

# Demanda espontânea e fabricação de redes vivas: uma produção possível?

Maria Paula Cerqueira Gomes  
Leila Vianna  
Mônica Rocha  
Maria Amelia Costa  
Paula de Souza Carneiro

Já há algum tempo o tema da demanda espontânea está presente entre os debates sobre os diferentes modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde. É um debate que atravessa diferentes tipos de serviços e linhas de cuidado nas redes de atenção.

Muitas são as produções que se ocupam em problematizar as tensões que operam nesse espaço-tempo, mas que de forma frequente ofertam saídas organizacionais, fluxos, protocolos que acabam por não se sustentar ao longo do tempo (CAMARGO, 2005; LUZ, 2006; MERHY *et al.*, 2007; BRASIL, 2011, 2012). A demanda espontânea passa a ser operada de forma instrumental, burocrática produzindo muito mais barreiras do que acesso à rede de cuidados. Por que um tema tão antigo, tão debatido e estudado insiste em continuar pedindo passagem? Que tensões se repetem nesse “não lugar”, nessa imprevisibilidade da demanda espontânea que não se encaixa nos fluxos previstos, e que não se pode calar? Uma pista importante que a pesquisa vem nos revelando é não perder de vista os movimentos dos usuários na busca de cuidado, movimentos esses dos quais, na maioria das vezes, o fluxo e o protocolo sozinhos não conseguem dar conta.

É nessa direção que continuamos a acolher esse tema, uma vez que o localizamos entre os diferentes analisadores revelados em um dos campos da pesquisa “Rede de Avaliação Compartilhada (RAC)”, em uma das áreas de planejamento em saúde do município do Rio de Janeiro.

Como estamos em uma pesquisa na qual quem pauta também os temas de interesse são os trabalhadores em suas redes, não é possível deixar para trás o pedido de olhar os movimentos da demanda espontânea no CMS Rodolpho Rocco na área AP 3.2 do Rio de Janeiro<sup>61</sup>: procuramos olhar os movimentos e tudo o mais que esse espaço faz revelar, sobre diferentes arranjos de cuidado que estão em jogo nessa unidade.

---

61 Localizado à lateral da Policlínica Rodolpho Rocco, antigo PAM de Del Castilho, integra a Área Programática de Saúde 3.2 (AP3.2). Seu território engloba parte dos bairros de Del Castilho, Inhaúma e Higienópolis, abrangendo seis regiões, subdivididas em microáreas, com ruas, vielas, travessias atendidas por suas equipes: Amaro Hamati, Itaoca, Lago Verde, Periantã, Santa Luzia, Timbó, Turimã. Esta funciona nos moldes da ESF, com equipes formadas por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde e agentes comunitários de saúde, atuando na orientação e no atendimento à prevenção e promoção da saúde, contando com 21 mil pessoas cadastradas. Além da Academia Carioca de Saúde (professor de Educação Física) e o NASF (equipe multidisciplinar). Disponível em <http://smsdc-cmsrodolphorocco.blogspot.com.br/2014/01/cap-3.html>. Acessado em 26/05/2016.

Ao olhar com mais atenção esse *espaço* percebe-se de fato *um não lugar*. A demanda espontânea não se limita a acontecer em um espaço previamente definido, como por exemplo, as salas de triagem, sua apreensão é em movimento, em fluxos determinados pelo usuário e seu pedido de cuidado. Nessa direção, trata-se de *um não lugar* que diz muito dos vários outros lugares, espaços e processos de trabalho das equipes de saúde e daqueles que demandam um cuidado: lugar no sentido de “a quente e em ato”.

No decorrer dos encontros com as equipes e com a gerência da unidade foi possível perceber que esse espaço é atravessado por um paradoxo, ou seja, uma tensão, muitas vezes polarizada entre diferentes arranjos tecnológicos de cuidado: entre linhas de cuidado centradas nas pessoas e cuidado centrados nos procedimentos; entre uma gestão burocrática e protocolar e/ou uma gestão atenta, porosa, que se abre a escutar as diferentes formas de manifestação do sofrimento.

Aos poucos, nesses encontros, o que se mostrou como um manejo interessante foi justamente a possibilidade de tomar essa tensão de forma diferente. Ao invés de propor a resolução dessa tensão, uma vez manifesta em uma situação de demanda espontânea, a reconhecemos e a incluímos como um operador do cuidado. Um efeito imediato desse manejo foi o de abrir espaço para a produção de redes vivas e de saídas criativas, potentes, capazes de sustentar um cuidado para os casos complexos, aqueles que desorganizam as equipes e as colocam muitas vezes em sofrimento, queixosas e despotencializadas.

