UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o encontro dos trabalhadores

LUDMILA STERCI DE OLIVEIRA

Santos
2017

LUDMILA STERCI DE OLIVEIRA

PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o encontro dos trabalhadores

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – CEDESS *Campus* São Paulo / ISS *Campus* Baixada Santista.

Área de concentração: Educação Permanente em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Santos
2017

O482p

Oliveira, Ludmila Sterci de, 1982-
Problematizando as práticas profissionais de uma Unidade de Saúde da Família: o encontro dos trabalhadores. / Ludmila Sterci de Oliveira; Orientador: Prof. Dra Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo. – Santos, 2017.
112 f. : 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, 2017.

1. Saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Análise Institucional. I. Uchôa-Figueiredo, Lucia Rocha, orientador. II. Título.

CDD 610.7

Ludmila Sterci de Oliveira

PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o encontro dos trabalhadores

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – CEDESS *Campus* São Paulo / ISS *Campus* Baixada Santista.

Área de concentração: Educação Permanente em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Aprovada em: ___/___/_____.

Banca Examinadora

_____
Profa. Dra. Laura Macruz Feuerwerker
Faculdade de Saúde Pública da USP

_____
Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato
Universidade Federal de São Paulo

_____
Prof. Dr. Maurício Lourenção Garcia
Universidade Federal de São Paulo

_____
Profa. Dra. Rossana Staevie Baduy
Universidade Estadual de Londrina (suplente)

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde dos diferentes serviços do Sistema Único com quem tive a oportunidade de trabalhar, aprender e compartilhar experiências.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente os meus pais, Maria e Arnaldo, que se orgulham de mim e de minha trajetória profissional, e nos momentos mais corridos desse processo de escrita me levavam comida em casa, pois não me sobrava tempo para cozinhar.

Ao meu irmão, Leandro, e minha cunhada, Sandy, que deram a vida ao meu sobrinho João Pedro, que veio ao mundo um dia antes de eu defender essa dissertação.

Às minhas amigas Gabriela, Gleise e Michelle, pela parceria e apoio na vida.

Aos amigos Leandro Bernadello e Lucas Lima pela companhia para descer e subir a serra regada a conversas polêmicas e afetuosas, além de cafés e almoços partilhados com os demais amigos conquistados na turma do Mestrado Profissional.

À Secretaria de Saúde do município de São Bernardo do Campo e meus queridos parceiros de apoio de território, Tadéia Buchmann, Vivi Namem, Natália, Vivian Silvestre e Renato Baduy, que me incentivaram nessa caminhada e foram compreensivos quanto a minha ausência no trabalho para o cumprimento da carga horária do mestrado.

À gestora e profissionais da Unidade de Saúde da Família pesquisada.

Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo pela parceria e incentivo nessa caminhada e também a professora Dra. Solange L'Abbate pela oportunidade em cursar a disciplina "Tópicos em Ciências Sociais em Saúde – Análise Institucional: Teoria e Prática em Saúde Coletiva", que balizou a minha formação, direcionou esta pesquisa e me instrumentalizou para o desenvolvimento e atuação no meu trabalho atual.

Agradeço aos professores Dra. Laura Macruz Feuerwerker, Dra. Luciane Maria Pezzato e Dr. Maurício Lourenção Garcia, que fizeram parte da minha Banca de Qualificação e Defesa e contribuíram com seus conhecimentos com esta pesquisa.

Por fim, agradeço a toda a turma de alunos de 2015 e professores do Mestrado Profissional pela oportunidade de compartilhar experiências junto às dores e delícias desse processo de mestrado e que me instrumentalizaram na realização desse sonho em ser MESTRA!

É preciso transver o mundo

A expressão reta não sonha.
Não use o traço acostumado.
A força de um artista vem de suas derrotas.
Só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro.
Arte não tem pensa:
O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.
Isto seja:
Deus deu a forma. Os artistas desformam.
É preciso desformar o mundo:
Tirar da natureza as naturalidades.
Fazer cavalo verde, por exemplo.
Fazer noiva camponesa voar – como em Chagall.

Agora é só puxar o alarme do silêncio que saio por aí a desformar.

