

Apoio institucional: dispositivo na produção de usuária cuidadora

Aurea Maria Pires RODRIGUES,  ★

Universidade Federal de Sergipe , Sergipe, SE, Brasil

Resumo

O presente trabalho tem como temática de estudo o Apoio Institucional, entendido como dispositivo, no campo da gestão em saúde coletiva, que visa ampliar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos. O objetivo é analisar o Apoio Institucional naquilo que borra o instituído, possibilitando movimentos instituintes na produção de 'usuárias cuidadoras'. Usuárias que integrem o processo de cuidado em saúde, situado entre uma certa política da clínica e de tessitura de redes, cuja ênfase recai nos territórios existenciais dos sujeitos. A pesquisa foi realizada na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, equipamento referência em parto de alto risco, da rede de Urgência, Emergência e Hospitalar do Estado de Sergipe. A metodologia pauta-se na cartografia, como método de pesquisa-intervenção, e também em alguns conceitos-ferramentas da análise institucional. Foi utilizado um diário de campo para o registro das vivências. A partir desses registros, práticas instituídas bem como movimentos instituintes foram analisados e problematizados.

Palavras-chave: cuidado em saúde; corpo; apoio institucional; dispositivo; usuária cuidadora.

Institutional support: device in the production of caregiver user

Abstract

The theme of this study is Institutional Support, understood as a device in the field of collective health management, which aims to expand the capacity of collectives to analyze and intervene. The aim is to analyze Institutional Support in terms of what blurs the instituted, enabling instituting movements in the production of 'user caregivers'. Users who are part of the health care process, situated between a certain politics of the clinic and the weaving of networks, whose emphasis is on the existential territories of the subjects. The research was carried out at the Nossa Senhora de Lourdes Maternity Hospital, a reference center for high-risk childbirth in the Sergipe State Urgency, Emergency and Hospital network. The methodology was based on cartography as a research-intervention method, and also on some concepts and tools from institutional analysis. A field diary was used to record the experiences. Based on these records, instituted practices as well as instituting movements were analyzed and problematized.

Keywords: health care; body; institutional support; device; user-caregiver.

Apoyo institucional: dispositivo en la producción de la usuaria cuidadora

Resumen

El tema de este estudio es el Apoyo Institucional, entendido como un dispositivo en el campo de la gestión colectiva de la salud, que pretende ampliar la capacidad de análisis e intervención de los colectivos. El objetivo es analizar el Apoyo Institucional en términos de lo que desdibuja lo instituido, posibilitando movimientos instituyentes en la producción de «usuarios cuidadores». Usuarios que forman parte del proceso de atención a la salud, situados entre una cierta política de la clínica y el tejido de redes, cuyo énfasis está en los territorios existenciales de los sujetos. La investigación se llevó a cabo en la Maternidad Nossa Senhora de Lourdes, centro de referencia para partos de alto riesgo en la red de Urgencias, Emergencias y Hospitales del estado de Sergipe. La metodología se basó en la cartografía como método de investigación-intervención, y también en algunos conceptos y herramientas del análisis institucional. Se utilizó un diario de campo para registrar las experiencias. A partir de estos registros, se analizaron y problematizaron las prácticas instituidas y los movimientos instituyentes.

Palabras clave: asistencia sanitaria; cuerpo; soporte institucional; dispositivo; usuario cuidador.

Introdução

O Apoio Institucional tem-se apresentado como um importante método para potencializar a cogestão na Saúde Pública e assim diminuir as fronteiras entre atenção e gestão, integrando todos os atores envolvidos no processo – trabalhadores, gestores, usuários. Todavia, articular gestão e atenção é, ao mesmo tempo, o ponto de partida e o desafio maior para uma gestão democrática em saúde, tendo em vista a grande complexidade do processo de produção de saúde. No campo da Atenção Hospitalar, o apoio institucional tem sido implantado com o objetivo

de transformar o modo de fazer gestão, especialmente no que se refere à relação entre gestão e atenção, bem como o lugar do hospital na composição do sistema de saúde, o qual se apresenta como um nó na construção das redes de atenção, uma vez que é uma das principais portas de entrada da população ao sistema, especialmente em períodos de agudizações de enfermidades.

Em Sergipe, a Fundação Hospitalar de Saúde (FHS), criada pela Lei nº 6.347 de 02 de janeiro de 2008 e instituída em novembro de 2009, gestora de vários serviços hospitalares, implantou o Apoio Institucional como um modo de acompanhamento dos processos de gestão e atenção dos serviços. A Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), que, além do apoio da própria gestão da FHS, contava, no momento da pesquisa, com

*Endereço para correspondência: Universidade Federal do Sergipe, Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos, Av. Marcelo Deda Chagas, S/N, Rosa Elze - São Cristóvão, Sergipe, SE - Brasil. CEP: 49107-230. E-mail: aureapsi88@gmail.com

Os dados completos da autora encontram-se ao final do artigo.



um apoiador do Ministério da Saúde, vinculado à Rede Cegonha, apresentou-se como potente equipamento para o desenvolvimento da pesquisa, possibilitando, assim, problematizar o Apoio Institucional enquanto dispositivo na produção de outra política/outra saúde, com o objetivo de produzir outros corpos/outras sujeitos – usuárias cuidadoras – produtoras de si.

