartográfica de atención compartida, generada por círculos de conversación con cuidadores de pacientes hospitalizados en un hospital general del interior de la provincia de Espírito Santo. Dado el trabajo realizado con las ruedas, nos fue posible pensar y repensar nuestro desempeño, analizando las prácticas de la psicología hospitalaria y cómo podemos reinventarlas diariamente, especialmente cuando estamos disponibles para modulaciones y desviaciones de campo. La ruta cartográfica teórico-metodológica, basada en lecturas esquizoanalíticas, nos permitió poner a prueba el lugar enlucido del especialista, además de fortalecer la posibilidad de trabajar con grupos en una emergencia hospitalaria.

**Palabras clave:** Cartografía; Cuidar; Psicología Hospitalaria; Sistema Único de Salud.

---

## Introdução

Quem escreve este trabalho? São muitas mãos, memórias, corpos e vozes que fazem reverberar a produção de cuidado nos serviços de saúde e, no caso deste artigo, especificamente nos serviços de saúde hospitalares, pois foi este o nosso campo de atuação como psicólogas e estudantes de psicologia em uma cidade no interior do estado do Espírito Santo.

Logo, escrevem este trabalho mulheres, profissionais da saúde, professoras e estudantes de psicologia, que lidam diariamente com os desafios e as alegrias de construir um cuidado diverso e

plural, e também os usuários e as usuárias dos serviços, que existem e resistem ocupando e tensionando os nossos campos do fazer, provocando em nós novos modos de pensar em gestões compartilhadas do cuidado.

Interrogar o cuidado é uma prática frequente no campo da saúde coletiva, principalmente quando políticas voltadas para a humanização dos serviços têm ganhado força e ampliado o leque de problematização das práticas da psicologia nos equipamentos públicos (Brasil, 2010). Nesse cenário, a busca por produzir modos de cuidar coletivos entre os usuários, os trabalhadores e a gestão nos serviços de

saúde ganha consistência frente a toda uma organização precária dos processos de trabalho, que acontece com alguns tratamentos desrespeitosos, com as gestões autoritárias, com a insensibilidade de alguns profissionais perante o sofrimento das pessoas, bem como com o sucateamento das infraestruturas, conforme apontam Pasche e Passos (2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2010), estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criada em 2003 e aponta para a necessidade urgente de constituirmos outras práticas e, com isso, rompermos com o cenário da hierarquização para agenciar diferentes e múltiplos atores no planejamento, na implementação e na avaliação dos processos de produção de saúde. Desse modo, “a feitura da humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem” (Pasche & Passos, 2010, p. 7).

Na tentativa de construir o que compreendemos como uma gestão compartilhada e humanizada do cuidado (Brasil, 2010), propusemos o desenvolvimento de rodas de conversa com

cuidadores de pacientes internados em um hospital geral de urgência e emergência, localizado no interior do estado do Espírito Santo e vinculado ao SUS, onde uma de nós é psicóloga.

Escolhemos desenvolver um trabalho com os cuidadores seguindo como pista a literatura científica e seus apontamentos sobre a importância de tais sujeitos no cenário da hospitalização e também sobre a escassez de trabalhos que envolvem o cuidado de quem cuida (Brasil, 2011; Brito, 2009; Souza, Wegner & Gorini, 2007). Como cuidadores, puderam participar familiares, amigos e/ou colegas dos pacientes internados, desde que estivessem como acompanhantes durante o processo da internação. O intuito era que as rodas pudessem promover espaços de diálogo horizontalizado sobre o cuidado, acolhendo os desafios, os medos, as alegrias e as transformações vivenciadas com a internação, funcionando como momentos de cuidar de quem cuida.

Iniciamos o trabalho em janeiro de 2018 e finalizamos em dezembro de 2019, em parceria com uma faculdade da região, sob o formato de projeto de extensão. As rodas de conversa aconteceram quinzenalmente e costumavam ter duração de 1h30min por encontro. Elas aconteciam,

vale ressaltar, sempre com cuidadores diferentes, pela rotatividade de entradas e saídas no hospital em decorrência da alta médica. É importante destacar que raramente nos encontrávamos com os mesmos participantes, pois tal rotatividade teve uma função significativa em nossas análises, abrindo espaço para novos olhares sobre a prática da psicologia com grupos em um hospital de urgência e emergência.