(Manoel de Barros)

RESUMO

O objetivo geral desta pesquisa foi problematizar as práticas profissionais de uma Unidade de Saúde da Família localizada no município de São Bernardo do Campo. E os objetivos específicos foram propiciar encontros e possibilidades de fala, nos quais os profissionais pudessem analisar suas implicações referentes ao trabalho realizado nessa Unidade de Saúde da Família. Foi uma pesquisa de campo de natureza qualitativa realizada e desenvolvida segundo o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional. Os participantes foram dezesseis profissionais deste serviço. Para a produção dos dados aconteceram rodas de conversas entre os participantes e para a análise foi utilizado o conceito-ferramenta da análise das implicações e a micropolítica do trabalho e cuidado em saúde. Os resultados demonstraram que o trabalho é carregado de muitos afetos e que o cuidado em saúde é regado pela subjetividade dos atores que o produz. Ficou nítido que para a digestão dos acontecimentos no trabalho cotidiano na Estratégia de Saúde da Família, que é carregado de complexidade e vida, os profissionais precisam e desejam ter espaços criativos com discussões que possibilitem a análise de suas implicações e reflexões acerca da vida e do mundo do trabalho em saúde.

Palavras-chave: SUS, políticas públicas de saúde, atenção à saúde, estratégia saúde da família, equipe multiprofissional.

ABSTRACT

The main objective of this research was to problematize the professional practices of a Family Health Unit located in the municipality of São Bernardo do Campo. And the specific objectives were to provide encounters and speech possibilities, in which professionals could analyze their implications regarding the work performed in this Family Health Unit. It was a qualitative field research carried out and developed according to the theoretical-methodological framework of Institutional Analysis. The participants were sixteen professionals of this service. For the production of the data, there were conversational wheels among the participants and for the analysis the concept-tool of the analysis of the implications and the micropolitics of work and health care were used. The results have showed that the work is burdened by the affection and the caring in health, is conducted by the subjectivity from the participants involved. It has been clear that the absorption of the daily events at the Family and Health Strategy, is pervaded with complexity and life, and the professionals need and wish to participate in a creative enviroment altogether with discussions which permit the analysis of the implications and reflections concerning upon life and the health care work universe.

Keywords: SUS, public health policies, health care, family health strategy, multiprofessional team.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categoria de profissionais e seus pseudônimos.....62

LISTA DE ABREVIAÇÕES

SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
AB	Atenção Básica
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Centro de Referência em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
PSC	Pronto Socorro Central
HMU	Hospital Universitário Municipal
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
EPS	Educação Permanente em Saúde
ACS	Agente Comunitário em Saúde
ACE	Agente Comunitário de Endemias
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
FASM	Faculdade Santa Marcelina
MS	Ministério da Saúde

SUMÁRIO

		pág.
1	**RECORDAR É VIVER**	15
	1.1. Um pouco da história da rede de saúde do município de São Bernardo do Campo	20
	1.1.1 Os apoiadores em saúde	22
2	**OBJETIVOS DA PESQUISA**	27
	2.1 Objetivo Geral	27
	2.2 Objetivos Específicos	27
3	**PRESSUPOSTOS TEÓRICOS**	28
	3.1 A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família: potências e desafios	34
	3.2 A produção do cuidado em saúde	39
	3.3 A Análise Institucional e sua importância no campo da Saúde Coletiva	48
	3.3.1 A análise das implicações	53
4	**PERCURSOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS**	59
	4.1 O encontro com os trabalhadores, vulgo rodas de conversas	60
5	**DISCUSSÃO E ANÁLISES: A ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**	67
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	88
7	**REFERÊNCIAS**	93

APÊNDICES

A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

B - Questionário de Identificação dos participantes

C - Roteiro para as Rodas de conversas

D - Aprovação do Comitê de Ética

E- Produto do Mestrado Profissional

1 RECORDAR É VIVER

Sou de uma família composta por distintas raças e visões de mundo e, em seus ideais, o trabalho sempre foi estruturante do bom caráter e da dignidade. Por isso, ingressar no ensino superior nunca foi prioridade ou condição, pois grande parte da família é decomerciantes que não precisaram passar pela academia para exercerem suas profissões. Em contrapartida, eu, desde criança, imaginava que quando adulta ingressaria em uma universidade.

Com o passar dos anos, após adquirir certa maturidade, pensava em escolher alguma profissão que envolvesse saúde e cuidado das pessoas. Considerava estudar Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia... Resolvi fazer um teste vocacional cujo resultado apontou para a área de Humanas, e os amigos frequentemente me diziam: “você tem jeito de psicóloga, faz Psicologia!”. Então, em 2001, ingressei na faculdade de Psicologia na Universidade Metodista de São Paulo.