As metodologias utilizadas foram: a) a Cartografia, que, ao fazer-se no acompanhando de processos, tencionou a construção de mapas político-afetivos, entre linhas e contornos, guiando este fazer que aqui é subscrito em uma pesquisa-intervenção, na qual pesquisador, campo pesquisado e práticas cotidianas foram coengendrados e; b) conceitos-ferramenta da Análise Institucional, que, por meio de intervenções no cotidiano das instituições, tem como objetivo a transformação das organizações em espaços que mantenham seus processos em análise, para que, assim, possam analisar os modos instituídos e tencionar movimentos instituintes. No que se refere à produção dos dados, estes deram-se a partir da inserção do pesquisador em grupos regulares com usuários e equipes para a construção cotidiana do cuidado, entre setembro de 2012 e abril de 2013. Os grupos escolhidos foram três, e a escolha destes deu-se em decorrência de suas propostas de trazer os usuários para fazerem parte dos processos, desde os acompanhantes às gestantes internadas. Os grupos escolhidos foram: 1) Grupo de apoio a visitantes e acompanhantes (GAVA); 2) Grupo de Promoção à Saúde (GPS); 3) Reuniões da Ala Verde, tanto de equipe quanto com as usuárias. Como ferramenta para produção e análise dos dados, foram utilizados diários de campo, que foram tecidos por entre algumas questões que se fizeram lente, naquilo que possibilitou ver os processos instituídos e instituintes, com o intuito de um caminhar com o problema da pesquisa. As questões foram: que modo de fazer saúde os escritos do campo apontavam? Quais lógicas compunham esse modo de produzir saúde? Que modelo de gestão permeava o fazer cotidiano? Que corpos eram aqueles que atritavam a cada encontro?

No que refere ao conceito de dispositivo, este une à sua função a ideia de movimento (Kastrup; Benevides, 2009), de tal modo que a função do dispositivo se faz através de três movimentos: a) o de referência, o qual busca tensionar a força que desvia da repetição; b) o de explicitação, que busca tensionar as linhas que configuram a realidade; c) de produção de realidade. Este é “o efeito de confluência das funções de referência e de explicitação” (Kastrup; Benevides, 2009, p. 89), visto que o objetivo em disparar processos através destes dispositivos é o de causar desterritorializações que impulsionem a produção criativa de si e do mundo.

Assim sendo, inicialmente o texto se reportará à organização do apoio institucional na Maternidade; posteriormente à produção do campo de pesquisa, apresentando os espaços por onde ocorreu, bem como o desdobramento da metodologia utilizada. A partir das repetições, naquilo que possibilita problematizar o instituído, será discutido o modelo biomédico que produz certo paradigma de saúde, que produz usuárias passivas a seu processo com a

maternidade. Pretendemos, assim, pensar uma outra produção de cuidado em saúde, a partir de uma política da clínica e da tessitura de rede, naquilo que produza sujeitos implicados com a própria produção de seus territórios existenciais, de seus corpos.

A Maternidade Nossa Senhora de Lourdes e suas práticas

Práticas são aquilo que fazem as pessoas, advindas “das mil transformações da realidade histórica” (Veyne, 1995, p. 159). “*O que é feito*, o objeto, se explica pelo que foi o *fazer* em cada momento da história; enganamo-nos quando pensamos que o *fazer*, a prática, se explica a partir do que é feito” (Veyne, 1995, p. 164). Por conseguinte, é através das práticas discursivas que as “pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (Spink; Medrado, 2013, p. 26). O fazer em saúde, as práticas produzidas na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) são, assim, atravessadas por vários repertórios, práticas discursivas, tais como: os saberes dos diversos atores, os modelos de atenção e gestão, as bases curriculares da formação de seus profissionais, entre outros atravessamentos.

A *Maternidade Nossa Senhora de Lourdes*¹ caracteriza-se como uma unidade hospitalar, referência no atendimento à gestante e neonato de alto risco e a vítimas de violência sexual, além de contribuir com a formação de novos profissionais da área da saúde, por meio de convênios entre a Fundação Hospitalar de Saúde e Instituições de Ensino Superior.

No período de realização da nossa pesquisa, a Maternidade possuía dois tipos de Apoio Institucional: um da sua própria gestão, outro da Rede Cegonha. O primeiro, desenvolvido pela FHS, organizava-se por temáticas, como por exemplo um apoiador para fomentar a Política Nacional de Humanização (PNH) em todos os equipamentos que compõem a rede. E o segundo foi vinculado ao Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), que posteriormente tornou-se a Rede Cegonha, a qual entendia o apoio como atividade estratégica, “com a compreensão de que, para efetivar projetos de defesa da vida das mulheres e crianças, é necessário operar mudança nas práticas cotidianas do trabalho em saúde, atuando junto a trabalhadores(as), gestores(as) e usuários(as)” (Brasil, 2012, p. 10).

O fazer apoio foi tecido, tanto no PQM quanto na posterior Rede Cegonha e na gestão/atenção da FHS, com os princípios, diretrizes e o próprio modo de operar da PNH: 1) intensivo: agindo localmente, o apoiador busca alcançar a experiência concreta no que ela tem de singular, atualizando o método da tríplice inclusão; 2) de contágio: “no lugar de propor a mudança, propagá-la; no lugar de decretá-la, dar condições para ampliação do que é só germe potencial” (Pasche; Passos 2010, p. 430); 3) de referência: através de arranjos de coletivos, os quais põem a funcionar o processo, garantindo um mínimo de regularidade, sendo um índice de vínculo que, mantendo unido

¹ Essas informações foram retiradas do Planejamento Estratégico 2012, acessado no Núcleo de Educação Permanente da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes.

o coletivo, mantém o processo de mudança. Eram, dessa forma, apoios realizados por atores instituídos no equipamento por diferentes vias, de modo que havia atravessamentos nas relações que se diferenciavam; todavia, havia certo alinhamento aos princípios ético-políticos, especialmente com o apoiador que atuava com a PNH, com o qual tivemos mais contato durante a inserção na Maternidade.