Mas não é diretamente sobre o fazer das rodas com os cuidadores de que se trata este trabalho. Nosso objetivo é dar voz às reflexões que as rodas dispararam em nós, psicólogas, professoras e estudantes, quando os encontros nos faziam pensar e repensar a nossa atuação. Acontece que, após as rodas com os cuidadores, outras rodas eram formadas por nós, as ditas especialistas, e era esse, também, o momento de analisar, avaliar e interrogar as nossas práticas: como os grupos nos afetavam? Como os grupos nos faziam rever as nossas expectativas, os nossos lugares de especialistas? Como os grupos nos faziam movimentar a nossa prática hospitalar, convocando outros atores, como os usuários, para as discussões e deliberações relacionadas à vivência institucional? E como isso era importante

para o manejo de uma gestão compartilhada do cuidado?

Assim sendo, este trabalho não é um relato de experiência sobre os acontecimentos grupais com os cuidadores, mas um exercício de pensamento sobre as práticas da psicologia hospitalar e como podemos reinventá-las diariamente, principalmente quando nos colocamos disponíveis para as modulações do campo, para os desvios das rotas planejadas.

Como caminho teórico-metodológico, nossa aposta acontece vinculada à cartografia (Passos & Barros, 2015) a partir de leituras esquizoanalíticas (Deleuze & Guattari, 1974) sobre os acontecimentos que permearam as nossas ações. O método cartográfico, proposto pelos filósofos Deleuze e Guattari (2011), inventores da esquizoanálise, situa-se como uma postura, uma atitude diante dos nossos espaços de atuação ao tomá-los como territórios múltiplos e abertos a modificações.

Quando assumimos a postura de ler e produzir mundos ao fazer cartografia, afirmamos uma psicologia interessada em aproximar-se dos movimentos da vida, seguir com eles os seus fluxos e desvios, reconhecendo que “não há um único sentido para a sua experimentação” (Passos,

Kastrup & Escóssia, 2015, p. 10). Foi porque assumimos uma postura cartográfica que conseguimos acompanhar as questões que o campo de trabalho colocava para nós, analisando-as e modificando-as, pois, com a cartografia, não são as metas definidas anteriormente pelas pesquisadoras e/ou pelas trabalhadoras que definem os seus passos, mas os problemas que vão aparecendo no caminho e que as cartógrafas vão acompanhando, experimentando, analisando e interferindo (Passos et al., 2015).

Portanto, foi caminhando com o hospital, com os cuidadores, com os usuários e com os trabalhadores, foi escutando as suas e as nossas inquietações que conseguimos chegar até aqui, e também escrever sobre os nossos processos de pensamento. Como efeito dessa experimentação cartográfica, produzimos pistas que puderam auxiliar as análises das nossas intervenções, pois apostamos nas pistas como um modo menos engessado de narrar as experiências que vivenciamos atravessadas pelos efeitos e afetações das rodas com os cuidadores.

A pista 01 nos levou a refletir sobre a formação dos grupos como estratégia para atuar na contramão da urgência e emergência hospitalar, sendo o grupo com

os cuidadores um dispositivo que nos permitiu pausar e experimentar o cuidado múltiplo, corporificado, que se faz no encontro. A partir da vivência em roda, a pista 02 apontou para a importância de fissurar o lugar enrijecido do especialista, abrindo campo para os tropeços e desvios que nos levaram a realizar condutas inventivas até então impensadas. Por fim, os desvios nos colocaram no caminho da pista 03, que nos permitiu pensar sobre a potência dos grupos rotativos, sempre integrados por pessoas diferentes e, portanto, estranhas, e que pessoas estranhas eram capazes de tecer redes de cuidado.

Para o registro das pistas, utilizamos como ferramenta metodológica o diário de bordo (Barros & Passos, 2015; Francisco & Tavares, 2017), que funciona, dentro de uma perspectiva cartográfica, como um mapa que desenha as narrativas afetivas presentes no campo de trabalho, quando nós, pesquisadoras/estudantes/profissionais, escrevemos-com (Moraes, 2010; Tavares & Francisco, 2016) os processos que nos atravessam, pensando como eles nos mobilizam, nos desconstroem, nos instigam. Portanto, os diários forjam “outros modos de construir conhecimento, fazendo-nos exercitar uma escrita política que pensa sobre a realidade

que produz, que traz questionamentos aos modelos vigentes e nos convoca a estranhar as relações que vamos estabelecendo no curso da análise” (Francisco & Tavares, 2017, p. 34).

### **Pista 01: Cartografar com Grupos e a Criação de Outros Tempos na Emergência Hospitalar**

Tecer redes de acolhimento com os cuidadores foi um desafio importante para nós, especialistas e estudantes, principalmente pelas teceduras ocorrerem nas malhas de um hospital de urgência, cujas demandas costumam exigir o “tempo das emergências” (Paulon et al., 2015, p. 282), tempo esse acelerado e que possibilita pouca abertura para a construção de vínculos estreitados. Foi com esse tempo, que convoca práticas psicológicas apressadas e mecanicistas, que travamos embates para não nos deixarmos capturar em nosso cotidiano de trabalho.