A partir dessa escolha, rompi com a cultura instituída na minha família, de que todos os seus membros tinham que trabalhar no comércio, e desapontei alguns familiares que esperavam que eu continuasse a investir na empresa familiar, que, na concepção deles, era uma área certa, ao contrário da Psicologia, profissão que à época ainda tinha pouco reconhecimento. E por que a escolha em ser psicóloga? Sempre fui atenta às histórias das pessoas, gostava de ouvir e entender sobre os acontecimentos do mundo e também sempre me percebi sensível e cuidadosa com os problemas dos outros.

Agora já falando de minha trajetória enquanto psicóloga, atuo no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2004, período no qual cursava o quarto ano da faculdade e fui estagiar no Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), vinculado à Secretaria de Saúde e departamento de Saúde Mental do município de Santo André. Confesso que caí de paraquedas nesse campo de atuação, mas foi neste equipamento que pude entrar em contato com o SUS, compreender o seu funcionamento e me sentir gratificada em poder assistir uma população tão diversificada e carregada de tantas histórias. Pouco tempo

depois, descobri que experimentar o trabalho na saúde pública — regada de sua complexidade e diversidade de fazeres — me encantava.

Posteriormente, ingressei no Aprimoramento em Psicologia Hospitalar pelo Instituto de Infectologia Emilio Ribas. Foi um ano em que aprendi muito sobre outras áreas da Saúde Coletiva, desde epidemiologia, vigilância em saúde, e principalmente sobre a Atenção Terciária. Essa experiência me agregou muitos conhecimentos e afetações. Deparei-me com pessoas com graves doenças e algumas em fase de terminalidade, o que me gerava angústia, mas, principalmente, proporcionava amadurecimento profissional e pessoal.

Contudo, a atuação dentro de um hospital me fez descobrir que não me contentava com o cuidado pontual ofertado no momento da hospitalização. Queria ter mais acesso às vidas daquelas pessoas que ficavam dias hospitalizadas, acompanhar a continuidade do cuidado fora do hospital e, se possível, atuar na fase anterior ao adoecimento grave.

Ao terminar o aprimoramento, pude refletir qual caminho gostaria de seguir e então descobri o edital de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Tive acesso à bibliografia e fui constatando que desejava trabalhar naquela área, pois teria ali a possibilidade de atuar junto à comunidade e trabalhar com foco na prevenção e promoção da saúde. Assim, investi nos estudos e meses depois era uma residente em saúde da família pela Faculdade Santa Marcelina (FASM) e bolsista do Ministério da Saúde (MS).

A partir da Residência Multiprofissional tive a oportunidade de conhecer minuciosamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), experimentar novos arranjos de cuidado com encantamentos e dificuldades no trabalho na Atenção Básica. A residência me proporcionou a compreensão e aprofundamento de conceitos como território, promoção de saúde, qualidade de vida, intersetorialidade e, principalmente, vínculo. Pude viver tudo isso e me debruçar na importância da continuidade do cuidado do usuário, do trabalho em equipe e também perceber a riqueza e complexidade do trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Cabe mencionar ainda nesse caminho percorrido, a atuação como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na Zona Leste de São Paulo. Essa experiência foi marcada por dores e delícias, estas últimas relacionadas com o cuidado em saúde mental ofertado aos usuários. No entanto, as dores advinham do contato com uma gestão que não levava em conta a energia que os profissionais investiam naquele trabalho e tampouco os valorizava. A prioridade da gestão era o foco nas metas, deixando em segundo plano o cuidado, principalmente o cuidado aos trabalhadores. Ponderando sobre o assunto, reconheço que o meu interesse e afetações pela temática do cuidado se intensificaram nesse momento.

Já o trabalho como apoiadora em saúde, um arranjo de apoio institucional e matricial, na atuação e articulação do cuidado das pessoas entre os serviços no município de São Bernardo do Campo, foi propulsor para integrar as diversas experiências que tive nos diferentes serviços de saúde e produzir um cuidado em rede direcionado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A agenda desse apoiador em saúde era repleta de reuniões e espaços de reflexão sobre o próprio trabalho, sobre o fazer cotidiano e principalmente, sobre o funcionamento dos serviços que apoiávamos. Ocupar esse lugar me possibilitou refletir permanentemente sobre a concepção de cuidado e sobre os processos de trabalho dos serviços da rede e do território, para os quais era referência.