Entre dissabores e desassossegos: povoando e inventando um campo de pesquisa

A inserção na MNSL e a possível construção de um campo de pesquisa foram norteadas por algumas categorias/questões, baseadas no método da tríplice inclusão da PNH, quais sejam: o que se apoia? Quem se apoia? Que sujeitos participam das ações? Como são convocados? Questões estas que nos guiaram ao encontro de três espaços:

1) Grupo de apoio a visitantes e acompanhantes (GAVA): realizado pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) e pela Ouvidoria, criado com o objetivo de efetivar a diretriz Visita Ampliada da PNH. Segundo esta, o ambiente hospitalar não deve ser indissociável dos vínculos sociais e afetivos dos usuários, de modo que a internação deve ser povoada pelo seu contexto social/afetivo. Após a implantação desta diretriz, o GAVA passou a ser uma ferramenta de orientação em torno da higienização e do fluxo da maternidade para os visitantes e os acompanhantes, que foram convidados a participar do grupo que acontece às segundas, quartas e sextas, das 14h30 às 15h30, no auditório da maternidade, e por vezes de forma pontual, por meio de visitas às enfermarias pelo NEP e Ouvidoria;

2) Grupo de Promoção à Saúde (GPS): realizado pelo NEP e o setor da Psicologia, às segundas e quintas, das 15h30 às 16h30, com as gestantes internadas. Esse grupo buscava promover a ampliação do conceito de saúde, visando trazer outra conotação ao espaço hospitalar, para além do caráter interventivo, através de atividades lúdicas, como dança, pintura, passeios pela maternidade, rodas de conversa e problematização em torno do gestar, do parir, de forma que as gestantes pudessem sair do quarto e ampliar sua visão, enquanto parte do processo de cuidado na organização;

3) Reuniões da Ala Verde: a) reuniões de equipe para discussão de casos (apelada de round): realizadas diariamente, por toda a equipe (pediatras, psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta, assistente social e enfermeira, além de acionar outros profissionais, quando necessário, como a responsável pela sala de manejo); b) reuniões com as mães para explicar e exemplificar o Método Canguru, quando os bebês têm alta da Unidade de Tratamento Intensivo neonatal (UTIN), com o objetivo de vincular as mães ao funcionamento e importância do método; c) reuniões de alta: no momento da alta hospitalar, o cuidado de casa é discutido com as mães. Há todo um fluxo de cuidado com o bebê prematuro e seu acompanhante, sendo em sua maioria as mães, que seguem as diretrizes do Método Canguru. Inicialmente, são realizados os primeiros contatos com quem acompanhará a criança, a fim de que a equipe possa avaliar se a mãe possui condições físicas e emocionais para oferecer o cuidado esperado

pela equipe. No momento da alta do bebê da UTIN, as mães recebem uma explicação sobre o que é o Método Canguru e seus benefícios. Durante o tempo de internação do bebê na Ala Verde, suas mães também seguem hospitalizadas. Nesse período, a equipe ensina cuidados específicos para com o prematuro; no momento da alta da ala, as mães são orientadas e chamadas à responsabilidade para manterem o cuidado aprendido em casa. Após a alta, a ala passa de forma improvisada a ambulatório, momento em que a equipe recebe os bebês e as mães, avaliando o quadro daqueles, até completarem 2 kg, para os bebês de Sergipe, e 3 kg para os baianos e alagoanos. Recebida a alta do “ambulatório” da maternidade, bebê e mãe passam para um ambulatório propriamente dito, no qual são acompanhados até os dois anos de vida.

À medida que esses espaços eram vivenciados, o campo de pesquisa pôde ser traçado nos diários de campo. Com o modo de fazer do Apoio Institucional, os escritos foram organizados entre repetições, as quais apontavam regularidades – formas instituídas e resistências ao regular –, lacunas para outros modos de fazer em saúde, outras relações entre trabalhadores e usuárias e destas com o próprio processo de trabalho. Entre repetições, três apresentaram-se de forma mais constante nos espaços grupais: 1) queixas de impotência pelos trabalhadores, pautadas em insumos: discursos de culpabilização entre a gestão do serviço e as gestões estatais, amarras burocratizantes para a compra de insumos, organização do trabalho. Fato este que, em muitos momentos, sufocava a potência de invenção dos grupos. 2) desinteresse das pacientes, visitantes, acompanhantes: era muito difícil convocar as pessoas para participarem dos grupos, a adesão era pouca e, mais uma vez, a tensão entre gestão e usuário, distância silenciada e ampliada nos modos de relacionamento, era visível. As chamadas para a participação no GAVA eram feitas no horário do almoço. Os visitantes e os acompanhantes, às vezes, nem esperavam a equipe terminar de explicar o que era a atividade e já respondiam que iriam participar, mas, em muitos dias, a adesão era de fato muito pequena. 3) conflitos cotidianos: saber/poder médico – saber/poder usuária: experimentados, principalmente na Ala verde, já que nesta os bebês e, conseqüentemente suas mães, permanecem por um período longo de internação. As mães tornavam-se parte do cuidado; para além das intervenções médicas, elas são o monitoramento diário, coladas pele a pele com seus filhos.

A partir daí a lógica da organização hospitalar e da instituição saúde foi sendo discutida, tensionando movimentos instituintes por meio de um fazer pesquisa, inspirado tanto na Cartografia como na Análise Institucional.

O Apoio Institucional foi aqui tomado como um potente método, também de pesquisa, que produziu movimento em seu próprio modo de teorizar e fazer. Dialogou com a Cartografia, em seu caráter político de acompanhamento de processos, bem como com a Análise Institucional, ao dar luz à lógica que regula a instituição. Cartografia, Análise Institucional e Apoio Institucional

engendram-se em um processo de pesquisa, ao darem visibilidade às tensões da instituição através do cotidiano das usuárias, trabalhadores e gestão.