No contexto hospitalar, o percurso cartográfico foi uma escolha, uma máquina de guerra (Deleuze & Guattari, 2012) que batalha novos tempos. Primeiro porque a cartografia nos permite acompanhar processos (Barros & Kastrup, 2015) no momento de sua feitura, dificultando a

tomada de um sujeito ou acontecimento a priori, já dados ou prontos de antemão. Também porque a cartografia desconstrói a verticalização e a hierarquização das práticas, abrindo passagem para um fazer inventivo que aposta nos riscos de um trajeto compartilhado (Francisco & Tavares, 2017).

Para Deleuze e Guattari (2012), toda criação passa por uma máquina de guerra. Desse modo, a máquina de guerra, diferentemente do aparelho de Estado, produz um nomadismo que o contrapõe, pois faz fugir os modelos propostos e suscita fluxos de desterritorialização que arrastam as formas de aprisionamento. A máquina de guerra, relacionando-se com a multiplicidade, fissa as medidas, instaura-se como potência contra a soberania e abre passagem para as linhas de fuga que arrancam os territórios enrijecidos e naturalizados. Por isso, no hospital, a cartografia foi compreendida como máquina de guerra, pois acompanhar os processos, em uma urgência hospitalar, foi como romper com as capturas do tempo útil e imediato propagadas pelo capital.

Apostar nos riscos em um hospital de urgência e emergência foi uma empreitada desafiadora. Paulon et al. (2015), em um trabalho desenvolvido com

profissionais das emergências em três hospitais no Brasil, apontam com preocupação a predominância das palavras rápido, efetivo e estabilizado no discurso dos trabalhadores, que avaliaram como exitosos os procedimentos ágeis, além de terem supervalorizado intervenções biologicistas que dificultam o “amadurecimento de um encontro capaz de promover cuidado” (p. 283).

Assim, na tentativa de interrogar as condutas apressadas e imediatistas que encontram justificativas no temor da morte iminente, pensamos que o trabalho em grupo traria o risco de nos tornar disponíveis para acolher as imprevisibilidades de uma vida emergente. Essa vida que é instável, pois está sempre em vias de acontecer, complexa, plural e, por isso, demandante de um cuidado singular que não cabe em um tempo acelerado, escapando das nossas tentativas de controle.

Para acolher essa vida, foi necessário à psicologia o exercício de viver outro tempo no hospital, que não fosse enrijecido pela linearidade das práticas ou consumido pela urgência exigida pelo estabelecimento. Esse foi um risco significativo em um cenário onde todos correm, atribulados, acelerados; um risco

importante para nós, que apostamos nas rodas de conversa como pontos de parada para um trabalho coletivo e como exercícios de pausa para constituir o pensamento, para sentir, experimentar e analisar as nossas práticas e as problematizações vigentes nos cenários do hospital.

Logo no início do trabalho, fomos atravessadas por discursos que diziam da importância da atuação da psicologia com grupos, mas também da falta de tempo para desenvolvê-los. Pensamos, então, que os grupos trariam a possibilidade de um fazer coletivo com os cuidadores que acompanhavam as pessoas internadas no hospital, onde novas propostas de cuidado em saúde – humanizadas porque mais próximas de um caminhar compartilhado e mais distantes das exigências de individualização, aceleração e agilidade presentes no cotidiano hospitalar – fossem maturadas e desenvolvidas.

Mas também, junto com os espaços com os cuidadores, a aposta em um trabalho grupal nos permitiu repensar as nossas próprias práticas psicológicas e o quanto nós também éramos capturadas pelas proposições da agilidade e do imediatismo. Com os grupos, nós fazíamos o tempo e não o contrário, e esse tempo-outro, na contramão da lógica emergencial, permitiu

que nos encontrássemos com as perturbações e problematizações tão importantes para pensarmos e gerirmos o cuidado articulado.

No encontro com os grupos de cuidadores, foi possível colocar em xeque o lugar do especialista, mas também proliferar diversas versões possíveis de encontrar e cuidar daqueles que cuidam, sejam eles os cuidadores dos pacientes internados ou nós, trabalhadoras, estudantes e professoras. Nesse sentido, é importante ressaltar que tomamos o cuidado como um campo aberto e em constante tensionamento. Tiramos como consequência de nossas experiências grupais a compreensão de que cuidar era estar disponível a afetar-se, isto é, ao movimento entre corpos, ao deslocamento de nós mesmos, nos termos de Despret (2004), às expectativas “de alguém que confia, e mais, de alguém que estava interessado, alguém que interessava (interesse, estabelecer uma relação)” (p. 125).