Um ponto importante de mencionar é que foi a partir da vivência enquanto apoiadora em São Bernardo do Campo, que me surgiu a ideia e mobilização de realizar o Mestrado Profissional em Ensino e Ciências da Saúde pela UNIFESP, Campus Baixada Santista, na linha de pesquisa em Educação Permanente em Saúde (EPS).

Encontrei no Mestrado Profissional a possibilidade de integrar teoria e prática, mergulhar na realidade cotidiana e trocar com meus companheiros de trabalho ideias sobre o SUS, sobre o cuidado em saúde, sobre o próprio trabalho e sobre a importância de espaços de Educação Permanente.

Penso que é de suma importância refletir sobre a prática nos serviços de saúde e acredito que as formações em serviço, sendo uma delas o Mestrado Profissional, podem possibilitar muito aprendizado, reflexões e trazer a coalizão de teoria e prática, o que é imprescindível para o avanço do SUS e também para a formação dos profissionais que nele atuam.

Dei início ao Mestrado Profissional em março de 2015 e, aproximadamente seis meses depois, após algumas reflexões sobre o objeto de pesquisa e qual caminho seguir, resolvi escolher a USF Areião: uma das unidades de saúde apoiadas pela equipe que eu compunha, para a realização da pesquisa na temática “produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família”. A USF Areião foi uma das últimas a ser construída no município, inaugurada em maio de 2015.

Esta escolha se deu por compreender que o trabalho na Estratégia de Saúde da Família é complexo, por se tratar de um serviço recém-inaugurado com uma equipe de profissionais predominantemente sem experiência na respectiva área e também pelo trabalho demandar dos profissionais algumas ferramentas para dar conta das ações cotidianas.

Quando a USF Areião estava em construção, os profissionais que já eram da rede e tinham experiência na Estratégia de Saúde da Família, demonstravam receio em serem transferidos para lá. Era comum entre os profissionais falas como: “quando a USF ficar pronta quem vai trabalhar lá? Eu não quero ir para lá!”. Muitos trabalhadores diziam que o bairro era muito perigoso e violento, que a comunidade era difícil e que haveria alta demanda de atendimentos.

Para constituir a USF Areião, a Secretaria de Saúde contratou novos profissionais, e praticamente toda a equipe que assumiu o serviço na inauguração não tinha experiência na Estratégia de Saúde da Família, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que já atuavam na região, mas vinculados à USF vizinha. A inexperiência da equipe foi um dos maiores desafios para a implementação da ESF neste novo serviço, avalio. Uma de minhas implicações na posição de apoiadora dessa nova equipe foi lhes

prestar suporte na tarefa do fazer sem saber, pois era tudo novo ali e, em alguns momentos, faltava o conhecimento técnico especifico da saúde da família.

Nesse momento, os agentes comunitários de saúde foram a base do trabalho, o elo entre o novo e o antigo, pois traziam com eles a experiência, além da familiaridade e conhecimento do território adstrito. Contudo, estes profissionais sozinhos não davam conta das demandas de uma Unidade de Saúde nova e de, ainda, colaborar para a quebra dos estereótipos e fantasias dos novos trabalhadores que achavam que o bairro era perigoso, a população mal-educada e sentiam medo de atuar ali.

Havia um ineditismo nos acontecimentos e, apesar de tudo, os profissionais da Unidade de Saúde da Família Areião, simplesmente atuavam com as melhores das intenções sem saberem a direção e se estavam no caminho certo.

Tudo era novo e, por mais que houvesse um coletivo de trabalhadores implicados na produção de um cuidado humanizado, pautado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família, a equipe ainda estava se constituindo como tal.

Outra implicação de grande relevância nesse lugar de apoio à equipe, como também de pesquisadora nesse serviço, foi propiciar reflexões acerca de quem éramos, de quais ferramentas seriam necessárias para a execução do trabalho e, principalmente, como faríamos para nos constituirmos verdadeiramente como equipe da USF Areião.

Atuei como apoiadora em saúde de junho de 2013 até março de 2017, mês em que assumi a gestão de um CAPS III no mesmo município. Entretanto, esta pesquisa seguiu até meados de novembro de 2017, junto aos novos desafios do vir a ser coordenadora deste serviço de saúde mental.