A cartografia como método de pesquisa é o próprio traçado do plano da experiência, ao acompanhar os efeitos do percurso da investigação sobre objeto, pesquisador, produção do conhecimento (Passos; Benevides, 2005). O campo passa a ser entendido como plano, sem delimitações pré-fixadas, mas construído no processo de pesquisa-intervenção. Isto posto, no fazer apoio: “Quem apoia sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe ‘objeto’ da intervenção. Tudo misturado ao mesmo tempo” (Campos, 2007a, p. 87). Já a análise institucional por meio de analisadores, os quais são capazes tanto de enunciar as formas cristalizadas – instituídas quanto de enunciar a situação da qual eles emergiram, produzindo outra forma – instituinte, dispara o caráter processual da organização e das relações, fazendo ver a instituição que regula a vida e suas nuances (Barembliitt, 2002). Esses movimentos, por sua vez, podem “construir nova correlação de força que diminua as diferenças de poder entre os estamentos sociais e sugerir estruturas (arranjos, dispositivos, normas, etc.) que consolidem situações mais equilibradas de poder” (Campos, 2007b, p. 124), desde que incluam todos os atores que compõem o fazer saúde, bem como seus saberes.

Entre repetições e um modo biopolítico/bioclínico de fazer e produzir saúde/sujeitos

Por vezes, o saber médico foi questionado, especialmente pelas usuárias, e o analisador “conflitos cotidianos: saber/poder médico e saber/poder usuária” possibilitou vários movimentos. Em um round, discutiu-se a conduta de uma mãe que questionava muito as ações de um dos médicos da equipe. A mesma perguntou a um médico, de outra ala, o que este achava dos procedimentos do seu colega. O médico interrogado respondeu destacando, inicialmente, as várias qualificações do colega, afirmando que é devido a tantos conhecimentos especializados que seu colega sabe o que está fazendo. Esta mãe canguru, internada com seu filho 78 dias, acabou se apropriando de termos técnicos e de alguns procedimentos mais básicos do cuidado cotidiano. Passou a avaliar os bebês das outras mães e chegou até a realizar certos procedimentos, sem autorização da equipe, claro. Isso foi levado diversas vezes para as reuniões de equipe, e essa mãe tornou-se a mãe problemática, pois, segundo a equipe, ‘influenciava’ negativamente as outras. O poder de fazer e/ou dizer o que e como deve ser feito está imbricado a um certo modelo de produção de conhecimento, o qual possui lugares de poder/saber demarcados; percebemos o incômodo gerado ao saber médico, em seu biopoder de investir e controlar a vida, pelo questionamento dos corpos pacientes. Colocamos em análise, também, atitudes e questionamentos que partiram de usuárias de uma maternidade. Tem-se aqui a lógica biomédica – o instituído – e questionamentos de quem ocupa o lugar de passivo – o instituinte.

Para além da relação saber-poder biomédico instituída no fazer cotidiano, na investidura do corpo profissional e do corpo das pacientes há um outro ponto que se engendra nesse modelo e potencializa a força de atuação e controle desses corpos pacientes, qual seja o próprio lugar de produção dessas práticas – o hospital.

A Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, como ambiente hospitalar, é tomada como lugar de revelação da verdade, o lugar de ação direta sobre a doença, por meio da introdução de uma tecnologia política: a disciplina – forjada através de uma regulação espacial. Não foi, assim, uma técnica médica que reordenou o hospital a ambiente de cura, mas sim “a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização” (Foucault, 1979, p. 107). No cotidiano hospitalar da MNSL percebemos a disciplinarização dos corpos por meio da regulação espacial. Várias são as regras para acesso e manutenção nesse espaço. O GAVA destacava, em cada encontro, a importância e a necessidade da higienização e zelo do ambiente hospitalar, como pontos importantes para a melhoria e cura dos pacientes que ali estavam internados. Alguns exemplos, apontados como esdrúxulos pela equipe hospitalar, eram sempre citados no grupo, para enfatizar a desinformação da população e a necessidade de espaços informativos como aquele, bem como o cuidado e a constante assepsia que requer o ambiente hospitalar. Todavia, vários eram os desencontros, com credices populares, familiares. Não se trata, porém, de negar a necessidade de práticas higienistas ou de acabar com credices populares, mas de afirmar que, no diálogo entre saberes, modelos e modos, análise e gestão conjunta das práticas instituídas podem fomentar a produção de outras, mais democráticas.

Sobre a produção de um corpo feminino medicalizado e modos de parir

Na relação política de produção de sujeitos com os dispositivos de poder do modelo biomédico, investido com a especialização do ambiente hospitalar, nesse caso uma maternidade, modos de experimentação do próprio corpo, do feminino, do parir, são produzidos, de modo que a naturalização do corpo feminino, atrelada à reprodução e à maternidade, tornou-se base para a sua medicalização e sua produção, enquanto ferramenta biopolítica (Costa et al., 2006), ao passo que possibilitou a própria invenção da ginecologia e da obstetrícia como campo de saber. E, por entre esse modelo e as relações cotidianas, o cuidado era vivenciado de diferentes formas, fato que gerava conflitos, dificultava a relação equipe-usuária, o que pode ser visualizado em alguns momentos, como por exemplo em uma discussão em um round, na qual trabalhadores falaram de uma mãe que não queria “cuidar” do filho. Um médico falou que essa mãe não pensava como a equipe, já que não se responsabilizava com os cuidados e a rotina da ala, além de sofrer com a internação conjunta com o filho. Uma técnica de enfermagem disse que, no horário do banho, havia a convocado para dar banho no filho, como uma forma de ela participar mais, já que eram as técnicas que estavam realizando o procedimento até o momento. A técnica relatou, ainda, que a mãe deu

o banho sob sua supervisão. Outra finalizou a conversa dizendo que essa mãe parece querer o filho, mas não querer a responsabilidade de cuidar dele. Essa relação entre a forma de cuidado e o ser mulher/mãe é uma marca importante do projeto de higienização e culpabilização da sociedade capitalista no século XIX (Foucault, 1979), que parece ainda investir os corpos das mulheres.