A confiança, em nosso trabalho, abriu caminho para o surgimento de diversos modos de cuidar e ser cuidado, rompendo com a lógica que opera o campo da generalização. Com os grupos fabricando outros tempos para a prática da psicologia, foi possível abrir a roda para a

reflexão, para a desconstrução de ações naturalizadas e para a composição de novas ideias.

### **Pista 02: Fazer em Roda em um Hospital Geral – Fissurando o Lugar do Especialista**

No hospital, sempre que iniciava o grupo rotativo, havia um frio na barriga e uma rememorada do tema, que costumávamos decidir antes dos encontros. Várias vezes o tema proposto não era abraçado pelas participantes como esperávamos (eu e minha companheira). O corpo, a cada encontro, precisava se refazer de uma forma diferente... (Diário de bordo, março, 2019)

*Post-its* com recomendações e treinos no carro. No estacionamento do hospital, em muitos momentos, nossas falas eram revisadas e um *script* era montado. Nada podia escapar à psicologia em seu trabalho com as rodas de conversa! Tudo devia ser premeditado e calculado para evitar desvios e tropeços com os grupos! Havia em nós, operando, linhas molares que, com suas espessuras duras, tentavam contornar um corpo-psi rígido, e que, pela

via da dominação, pretendia nos distanciar da experiência com os participantes.

De acordo com Deleuze e Parnet (2004), grupos ou indivíduos, somos todos compostos de linhas de diversas naturezas: as linhas molares são as de segmentaridade dura, que nos contornam de modo rígido. Como acontece com a escola, o trabalho, a família, tais linhas nos recortam a partir de segmentos bem determinados, em todos os sentidos e direções. Há também as linhas moleculares, que, organizadas diferentemente, possuem segmentaridade mais flexível, portanto, estremecem os contornos, fazem pequenas modificações e aguçam desvios, agindo de modo menos preciso. Por fim, as linhas de fuga, ainda mais estranhas, nos levam, através de nossos limiares, em uma direção ainda desconhecida, imprevisível. São as linhas mais tortuosas, revolucionárias, pois fazem romper as formas, podendo levar a lugares ainda não capturados ou colonizados. Todas as linhas estão emaranhadas, imbricadas e funcionam juntas, mesmo que de modo diferente, sendo a esquizoanálise, ainda conforme apontam Deleuze e Parnet (2004), um estudo de como funcionam essas linhas.

Inicialmente, as rodas de conversa ocorriam na sala da psicologia. Depois de tantos treinos prévios, encontrar com o

grupo era a oportunidade de colocar nossos planejamentos em prática. Mesmo sem perceber, esperávamos que a roda girasse em uma mesma direção. Ainda que ocorressem leituras e discussões pautadas na esquizoanálise e soubéssemos que um grupo precisava exercer-se livre de uma centralidade, mesmo assim havia em nós um desejo de domínio.

Quando levávamos ideias prontas, ferramentas que julgávamos interessantes, letras de música ou poesias para suscitar alguma discussão ou sensibilidade diferente da habitual, percebíamos certas recusas. Algo saía do controle: era uma outra narrativa que entrava em relevo, uma história diferente que era contada, e a nossa proposta parecia desaparecer no fluxo descontínuo do grupo. Isso nos incomodava! Sentíamos-nos impelidas a colocar a roda nos eixos!

Encarnávamos um corpo-psi modelar, calcado nos especialismos técnico-científicos, corpo esse que não dava conta dos desvios, tampouco das análises a partir de um conjunto de diferentes lógicas (Nascimento, Manzini & Bocco, 2006) que os movimentos do grupo posicionavam. Baremlitt (1999) chama de *experts*, especialistas ou intelectuais isso que nos tornávamos: conhecedores que se colocam

a serviço das forças dominantes da nossa sociedade, “por exemplo, a serviço daquela instituição que representa o máximo da concentração de poder” (p. 14), como o hospital ou a própria psicologia. Logo, de que adiantava conquistar outro tempo com os grupos, ou seguir travando batalhas para desacelerar o cotidiano da urgência e emergência, se ainda nos atravessava o desejo de controle do outro?

Éramos constantemente capturadas, até que algo acontecia para nos arrancar do estágio de entorpecimento e aprisionamento. Num movimento de entrelaço, ora nos víamos aliadas a modelos racionalistas de atuação, sustentadas por crenças em verdades imutáveis e universais e, portanto, com práticas de apreensão objetiva do mundo (Nascimento et al., 2006), ora nos surpreendíamos com a imprevisibilidade advinda de um acontecimento.