Obviamente, essa minha nova aventura não será relatada aqui — quiçá em uma pesquisa futura — mas o que me cabe dizer é que a experiência com esta pesquisa, bem como os estudos realizados para a sua produção, as

disciplinas cursadas no Programa do Mestrado Profissional da UNIFESP, sobretudo, a disciplina de seis meses que cursei na UNICAMP — Tópicos em Ciências Sociais em Saúde - Análise Institucional: Teoria e Prática em Saúde Coletiva — balizaram a minha formação, direcionaram esta pesquisa e também me instrumentalizaram para o desenvolvimento e atuação no meu trabalho atual como gestora de um serviço de saúde mental no SUS em São Bernardo do Campo.

1.1. Um pouco da história da rede de saúde do município de São Bernardo do Campo

São Bernardo do Campo está localizada a sudoeste da Região Metropolitana da cidade de São Paulo e é uma das integrantes da região do Grande ABC. Limita-se com São Vicente, Cubatão, Santo André, São Caetano do Sul, Diadema e São Paulo. Possui um território de 409,5 km², sendo 119,2 km² em zona urbana, 214,4 km² em zona rural (52,5% da área do município), além de ter 75,8 km² (18,6%) pertencentes à represa Billings. O meio ambiente está muito caracterizado em seu território, já que 53,7% de sua área é de proteção aos mananciais (IBGE, 2014; SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2016). É uma rica cidade industrial, mas também caracterizada por importante desigualdade social.

De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2017, SBC possui 827.437 habitantes. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (SIB/ANS-2013), 61% de sua população é beneficiária de planos de saúde. A segmentação, a ausência de rede privada no território e os mecanismos de microregulação impostos pelas Operadoras de Planos de Saúde, lançam a responsabilidade pelo cuidado da saúde da maioria destes cidadãos ao SUS (REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014).

Importante dizer que este município passou por grandes mudanças e avanços no setor público de saúde no período de 2009 a 2013, passando a ter uma rede pública de serviços de saúde muito ampliada e avançada, com mais

de 8 mil trabalhadores, e que conta com uma rede assistencial composta por: 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 115 Equipes de Saúde da Família (ESF), 1115 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 46 Equipes de Saúde Bucal, 5 Equipes de Atenção Domiciliar, 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMU-192 descentralizado em 12 bases, 7 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre serviços para transtornos mentais graves e álcool e outras drogas, 5 Residências Terapêuticas, 2 Unidades de Acolhimento Transitório, 1 Equipe de Consultório na Rua, 3 Centros de Especialidades, 1 Centro de Referência em Reabilitação (CER IV), 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 Centro de Referência em DST/Aids, 1 Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), 1 Laboratório de Saúde Pública, 1 Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher e 4 hospitais de ensino, o Hospital de Pronto Socorro Central (PSC), o Hospital Anchieta, o Hospital Universitário Municipal (HMU) e o Hospital Municipal de Clínicas.

Antes de 2009, o retrato da rede de saúde do município não era esse, principalmente no que diz respeito à Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família. Até 2008, as equipes de atenção básica eram constituídas por médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, corpo de enfermagem e administrativos, que atuavam de forma desarticulada e sem uma estratégia comum em suas práticas. A Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde estavam restritos a poucas UBS, sendo que a cobertura era de apenas 6% de ESF e de 18% de Agentes Comunitários de Saúde. O que predominava como arranjo de cuidado na Atenção Básica eram as Unidades Básicas tradicionais focadas no modelo biomédico, com baixíssima resolubilidade, sem adscrição de clientela e responsabilização sobre o território (REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014).

Reis, Bertussi e Fuentes (2014) apontam que a política para a rede básica, no que tange ao modelo de atenção e gestão, caracterizava-se pela falta de monitoramento e intervenção sobre a gestão do cuidado, pela incipiência de trabalhos em equipe e pela burocratização dos processos de trabalho dentro dos serviços, o que resultava, em alguns casos, em desassistência. O agente comunitário tinha funções meramente administrativas nos serviços e ações de prevenção e promoção da saúde para grupos

prioritários, bem como ações intersetoriais, encontravam-se desarticuladas ou eram inexistentes.