Contudo isso não é tarefa fácil. Como acolher o imprevisível, as demandas que desorganizam, incluindo-as como força motriz do trabalho, e não como algo que deve ser dissolvido? Como incluir o imprevisível na condição de tecnologia de cuidado, como um conceito ferramenta potente que deve fazer parte das estratégias de cuidado? Como cartografar o que está em jogo nesses espaços de cuidado? O que há de específico, o que fala daquela unidade, de seus processos de trabalho? O que há de comum que podemos aprender e transmitir com os imprevisíveis e imponderáveis da produção do cuidado? Que dimensões das tecnologias de cuidado de si e do Outro devem ser incluídas e trabalhadas? (MERHY; ONOCKO, 2006).

Essas questões começam a ter visibilidade, e com isso ganhar corpo na agenda das reuniões com a equipe, na medida em que os espaços e encontros onde a demanda espontânea se faz presente são ocupados de forma compartilhada. Aos poucos os encontros na unidade começam a dar passagem, visibilidade e dizibilidade às situações que se repetem e antes eram tomadas como mais uma repetição, como a demandas de cuidado que eram recolhidas nos corredores, entre outras. Perceber esses acontecimentos, produzir uma interrupção no automatismo do pedido, do fluxo, produzir uma pausa no já visto e estranhá-lo, sustentando que não se sabe por que ainda acontece, mas se quer entender o porquê acontece, permite a todos se dar conta de outras dimensões que estão presentes nesses acontecimentos chamados demandas espontâneas, mas que não estavam manifestas. A demanda espontânea fala de consultas não programadas, e sair das metas dos protocolos faz aparecer o que está fora do controle e da zona de conforto. São muitas as afetações e intensidades – a serem trabalhadas *nas e pelas* equipes – que dizem de seus processos de trabalho *muito além do caso* que está lá para ser atendido.

Neste texto, trataremos para a conversa duas dessas dimensões. Vamos chamá-las de dimensões discursivas da demanda espontânea; a direta e a indireta. Tais dimensões têm sua inspiração nos trabalhos de Deleuze e Guattari, mais especificamente, nos conceitos de agenciamento, discurso indireto e linguagem. Isto porque esses conceitos nos ajudam a dar visibilidade às dimensões objetivas, simbólicas, afetivas, subjetivas, sociais, entre outras tantas, presentes no pedido de cuidado que a demanda espontânea traz (DELEUZE *et al.*, 1995). A primeira diz do sujeito que demanda o cuidado, de suas necessidades, de seus múltiplos pedidos encarnados no que se nomeia, no primeiro momento, como queixa principal; e a segunda, diz de outros acontecimentos externos ao pedido, ou seja, sobre a forma como os serviços de uma determinada rede se organizam para atender aquele sujeito. Essa última pode ser um analisador para aquele atendimento específico. ou dar pistas importantes para se entender como um serviço ou rede se organiza para receber demandas similares.

“R. chega à unidade bastante agitado, com dor no peito, ofegante. Pede ajuda e diz que no dia anterior deu entrada no serviço de urgência e emergência com muita dor no peito. Foi medicado e mandado para a casa. Relata que passa mal durante toda a noite e procura a Clínica de Família para ser atendido. Um dos ACS resolve escutá-lo e ativar a equipe. Com os recursos disponíveis na unidade foi diagnosticado que o paciente sofrera um infarto agudo do miocárdio, e contata-se que o protocolo básico de síndrome coronariana aguda não havia sido realizado de forma cuidadosa, no serviço de urgência...” (fragmento do diário de campo).

“B. é conhecida de todos. Acessa a unidade frequentemente, seu mal estar é generalizado, ninguém dá conta. Há um repetido pedido de cuidado para o que nomeia de intensa dor nas pernas. Já foram realizadas, com ela, várias consultas, exames, de acordo com vários protocolos, e seu mal-estar insiste em não caber numa rede temática específica. E, assim, B. volta sempre à unidade com um pedido intenso de cuidado...” (fragmento do diário de campo).

Essas duas situações vividas no campo ilustram as dimensões discursivas apresentadas acima. Ambas funcionam como analisadores, como “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1975, p. 284). É importante destacar que essas situações produtoras de analisadores: “... não surgiram abruptamente, como puras encarnações da negatividade da instituição, mas se manifestam pouco a pouco em relação de oposição ou de complementaridade, como “dirigentes” concorrentes ou rivais. [...] Em última análise o analisador é sempre material. O corpo é um analisador privilegiado.” (LOURAU, 1975, p. 285-288).