Naquele encontro, algo me atravessou... um discurso me cortou... uma fala me rompeu, me escancarou, me desnudou (...) algo em mim escapuliu (...) não foi possível tapar os ouvidos, ignorar o não-dito, recusar o enfrentamento. Disso tudo veio o transbordamento, o choro, o deixar-se ir apesar do

constrangimento. (Diário de bordo, março, 2018)

Acontecer, nas rodas de conversa, assim como o choro que nos tomou de súbito – abrupto descontentamento –, era como florir no deserto. Estranho, o acontecimento é o que nos arranca da comodidade, desarranja os fios da rede, faz pensar a partir do encontro com o inesperado (Deleuze, 1974). Com os acontecimentos, nos víamos impelidas a questionar nossas alianças: em nome de quê e a que serviam (servíamos)? O que pretendíamos com o treino e a técnica? O que o desejo de prever dizia sobre nós? Criava-se, desse modo, uma fissura, uma incógnita.

Lidar com gente, conviver com gente, é se surpreender com a angústia, com a dor (...). E aí está: acolher a imprevisibilidade é difícil, por isso com os grupos tentamos escapar diariamente da recusa, de sermos contrariadas... (Diário de bordo, março, 2019)

Um mal-entendido promissor, como propõe Despret (1999), nos tomava de assalto. Precisávamos pensar sobre o incômodo que as recusas em seguir o roteiro que premeditávamos criava em nós, o mal-estar; mas era esse mesmo mal-entendido

que nos permitia redirecionar a leitura sobre nossas próprias práticas. Logo, aquilo que poderia ser fonte de paralisia, a angústia da recusa, criava “novas versões disto que o outro pode fazer existir (...) uma proposição que, da maneira pela qual ela se propõe, cria a ocasião para uma nova versão possível do acontecimento” (p. 328).

Abrir-se a novas versões era inquietante, pois nos colocava diante da dureza de nossas práticas e da certeza de que escapavam das nossas possibilidades de interpretar, compreender e traduzir o que acontecia com o outro. Por outro lado, a inviabilidade da interpretação era um convite para experimentar, girar a roda, subverter a lógica: cabia a nós aprender a tropeçar, estranhar, sentir através de um outro corpo? Era esse um dos caminhos possíveis para cartografar o cuidado?

Deleuze e Guattari (2012) chamam de Corpo sem Órgãos (CsO) este corpo que não está dado, não está pronto; corpo que se abre para o novo, para a experiência, para a construção conjunta. Os autores explicam que este CsO “não é uma noção, um conceito, mas antes uma prática, um conjunto de práticas. Ao Corpo sem Órgãos não se chega, não se pode chegar, nunca se acaba de chegar a ele, é um limite” (p. 12).

Fomos vivendo o CsO dentro de um ambiente hospitalar e forjando novos modos de experimentação não funcionais, novos modos de estar nesse espaço com o grupo e de ser psicóloga ou estudante de psicologia, novos modos de acolher, inclusive os constrangimentos advindos do encontro com a diferença.

Assim, em contraste com a pressa exigida pelo hospital de urgência e emergência, fomos tecendo um CsO na medida em que mudávamos o nosso conjunto de práticas, e a rigidez do controle abria espaço para a inquietação, para a interrogação e para o surgimento de perguntas novas, que bagunçavam o nosso *setting* programado. As exigências da técnica e dos resultados iam perdendo força para a confiança no encontro embaralhado, imprevisível – mistura de corpos, histórias, afetos.

Logo, os *post-its* e os roteiros iam desaparecendo e o interesse em escutar e acompanhar, estar ao lado, construir uma vizinhança (Deleuze, 1997) ganhava consistência. A figura da psicóloga, do especialista, dava lugar para o conjunto, para a coletividade. Íamos tecendo o que Baremlitt (1999), em parceria com outros institucionalistas, chamou de autoanálise e autogestão. A primeira refere-se ao

processo de os sujeitos e as comunidades tornarem-se protagonistas dos seus problemas, interesses, sem precisar que um outro venha de fora dizer-lhes quem são ou o que precisam. A segunda diz da articulação realizada por esse mesmo sujeito e/ou comunidade para construir os dispositivos necessários que permitam que ele e/ou ela mesmo/a consiga os recursos para pensar, desejar, viver. Assim, com os rompantes, forjávamos o novo, a potência de nós mesmas em comunhão com este outro que rasga o contorno rígido do especialista e as suas tentativas de controle para o manejo de uma gestão coletiva dos desafios, das problemáticas, enfim, do cuidado.