Em 2009, a Secretaria de Saúde assumiu o desafio de reorganizar o campo da saúde no município e prioritariamente reinventar a lógica de trabalho da Atenção Básica. Com isso, houve a ampliação e priorização da ESF que permitiu a valorização e inserção da enfermagem em todos os níveis, incorporou-se a saúde bucal e a saúde mental na atenção básica e desenvolveu-se os saberes e as práticas dos agentes comunitários de saúde, viabilizando assim uma mudança efetiva no jeito de organizar e produzir o cuidado em saúde (REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014).

1.1.1. Os apoiadores em saúde

Em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde implantou o apoio em saúde, um arranjo de apoio institucional e matricial composto por 50 profissionais de diversas formações (psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos, fonoaudiólogos, farmacêuticos e uma cientista social) com o intuito de qualificar o trabalho em saúde, a produção e a articulação do cuidado dos usuários em rede.

A princípio, o apoiador se inseriu na Atenção Básica para auxiliar nos processos de trabalho e implantação da Saúde da Família. Chegou para discutir e fomentar mudanças nos processos de trabalho e propiciar momentos de reflexão sobre novos fazeres, no intuito de romper com a fragmentação do cuidado e agenciar conexões entre os serviços da rede. Foi uma figura atuante junto às equipes na estruturação e qualificação do acolhimento, construção de agendas, articulação de rede, dentre outros. Com o passar do tempo, o trabalho do apoiador foi se reconfigurando, passando a atuar como articuladores do cuidado em rede, inserindo-se assim em outros níveis de atenção à saúde. Nesse novo formato, passou a adentrar os hospitais e participar de reuniões com foco nas discussões de casos e se inseriu também nos serviços de saúde mental e ambulatórios de especialidades.

Importante mencionar que o apoiador sempre foi visto como uma figura “esquisita” no quadro de profissionais da Secretaria de Saúde. Por não ter lugar fixo, ou seja, não ser profissional de nenhum serviço específico e nem estar vinculado a um determinado nível de atenção, muitas vezes eram identificados como estrangeiros, profissionais de fora, que não estavam instituídos e nem misturados na dinâmica automatizada dos serviços de saúde. Esse fato abria portas, promovia encontros e conversas sobre os processos de trabalho, mas também gerava estranhamentos, pelo caráter subjetivo e provocador do trabalho e, principalmente, pelo fato de o apoiador tentar transitar por serviços onde a porta nem sempre estava aberta.

Pereira Junior e Campos (2014) mencionam que o apoio é um método que objetiva fortalecer os sujeitos (individuais e coletivos) no intuito da construção de relações institucionais democráticas. É uma estratégia metodológica que busca ampliar a capacidade de direção e de governo dos sujeitos, para aumentar suas capacidades de análise e de intervenção sobre a realidade. Baseado em matrizes conceituais, oriundas da política, do planejamento, da análise institucional, da Pedagogia e da Psicanálise, construiu um método para análise e cogestão de coletivos, o método da roda, como uma “[...] tentativa de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas” (CAMPOS, 2003, p.12).

Estes autores apostam na potência da figura do apoiador institucional. Mesmo com a possibilidade de controle e autoridade sobre o grupo, o apoiador institucional pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão. Um diferencial e desafio no trabalho do apoiador institucional é que ele não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

Nesta perspectiva, Baduy (2010) coloca que o apoio é produzido a partir de encontros, na dinâmica das relações de poderes, na resistência, habitando espaços, movimentando, aquecendo, produzindo pequenas lutas diárias,

afetações que permitiram colocar-se em análise todo o tempo, e de colocar em análise os modos de pensar a organização e seus instituídos.

Complementando tal ideia, Bertussi (2010), em sua tese de doutorado, faz uma analogia entre os apoiadores e suas máscaras. Ela refere que a representação das máscaras interessa para compreender as multiplicidades dos apoiadores pois, em sua intensidade na relação com as equipes de saúde e em seu contexto, produzem afetamentos mútuos, uns atravessando os outros na produção do encontro em suas sucessivas aproximações.

Para a autora, as máscaras representam as diversas formas criativas com as quais os apoiadores se apresentam dependendo do local que estão adentrando ou da situação com que se deparam. Ela também associa a figura do apoiador com os artistas circenses, trazendo a ideia de personagens-máscaras. Assim como no fantástico mundo do circo, em que os múltiplos personagens entram no picadeiro, o universo de trabalho do apoiador é povoado pelas máscaras e personagens, mutáveis e flexíveis a depender do espaço, coletivos e indivíduos (BERTUSSI, 2010).