Esses discursos, bem como a produção das práticas por entre eles forjadas, foram vivenciados no fazer dessa pesquisa. No encontro da produção do campo, os movimentos se faziam, como em um Grupo de Promoção à Saúde (GPS), com três gestantes internadas na Ala Rosa e suas acompanhantes, no qual houve alguns relatos de partos, tendo uma senhora relatado que pariu nove filhos e que, durante o parto de três, estava sozinha, sua parteira apenas cortou o cordão umbilical. Uma acompanhante disse que passou vinte e quatro horas em trabalho de parto, sem condições de ter parto normal, mas que, mesmo diante de tanta dor, não deu nenhum grito, pois todas as mulheres que gritavam recebiam gritos humilhantes das enfermeiras. Esses exemplos possuem várias outras questões que atravessam a temática do lugar da mulher em nossa sociedade. Todavia, o que se produz com esses discursos é um dos grandes interesses desta escrita, qual seja o completo afastamento de si, a produção de corpos pacientes, e por onde a lógica biomédica caminha nesse processo, bem como suas resistências. Voltando ao encontro do GPS, a senhora que havia parido nove filhos descobriu o que era placenta naquela roda de troca, e sentiu-se à vontade para fazer diversas perguntas. A potência aqui, no entanto, não era iluminar essas mulheres com certo saber, mas sim reconhecer nelas parte da produção do cuidado, assim como reconhecer este cuidado como um processo contínuo, fato que pôde ser germinado quando uma das trabalhadoras, também gestante, demonstrou às internadas exercícios e respirações, centrados no contato com o bebê e no próprio corpo, para aliviar as dores e os incômodos.

A medicalização do corpo feminino, por meio de uma clínica que o trata como “essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, portanto necessitado de correção e tutela, expressas nas intervenções” (Diniz, 2009, p. 318), aproxima a medicina do parto, através do conhecimento cirúrgico e tecnológico. Esse modelo pulsava no cotidiano e tornou-se um importante analisador em um curso de capacitação para formar Doulas,² nos momentos em que as práticas eram problematizadas. Esse curso foi realizado por equipe multidisciplinar da Maternidade, com o objetivo de formar Doulas para atuarem na própria Maternidade. Podiam participar mulheres acima de 18 anos, com ensino médio completo, as quais além do curso, que durou uma sema-

na, realizaram estágio em grupos, para que posteriormente pudessem ser Doulas voluntárias na Maternidade. O curso se deu em formato de roda, na qual as participantes podiam trazer suas histórias de vida e tirar suas dúvidas, pois várias especialidades participaram, além de conhecer seus limites éticos de atuação, a dinâmica e o fluxo de atendimento da Maternidade.

Ao ouvirem sobre contato pele a pele no primeiro momento de vida, clampeamento tardio do cordão umbilical, aleitamento na primeira hora de vida, as capacitadas relatavam suas vivências de parto repletas de intervenções médicas e farmacológicas, tão distantes das técnicas em sua tecnologia leve³ (Cecílio; Merhy, 2003), que ali passaram a conhecer. A maioria havia passado por cesarianas, algumas após horas de indução ao parto normal com uso de ocitocina e vários exames de toque, deitadas na mesma posição, sem poderem levantar, ingerir água ou alimentos. Apenas duas haviam tido parto vaginal, uma com a utilização de fórceps, que, segundo ela, fora um parto muito doloroso, e outra, num parto domiciliar, contou apenas com o auxílio de uma Doula. Esta ao relatar sua experiência, disse que, quando começou seu trabalho de parto, sentiu vontade de se esconder, como fazem as vacas. Disse também que achava importante sentir a dor, contrapondo-se às alternativas farmacêuticas para aliviá-las. O obstetra, que estava falando sobre partos e intervenções, iniciou um debate com essa aluna, sustentando a importância do uso de medicamentos e intervenções médicas no ambiente hospitalar. Após alguns minutos de discussão, um mal-estar abateu-se sobre a sala. Uma das orientadoras do curso frisou a necessidade de se ouvir a mulher, o que ela deseja, como ela visualiza a situação, para assim serem construídas intervenções singulares para cada uma.

O curso de formação de Doulas transitou por entre duas vertentes em relação ao parto: a biomédica e a alternativa/naturalista. Durante os cinco dias de oficinas, com dinâmicas, palestras e rodas de conversa, práticas discursivas permearam as falas – o instinto materno x a medicalização do parir; a necessidade de sentir dor x de não sentir; de ser o parto um momento de intimidade da mulher com o seu verdadeiro eu x de ser um momento de riscos. Tornquist (2002) utiliza as duas vertentes como recursos analíticos. Para a autora, na vertente alternativa/naturalista o conceito de humanização assume sinônimo de animalização, através dos aspectos ritualísticos e de instintos universais do parir, contrapondo-o à medicalização do parto enquanto um ideário cultural/ocidental, o qual devemos problematizar. Desta forma, as representações do ideário humanista mantêm-se atreladas ao ideário feminino produzido com o modelo biomédico desde o século XVIII, segundo os quais a identidade de um ser mulher engendra-se à maternidade, à natureza, à manutenção da espécie. Apesar de essas práticas que con-

²Profissionais que contribuem de forma humanizada para o cuidado obstétrico de gestantes, parturientes e puérperas. Reconhecidas em 2013 pelo Ministério do Trabalho, foram incluídas na Classificação de Ocupação (CBO). De origem grega, Doula significa mulher que serve. Algumas de suas atribuições são: orientar e facilitar a preparação para o parto, tirar dúvidas e diminuir ansiedades relacionadas ao parto e à rotina com o bebê, sugerir formas de aliviar a dor através de métodos não farmacológicos, dar apoio e assistência em relação aos primeiros cuidados do bebê e incentivar a amamentação. Assim sendo, as Doulas são profissionais muito importantes para a humanização do parto, por contribuírem principalmente para uma outra relação da mulher com seu corpo.