Em um primeiro momento, as duas situações transcritas acima foram tomadas como impasses. Por razões distintas, ambas foram olhadas pelo que traziam de erro, de falhas, e não como acontecimentos que pediam outros olhares. Na medida em que o incômodo com o equívoco do serviço de urgência, no caso de R, e a repetição poliqueixosa, no caso de B, foram tomadas como questões a serem problematizadas, e não como julgamentos de valor sobre as condutas que estavam em jogo, outros

arranjos cuidadores foram construídos. Assim, um importante deslocamento se deu entre todos: a compreensão de que não só aquilo que aparecia no primeiro momento como queixa, como demanda, deve ser de fato o alvo da direção de tratamento a ser construída, mas também a diversidade de situações e vivências como cada um experimenta seu processo de adoecimento. No momento em que a equipe se dispõe a olhar novamente para essas situações, consegue reconhecer suas diferenças, peculiaridades, e passa a acionar as tecnologias de cuidado necessárias a cada uma das situações, tecnologias que promovem a cura, a remissão dos sintomas, como também contribuem para:

“aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re) construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono.” (BRASIL, 2011, p. 20).

Um aprendizado importante para todos foi o de entender que nem sempre a demanda se encaixa em uma única rede temática, e este desencaixe não deve ser tomado como falha na organização da assistência, mas sim como produção de Redes Vivas, que não se contrapõem às redes temáticas, muito pelo contrário, mas que são as que dão sustentação às linhas de cuidado, sobretudo a essas situações de intensa vulnerabilidade clínica e psicossocial (MERHY *et al.*, 2014).

Outro ponto importante, presente no que chamamos de dimensão indireta da demanda espontânea, é a delicadeza de se fabricar essas Redes Vivas, pois são produzidas a cada vez, a cada encontro. Nunca estão acabadas, mesmo que estejamos em um território com uma potente e equânime rede de serviços. A rede viva é produzida a cada encontro entre as equipes e a população que demanda um cuidado, e só pode ser construída a partir da pessoa que faz o pedido do cuidado. Ela ao mesmo tempo traz o paciente e o profissional de saúde para o protagonismo da construção da linha de cuidado. Fala de uma corresponsabilização por essa construção. No entanto, essa fabricação não se dá ao acaso, é preciso de fato reconhecer que a produção do cuidado não se dá fora do sujeito que sofre e sim, nesse entre, nesse encontro.

Esse reconhecimento exige das equipes um repertório ampliado de tecnologias de cuidado para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos e diversas demandas que batem à porta dos serviços. Muitas vezes quem demanda o cuidado é um *operador-provocado* tão intenso quanto o trabalhador. Por que existem encontros capazes de convocar uma equipe inteira a operar de forma cuidadosa, abrindo conexões entre equipes e os serviços, e outros encontros, por vezes na mesma equipe, que só produzem queixa, captura e barreira? Como trabalhar essas afecções de forma que todos possam reconhecer esses movimentos do Outro, mas também de si?

Os encontros da pesquisa com as equipes do serviço têm sido um intenso aprendizado. Aos poucos, tem sido possível perceber, mais uma vez, que o desafio não está em encontrar uma resposta, mas em reconhecer essas afetações que os usuários e suas histórias causam nas equipes. E, uma vez reconhecida essas afetações, incluí-las como material importante a ser trabalhado no cuidado. Incluir aquilo que produz incômodo – e que em um primeiro momento não é percebido como uma dimensão

fundamental a ser trabalhada no caso – para se pensar o cuidado requer um trabalho intensivo de todos, um olhar atento muito além dos sinais e sintomas. Assim, o tema da demanda espontânea ganha novos sentidos para todos nós e, entre esses sentidos, o da compreensão que ela é produzida a muitas mãos, não só pelo usuário, como também pelo serviço.

## Referências Bibliográficas

BRASIL\MS, Série *ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA*. “Normas e Manuais Técnicos”. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, Volume II, 2012.

BRASIL\MS, Série *ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA*. “Normas e Manuais Técnicos”. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, Volume I, 2011.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. “Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída”. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 2. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

LOURAU, René. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975. Coleção Psicanálise.

LUZ, Madel Therezinha. “Demanda em Saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva”. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MERHY, Emerson Elias et all. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Número 52, 2014, p. 153-164.

\_\_\_\_\_, Franco, Túlio Batista. **Mapas analíticos, um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Disponível em, [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas\\_analiticos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf). Acesso em 28/05/2016.

\_\_\_\_\_, et al. “Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde”. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 113-150.