Aberto esse campo, a partir do estranhamento constante do lugar engessado do *expert*, as tantas rodas de discussão, entre nós, entre nós e os cuidadores, foram desenhando novos mapas, sempre outros, que nos faziam confrontar, criar, inventar outras possibilidades de encontro.

### **Pista 03: O Estranho que Tece a Rede**

Entre as experiências com os mal-entendidos e os deslocamentos das nossas práticas, surgia a vontade de contar a nossa

história. Junto com os tropeços, os medos, as angústias e as alegrias que atravessavam os diversos modos de cuidar e estar hospitalizado, nascia a vontade de fazer transbordar as nossas experiências e as discussões sobre o cuidado.

Muitas mãos, pés, cabeças, histórias puderam organizar, opinar, questionar e propor modos de cuidar e acolher, possibilitando que conhecêssemos e acompanhássemos múltiplas e diversas formas de se pensar num cuidado afetivo, possível e humanizado.

Mas, à medida que as rodas aconteciam, éramos tensionadas por diversos desafios: o primeiro dizia dos nossos desejos de controle e disciplinamento, de modo que não era possível descansar da vigília de nós mesmas, dos lugares de poder que podíamos exercer. O segundo nos lançava à problemática da rotatividade dos grupos, que a cada encontro eram compostos por pessoas novas, com narrativas inéditas e diversas. Como poderíamos acolher a cada encontro um estranho, sem perder a consistência do trabalho realizado?

Nesse processo, fica em mim marcada a estranheza de fomentar um grupo de estranhos e que estranhos se tornaram parceiros,

aliados (...) tão acostumada estava com a ideia de não confiar em estranhos, que quase não percebi nossa ousadia e coragem: estar com estranhos e traçar com eles mapas coletivos do cuidado, redes de acolhimento (...) enfim poder pensar nessa vida que se faz junto... (Diário de bordo, dezembro, 2018)

A rotatividade dos grupos abriu espaço para a figura de um estranho que conosco tecia redes de acolhimento, um estranho nômade, que, conforme apontam Deleuze e Guattari (1997), não é um sujeito, mas um movimento, uma força que tem a potencialidade de ampliar os nossos campos da ação, do pensamento e do cuidado, pois não nos deixa fixar em lugares enrijecidos, estando sempre em movimento, fazendo transitar as propostas, mudar os valores, perturbar as identidades.

O trabalho com tais estranhos no hospital nos tornou mais atentas ao fiar dessa rede, pois o que nos interessava não era a essência da pessoa participante, que a cada encontro era outra, ou aquilo que ela trazia supostamente dentro de si, mas as relações que podíamos traçar com ela em um plano fora, nas adjacências, na borda das linhas do cuidado.

Deligny (2015) foi um educador francês que, em seu trabalho com autistas, propôs que fazer rede é poder traçar planos comuns de existência. Azevedo (2013), ao estudar a clínica a partir de Deligny, afirma que o tramar dessa rede de planos comuns acontece “pelo acolhimento do outro, que permite a cada corpo aumentar a sua capacidade de afetar e ser afetado, de agir e de pensar” (p. 90).

Com as rodas, compartilhando planos comuns, impessoais, abríamos possibilidades para combinações e articulações acontecerem entre os afetos, pensamentos e deslocamentos possíveis com os participantes, e não por uma suposta identidade que os contornava: “Por isso, Deligny tecia uma rede de acolhimento (...) ele nos ensina a tecer uma rede impessoal, pela qual os corpos se compõem simplesmente em sua participação nos trajetos” (Azevedo, 2013, p. 84).

Assim, as discussões, a desconstrução de valores e normas, o convívio com a diferença e o risco de sermos constrangidas e sermos confrontadas por esse estranho criavam territórios novos, articulações diversas. Fazia-se rede porque tecíamos um cuidado também problematizador, questionador da ordem e da naturalização das práticas da

psicologia e das práticas hospitalares, ao mesmo tempo alegre em poder deslocar-se, movimentar-se em direções desconhecidas.

Sem a garantia da identidade, o manejo das rodas de conversa acontecia pela acolhida desse estranho que, por ser estranho, nos convocava para a construção de um lugar compartilhado, que exigia de nós exercícios de confiança. Foi preciso confiar em estranhos! Porque só assim os encontros podiam acontecer, não por pretensas semelhanças entre nós, mas pelo risco de pensar em conjunto, com ideias divergentes, complexas, plurais.