³O conceito de tecnologia nos remete a uma naturalização de técnicas feitas através de máquinas, com pouca intervenção humana. Cecílio e Merhy (2003) discutem o lugar do acolhimento, das práticas humanizadas, ressignificando o próprio conceito de tecnologia, deslocando o significado natural de ser tecnológico das máquinas que assistem em centros cirúrgicos, por exemplo, para os modos de fazer em saúde, que podem ser duros, com intervenções de máquinas, leveduras e leves, intervenções baseadas em uma clínica ampliada, fomentada no contato/contágio usuário – profissional de saúde.

vergem para uma mesma lógica terem sido visualizadas naquele grupo em roda, representações, formas, lógicas, modos constituíram-se. E, entre imagens de violência obstétrica e ideários de parto, um movimento germinava, afirmando outras formas, outras produções autônomas de corpos em suas singularidades, ao passo que todas eram acionadas a participar. A relação que essas mulheres/doulas construíram com seus corpos modifica o modo de se relacionarem com as usuárias da maternidade em seu processo de parto, apoiando práticas para a construção de usuárias cuidadoras. Usuárias essas que, ao poderem vivenciar/experimentar seus corpos, podem também construir junto à equipe de saúde seu parir. Isso se dava quando essas mulheres, durante momentos de descanso, como o almoço, relatavam como suas vidas sexuais estavam melhores, como se sentiam mais amadas por si mesmas quando se olhavam no espelho.

Sobre a produção de lacunas entre a política da clínica e a tessitura de rede: produção de cuidado

Dois conceitos precisam ser pensados diante de sua importância dentro do SUS, e aqui serão acionados como analisadores – rede e clínica. E, entre tantas vivências no campo: em um GAVA, um acompanhante contou que sua esposa passou por vários exames de toque durante a madrugada na MNSL e que no penúltimo foram informados de que a dilatação estava em seis centímetros. Contudo o profissional que realizou o último exame mandou o casal, que reside no interior de Sergipe, para casa. Ao chegarem em casa e passadas algumas horas, contrações acompanhadas de dores começaram. Decidiram, então, procurar a Maternidade do município onde residem. Ao lá chegarem, o médico estava dormindo. O esposo da gestante disse ter acordado o médico, o qual, após realizar mais um exame de toque na gestante, encaminhou-a novamente para a MNSL. Contudo a criança acabou nascendo dentro da ambulância, a caminho de Aracaju, pelas mãos do pai. Ao chegarem à MNSL, os últimos procedimentos foram realizados. Essa mulher peregrinou solta por entre serviços, uma situação que aponta a necessidade de se ampliar o conceito de clínica em sua dimensão política, para assim construir uma produção integral em saúde, tecida nas Redes de Atenção à Saúde.

Há, assim, uma interligação entre o modo de fazer clínica e o modo de tencionar rede, e para tanto é necessário reafirmar a dimensão política dessa relação. Em *Clínica e biopoder na experiência do contemporâneo*, Regina Benevides e Eduardo Passos (2001) apontam a clínica como experiência de desvio que, ao bifurcar um percurso da vida, produziria outros territórios existenciais, com abertura para o que ainda não somos. Assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade, em outros processos de produção de si e do mundo. Costa e Ueda (2007), por sua vez, apontam a rede como um instrumento para o exercício de poder, ferramenta para o exercício de poder coletivo, constituída pelos atores que a produzem. A produção/tessitura de redes em saúde torna-se, para além de instrumento na construção de um cuidado integral, ferramenta na própria produção do fazer em saúde pelos atores. O que se objetiva, por sua vez, é o

próprio empoderamento pelos sujeitos de seus territórios existenciais, por meio do exercício de poder, ao tecer seu próprio território. Diante desse modo de fazer em saúde, por entre a política da clínica e a tessitura de redes, uma questão se impõe: qual a escuta dada à mulher apalpada por várias mãos e enviada de um lado a outro? Que cuidado seria possível a essa senhora construir para si?

E por falar em escuta das necessidades, cabe ainda problematizar essas mesmas necessidades, para potencializar o fazer clínica e a construção das redes. Campos (2007a) considera as necessidades em saúde como uma das necessidades produzidas socialmente, sendo resultantes da oferta de serviços, da demanda, da pressão social e das lutas políticas por direito. “Os sujeitos mais sofrem suas consequências do que as comandam em cada situação específica” (Campos 2007a, p. 79). Fato este que torna as necessidades sociais forças naturais e estranhas aos sujeitos. Em *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (2001) destaca a potência analisadora das necessidades de saúde, uma vez que possibilitam uma escuta mais qualificada pelos trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços por parte das pessoas que buscam cuidados.

Diante desse emaranhado de construções, um dos caminhos apontados para produzir clínica ampliada e um cuidado integral é uma produção de Linhas de Cuidado. O termo linha é utilizado para apontar um cuidado tecido com o usuário, inserindo-o em toda a Rede de Atenção à Saúde, de modo que a própria rede seja tecida com a produção do cuidado. No caso específico da Linha de Cuidado à Mulher, por meio da Rede Cegonha, durante o pré-natal, parto e puerpério, a mulher deve transitar desde a atenção básica até a hospitalar, vinculando-se ao ambiente e às equipes, objetivando, entre tantos aspectos, ampliar seu protagonismo e sua atuação, assim como de seus familiares, durante todo o processo, em especial no parto.

Esse movimento Linha de Cuidado, preconizado pela Rede Cegonha e problematizado perante a situação da mulher em sua peregrinação para dar à luz, abre outro campo que precisa ser pensado – os caminhos de acesso, de entrada no sistema de saúde, uma vez que “A ‘porta de entrada’ principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatorios” (Cecílio, 1997, p. 471). Diante dessa complexidade, faz-se necessário rever esse lugar do hospital na rede. Vê-se que a mulher grávida necessitou buscar sua inserção na rede, à procura de um cuidado sem referências e contrarreferências. Todavia, Cecílio (1997) aponta o hospital como espaço privilegiado para se entender fluxos e demandas, já que um episódio temporário, como uma internação hospitalar, “pode ser uma situação privilegiada para se estabelecer vínculos mesmo que temporários e de se trabalhar a construção da autonomia do ‘paciente’” (p. 119).

Entre a produção de cuidado e a produção de corpos: usuárias cuidadoras

Talvez eu ainda admita que poderá haver sim um território ético e político que habita o campo da produção do cuidado, mas esse não é com certeza aquele que os trabalhadores e gestores portam, pois para mim esse é o lugar da objetividade construída pelos usuários pelos seus modos de existências que fundam os sentidos a se produzirem no campo de práticas da saúde, e como tal não é externalidade mas transversalidade (Merhy, 2010, p. 437).

O lugar que habita os usuários é o lugar entendido aqui como de potência e de lacuna. Potência porque esses sujeitos abrem lacunas nos modelos instituídos. Para isso, faz-se necessário outro fazer em saúde – outros corpos. Um dos pediatras da Ala Verde, que é também neonatologista, contou que, em uma noite de plantão no Centro Obstétrico, acompanhou o parto de uma mulher usuária de crack, a qual chegou com contrações e sob efeito da droga, tornando difícil a intervenção da equipe, pois ela estava muito agitada. Aos sete meses de gestação, nasceram dois meninos. Após o parto, os bebês tiveram que ir para a UTIN, pois, além de terem nascido aos sete meses, estavam com problemas em decorrência de sífilis, bem como a mãe necessitou de cuidados. A equipe da Ala Verde atuou junto a essa mãe para inserir as crianças no Método Canguru. Ao passo que a equipe cuidava dela e dos bebês, construindo um vínculo com ela para tecer o canguru, ela foi se tranquilizando, cuidando-se e cuidando dos seus filhos, os quais foram para a Ala Verde e, pouco tempo depois, já estavam de alta. É possível nos lembrar dessa mãe na festa de Natal da Ala Verde, sorridente, dançando com os filhos, acompanhada por familiares. Não saberemos o que aconteceu com ela depois, em seu cotidiano, mas o que se viu foi a construção de um forte vínculo entre uma equipe e uma mulher. A equipe, em especial o médico que acompanhara seu parto, falava com orgulho dela, ao vê-la tão envolvida com a rotina de cuidado das crianças. A clínica construída com essa família, diante de uma situação de tamanha complexidade, como a que envolve a dependência química, necessitou construir um envolvimento diferenciado com aquela mulher por parte da equipe. Diferenciado porque, antes de replicar tantas práticas discursivas que resumem essas pessoas à drogadição, à criminalidade, a um corpo doente, a equipe olhou-a como qualquer outra mulher/mãe, tecendo com ela o cuidado conjunto na ala.

O corpo dessa mãe foi investido de outra leitura – o corpo descontrolado no trabalho de parto, enfermo, foi produzido, enquanto intensidade, em “um corpo vivo, e tão vivo e tão fervilhante que ele expulsou o organismo e sua organização” (Deleuze; Guattari, 1995, p. 43). Um corpo que transformou suas estruturas, erigindo novas conexões, mantendo, contudo, a capacidade da eterna deriva (Maturana; Varela, 2010), o qual só é possível de ser visto através do “corpo vibrátil”, pois ao deixar de ser máquina e os órgãos, engrenagens, os quais devem funcionar de um certo modo, em um certo estado normatiza-

do, passam a ser intensidades, que operam no plano das relações entre sujeitos, e destes com as coisas (Franco, 2010). Outra clínica – outra usuária.

Um outro dispositivo importante, que dialoga com o modo de produzir práticas do apoio institucional, foi o formato do curso de Doulas, construído em roda, onde mulheres de histórias ímpares e repletas de singularidades eram parte do processo. As práticas, voltadas ao parto e ao puerpério, foram analisadas através dos entendimentos e das experiências trazidas pelas capacitadas, experiência que foi construída em uma semana, de 18/03 a 22/03/2013. Entre aulas sobre as fases do parto, equipe multiprofissional, processo de trabalho, especificidade de alas, as Doulas rebolaram, dançaram, dramatizaram, tocaram-se. Mulheres sendo capacitadas para cuidarem de outras mulheres, aliviando dores e ajudando-as a tocarem e perceberem seus corpos no momento do parir, movimentaram seus próprios corpos. Timidamente, quase sem movimento, iniciaram com movimentos lentos. Tocando-se posteriormente, quase num ritmo frenético, seus corpos falaram, movendo-se sem pudores, sem vergonha, compondo outras imagens. E as conversas dos intervalos, durante o horário de almoço, passaram a ser recheadas de relatos sobre um maior contato com o corpo, uma maior disponibilidade para amar – e para se amarem.

As relações que essas mulheres demonstraram estar construindo com seus corpos, entre descobertas e transformações, despontam como ferramentas, pois, ao tensionarem protagonismo junto às mulheres, no momento do parto, potencializam em suas práticas outras relações, uma vez que “as representações que significam e inscrevem a maternidade no corpo (e na ‘alma’!) da mulher, em diferentes espaços e tempos, são, ao mesmo tempo, incapazes de fixar nele, de uma vez para sempre, um conjunto verdadeiro, definido e homogêneo de marcas/sentidos” (Meyer, 2003, p. 42).

Assim sendo, ao retomar o conceito citado acima de corpos sem órgãos (CsO), de Deleuze e Guattari (1995), podemos dizer que “a clínica é concebida mediante a ideia que se tem, ou, o modo como é significado o corpo” (Franco, 2010, s/p). Dessa maneira, produzindo CsO nos encontros das intensidades, os corpos dessas mulheres e de tantas outras singularizam-se através de outra clínica – ampliada (Brasil, 2009), do sujeito (Campos, 2007a), dos afetos (Franco, 2010), por meio de um fazer em saúde em rede, enquanto ferramenta de empoderamento do próprio território existencial de cada sujeito – usuárias cuidadoras, engendrando, assim, a política da clínica com a produção de rede – cuidado em saúde.