Como propõe Gallo (2008), o consenso está na ordem da dominação, do apagamento da diferença, de modo que a democracia se faz com o dissenso. Assim, foram os movimentos de desviar-se de si mesmo, estranhar e confrontar os tantos lugares engessados que permitiram o deslocamento das nossas práticas, “tramar uma rede ou tecer uma teia, como aquela da aranha; simplesmente seguindo os trajetos, acompanhando os gestos, participando com eles de suas existências em seus traçados” (Azevedo, 2013, p. 83).

Saboreando as dissidências, as surpresas, as discordâncias e os estranhamentos, as rodas de conversa dispararam em nós o trabalho de destituir os

lugares estratificados na figura do sujeito, do especialista, da desconfiança e da individualidade para a criação de novas formas de cuidar, embasadas na confiança e na coletivização das práticas, em que nós também nos tornamos estranhas, tornamos a psicologia tradicional estranha e seguimos construindo trajetos imprevisíveis a cada novo encontro trilhado.

### **Café-Convite às Considerações Finais**

A cartografia permitiu que acompanhássemos os desvios do processo de fazer a prática corporificada, encarnada no cotidiano. E, com os desvios, apostar nas pistas que fugiam das nossas expectativas e se desenhavam a cada encontro com os cuidadores. Afinal, seguindo essas pistas, fabricamos mapas do cuidado em que os processos de saúde e adoecimento, as angústias, os medos, as expectativas e as frustrações, as problemáticas do hospital, bem como as alegrias e as estratégias de enfrentamento iam sendo tecidas coletivamente, desmanchadas e novamente fabricadas, linha por linha, fio por fio.

A PNH (Brasil, 2010) estabelece que a gestão do cuidado seja cada vez mais tramada em um plano de composição entre usuários, servidores e gestores, com intuito

de democratizar o acesso à informação, às deliberações e também às decisões presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Com as tantas e diversas rodas de conversa que foram sendo criadas, foi possível forjar práticas atravessadas por uma gestão democrática, que buscou horizontalizar os processos e se aproximar da produção de criticidade e autonomia nas relações estabelecidas, além de nos fazer sempre atentas à potência desse encontro sempre novo, sempre outro, mas sem perder a consistência no fiar da rede.

Por fim, gostaríamos de finalizar as nossas análises trazendo o registro de um intercessor, um dispositivo comum a todos os encontros e que fez parte de todos os convites e processos de roda fomentados entre nós: o café!

– Olá, boa tarde! Eu sou a psicóloga, e gostaria de convidar vocês para tomar um cafezinho, conversar um pouco e sair da rotina do hospital, vocês topam? (Diário de bordo, agosto, 2019)

De acordo com Deleuze (1992) os intercessores são essenciais, pois “sem eles não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas (...), mas também coisas, plantas, até animais (...) fictícios ou reais, animados ou inanimados”

(p. 156). Os intercessores nos destituem de nossas imobilidades, nos articulam, nos movimentam e assim nos forçam a pensar.

– Meninas, estou querendo conversar! Estou precisando conversar com vocês.

– Vamos tomar um café despretenso na segunda-feira, então?

– Vamos lá, antes da aula! (Diário de bordo, outubro, 2018)

O café, como intercessor, possibilitou a nós, psicólogas, estudantes, professoras e cuidadores, os encontros necessários para exercitarmos o pensamento, quando “pensar é inventar o caminho habitual da vida, pensar é fazer o novo, é tornar novamente o pensamento possível. Pensar é produzir ideias” (Vasconcellos, 2005, p. 1225).

Quantas ideias conseguimos forjar acompanhadas por uma xícara de café? Quantas ideias ainda podem ser criadas ao oferecermos, a uma estranha, um cafezinho e um dedo de prosa? Para um encontro alegre, às vezes, basta confiar: no convite, no outro, na imprevisibilidade, na coletividade, no trabalho, na vida. “Confiança, escreve Isabelle Stengers, é um dos muitos nomes para o amor” (Despret, 2004, p. 123).

## Referências

- Azevedo, A. B. D. (2013). *A intuição clínica – entre Espinosa e Deleuze* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15289/1/Adriana%20Barin%20de%20Azevedo.pdf>
- Baremblytt, G. (1999). *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes*. São Paulo, Brasil: Rosa dos Tempos.
- Barros, L. P. D. & Kastrup, V. (2015). Cartografar é acompanhar processos. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Org.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade* (pp. 52-75). Porto Alegre, Brasil: Sulinas.
- Barros, L. P. D. & Passos, E. (2015). Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Org.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade* (pp. 172-200). Porto Alegre, Brasil: Sulinas.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília, Brasil: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2011). *Atenção hospitalar*. 1ª ed. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf)
- Brito, D. C. S. D. (2009). Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 603-607. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a22.pdf>
- Deleuze, G. (1974). *Lógica do sentido*. São Paulo, Brasil: Perspectiva.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora 34.
- Deleuze, G. (1997). *Crítica e clínica*. São Paulo, Brasil: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1974). *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1997). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 5. Rio de Janeiro, Brasil: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2011). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 1. São Paulo, Brasil: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2012). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 3. Rio de Janeiro, Brasil: Editora 34.