Por fim: entre tantos entres

Questionar as lógicas que compõem as instituições é de suma importância para compreender o modo como se dão as práticas, os modos de fazer, bem como os modos de subjetivação que dão forma aos indivíduos. Este trabalho buscou, então, por meio do Apoio Institucional, tomado como dispositivo, e por meio de ferramentas da Cartografia e da Análise Institucional, movimentar as instituições Saúde e Maternidade, para compreender que

política as compõe e tensionar outras políticas mais democráticas de fazer, e, assim, outros sujeitos mais autônomos nos modos de viverem suas vidas, aqui chamados de usuárias cuidadoras, já que a pesquisa ocorreu em uma maternidade e a discussão em torno desta trouxe a problematização sobre o feminino, o ser mulher/mãe.

Ao habitar o território e assim construir o plano de experimentação, viu-se a lógica biomédica, em sua biopolítica, por meio do biopoder, controlar a vida e produzir corpos passivos. Viu-se também resistências, corpos que faiscavam outros modos de ser e de fazer, e foi nesses momentos que o Apoio Institucional, ao assumir a função de dispositivo, demonstrava-se como potente ferramenta para efetuar essa outra produção.

Assim sendo, “é nesse sentido que se afirma que a função apoio institucional diz respeito a uma habitação e uma ação no ‘entre’” (Vasconcelos; Martins; Machado, 2013, p. 1004), possibilitando, assim, a invenção de outros modos de produzir cuidado em saúde, na região limítrofe entre atenção e gestão, profissionais e usuários, governo e movimentos sociais, demandas e ofertas, trabalho e formação, “na direção de ampliar a comunicação, a articulação e a transversalização das práticas e dos saberes no bojo das organizações de saúde” (Vasconcelos; Martins; Machado, 2013, p. 1004).

Informações sobre a autora:

Aurea Maria Pires Rodrigues

 <https://orcid.org/0000-0003-2461-8502>

 <http://lattes.cnpq.br/4122348535266621>

Doutora em Educação pelo PPGED/UFS. Mestra em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe. Especialista em Gestão Pública Municipal pelo Programa Nacional de Formação em Administração Pública/Universidade Federal de Sergipe. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe. Servidora Pública da Prefeitura Municipal de Estância, lotada como coordenadora no Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS.

Como citar este artigo:

ABNT

RODRIGUES, Aurea Maria Pires. Apoio institucional: dispositivo na produção de usuária cuidadora. *Fractal, Rev. Psicol.*, Niterói, v. 38, e28706, 2026. <https://doi.org/10.22409/10hk4z86>

APA

Rodrigues, A. M. P. (2026). Apoio institucional: dispositivo na produção de usuária cuidadora. *Fractal, Rev. Psicol.*, 38, e28706. <https://doi.org/10.22409/10hk4z86>

Copyright:

Copyright © 2026 Rodrigues, A. M. P. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Copyright © 2026 Rodrigues, A. M. P. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited.

Editora responsável pelo processo de avaliação:

Cláudia Castanheira de Figueiredo

Declaração de Disponibilidade de Dados

O conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo não está disponível publicamente.

Referências

BAREMBLITT, Gregorio. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Clínica e biopolítica na experiência contemporânea. *Revista de Psicologia Clínica PUCRIO*, v. 13, n. 1, p. 89-100, 2001. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/texto3.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 10 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final – Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste / Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner. *Saúde Paidéia*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007a.

CAMPOS, Gastão Wagner. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

CECÍLIO, Luiz Carlos O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set., 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000300022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 nov. 2011.

CECÍLIO, Luiz Carlos O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3910891/mod_resource/content/2/L.aula5.grupo1_Necessidades_saude_conceito_estruturante_luta_integralidade_equidade_CECILIO.pdf. Acesso em: 10 nov. 2011.

CECÍLIO, Luiz Carlos O.; MERHY, Emerson E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003, p. 197-210.

- COSTA, Jodival M.; UEDA, Vanda. Redes técnicas e território: notas sobre a reticulação espacial. *Boletim Gaúcho de Geografia*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 131-145, 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/37452>. Acesso em: 30 ago. 2012.
- COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYNSZPAN, Danielle Stotz; SOUZA, Maria do Carmo Borges. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363-80, jul./dez. 2006. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995, v. 3.
- DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822009000200012. Acesso em: 15 jul. 2012.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FRANCO, Túlio B.; GALAVOTE, Heletícia S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, Túlio B.; RAMOS, Valéria. *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176-199.
- MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. 8. ed. São Paulo: Palas Athena, 2010.
- MERHY, Emerson E. Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 433-435, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341769004>. Acesso em: 19 out. 2011.
- MEYER, Dagmar E. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. *Movimento*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 33-58, set./dez., 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277182252_Educacao_saude_e_modos_de_inscriver_uma_forma_de_maternidade_nos_corpos_femininos. Acesso em: 22 mar. 2012.
- PASCHE, Dário F.; PASSOS, Eduardo. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341769003.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.
- KASTRUP, Virgínia; BENEVIDES, Regina. Movimentos funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- SPINK, Mary Jane P.; MEDRADO, Benedito. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (online). Rio de Janeiro, 2013. p. 22-41.
- TORNQUIST, Carmem Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>
- VASCONCELOS, Michele; MARTINS, Cátia P.; MACHADO, Dagoberto O. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, supl.1, p. 997-1011, 2013. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0335>
- VEYNE, Paul. *Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história*. Tradução de Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. Brasília: EdUnB, 1995.