- Deleuze, G. & Parnet, C. (2004). *Diálogos*. Lisboa, Portugal: Editora Relógio D'Água.
- Deligny, F. (2015). *O aracniano e outros textos*. São Paulo, Brasil: n-1 edições.
- Despret, V. (1999). *Ces émotions que nous fabriquent*. Paris, França: Lês empecheurs de penser en rond.
- Despret, V. (2004). The body we care for: Figures of anthropo-zoo-genesis. *Body & Society*, 10(2-3), 111-134. doi: <https://doi.org/10.1177/1357034X04042938>
- Francisco, R. S. & Tavares, G. M. (2017). *Juventude e risco: abrindo a sede ao meio no deserto das práticas de assistência social*. Jundiaí, Brasil: Paco Editorial.
- Gallo, S. (2008). Eu, o outro e tantos outros: educação, alteridade e filosofia da diferença. In R. L. Garcia (Org.), *Diálogos cotidianos* (pp. 231-246). Petrópolis, Brasil: DP et alii.
- Moraes, M. (2010). PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. In M. Moraes & V. Kastrup (Org.), *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual* (pp. 26-51). Rio de Janeiro, Brasil: Nau.
- Nascimento, M. L. D., Manzini, J. M. & Bocco, F. (2006). Reinventando as práticas psi. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 15-20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100003>
- Pasche, D. F. & Passos, E. (2010). Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. In Brasil. Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização, *Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção* (pp. 5-10). Vol. 1. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)
- Passos, E. & Barros R. B. de. (2015). A cartografia como método de pesquisa intervenção. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Org.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). Porto Alegre, Brasil: Sulinas.
- Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (2015). Apresentação. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Org.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade* (pp. 07-16). Porto Alegre, Brasil: Sulinas.
- Paulon, S. M., Chaves, A. G. C. R., Sales, A. L. L. F., Eidelwein, C., Leal, C. S. N. D., Drescher, D., Eggres, E., Pereira, L. C. D. V., Petry, M. F. & Trepte, R. F. (2015). O tempo, o invisível e o julgamento: Notas sobre acolhimento à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. In Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, *Saúde Mental* (pp. 277-298). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf)

Souza, M. D., Wegner, W. & Gorini, M. (2007). Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 337-343. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200022>

Tavares, G. M. & Francisco, R. S. (2016). Pesquisa como acontecimento: exercícios de escreverCOM. *Revista Polis e Psique*, 6(1), 136-148. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2016000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000100011)

Vasconcellos, J. (2005). A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. *Educação & Sociedade*, 26(93), 1217-1227. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302005000400007>

---

**Rayanne Suim Francisco.** Psicóloga (CRP16/3801) e Esquizoanalista. Doutoranda em Psicologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/UERJ. Mestre em Psicologia Institucional (UFES).

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-0533-7238>

**E-mail:** [rayannesuim@gmail.com](mailto:rayannesuim@gmail.com)

**Manuela Calmon Pessanha Bermudes.** Psicóloga (CRP16/7770), com especialização em Tanatologia (RNT/UNIFATEC-PR) e prática clínica em perdas, luto e cuidados paliativos.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7748-5729>

**E-mail:** [manu\\_mcp@hotmail.com](mailto:manu_mcp@hotmail.com)

**Ester Marim Avancini.** Psicóloga (CRP16/8564) e Educadora Popular em

Saúde (ICEPi), pós-graduanda em Gestão em Saúde (Faculdade Norte Capixaba - MULTIVIX SÃO MATEUS) e mestrandia em Psicologia Institucional (UFES).

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5250-1507>

**E-mail:** [ester140297@gmail.com](mailto:ester140297@gmail.com)

**Alexandra Cleopatre Tsallis.** Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/UERJ e do Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Gestão Pública/UERJ. Coordenadora do Laboratório Afetar/UERJ.

**ORCID:**

<https://orcid.org/0000-0002-1221-137X>

**E-mail:** [atsallis@gmail.com](mailto:atsallis@gmail.com)

---

**Submetido em:** 05/08/2020

**1ª rodada:** 24/09/2020

**Aceito em:** 17/01/2023

---