Falando agora da minha equipe de apoio, a mesma era composta por mim e mais outro psicólogo, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga e uma fisioterapeuta. Éramos referências para a região/território 9 que fica a caminho da Serra do Mar, nos arredores da Rodovia Anchieta e da Represa Billings. Uma área extensa, onde se situam os bairros do Areião, Riacho Grande e Finco, localizados antes da balsa (pré-balsa) e Santa Cruz, região rural com acesso somente com travessia pela balsa (pós-balsa).

O Território 9 possui uma extensão de 227,92 Km², correspondente a mais da metade do município de São Bernardo do Campo. Os serviços de saúde que compõem esta região são as USF Riacho Grande, Finco, Santa Cruz e Areião, a UPA Riacho Grande e a Farmácia Popular. Seu contingente populacional, segundo estimativas do IBGE (2016), é de 43.884 habitantes. No entanto, no mês de setembro de 2016, o número de usuários cadastrados nas quatro Unidades de Saúde da Família chegava a 45.274 munícipes.

No começo de 2017, São Bernardo do Campo passou por mudança de governo e, em decorrência disso, alguns representantes da gestão foram substituídos, gerando mudanças em alguns departamentos e projetos das diversas secretarias do município. Com isso, o projeto de apoiadores em saúde que estava ligado diretamente à Secretaria de Saúde e com foco no apoio institucional passa a ser vinculado ao Departamento de Atenção Básica, tendo como principal diretriz a atuação nos processos de trabalho das Unidades de Saúde da Família, na lógica de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atua, prioritariamente, na metodologia do apoio matricial e como equipe de referência.

Os NASF foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil e estão regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Configuram-se como uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. Deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios (BRASIL, 2008).

Já o apoio matricial e equipe de referência são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No entanto, cabe dizer

que há inúmeros entraves na construção e implantação das diversas estratégias de apoio existentes na literatura, cabendo aqui citar somente sobre o apoio institucional e/ou matricial.

Deste ponto de vista, Bertussi (2010) coloca que o trabalho do apoiador não se configuraria como uma prática puramente técnica, mas sim como uma prática relacional. Desse modo, os processos intercessores no trabalho de apoio a equipes de saúde apontam para um reconhecimento de ser essa uma produção intensamente micropolítica. E olhando este processo de produção, o apoio às equipes de saúde funcionaria como um dispositivo que provoca estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação, invenção e potência no enfrentamento de problemas cotidianos.

Os encontros e desencontros nestas relações são matéria-prima para instituir novos jeitos de relacionar as várias áreas/setores da Secretaria Municipal de Saúde com cada equipe de saúde e revelar uma dinâmica instituidora que se abre a novas linhas de possibilidades, no desenho do modo de organizar a gestão do cuidado em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno do processo de trabalho de cada equipe, mais comprometido com as necessidades de saúde individuais e coletivas (BERTUSSI, 2010).

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Problematizar as práticas profissionais da Unidade de Saúde da Família Areião localizada no município de São Bernardo do Campo.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Propiciar encontros e possibilidades de fala, nos quais os profissionais pudessem analisar suas implicações referentes ao trabalho realizado nessa Unidade de Saúde da Família;

- ✓ Propor espaços de Educação Permanente em Saúde nessa Unidade de Saúde da Família como produto desta pesquisa.

3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

O Estado age por intermédio de um conjunto de ações denominadas políticas públicas ou políticas de Estado. Elas servem para atender as demandas sociais referentes à efetivação dos direitos civis, políticos e sociais. Caracterizam-se por seu caráter permanente e abrangente. Diferente das políticas de governo, que geralmente são limitadas no tempo e na vida política do país, o que as colocam na classe das orientações passageiras ou circunstanciais.

As políticas de Estado têm sua importância no desenvolvimento do país e na vida de todos os cidadãos, principalmente por traduzirem as necessidades humanas através de leis e diretrizes e buscarem a garantia dos direitos das pessoas em nossa sociedade. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma grande política de Estado, mas antes de esmiuçar como ela funciona e no que se baseia, é fundamental resgatar brevemente a história de sua construção.

O SUS foi consolidado a partir da Reforma Sanitária, movimento que impulsionou a luta contra a Ditadura Militar e trouxe também ao povo brasileiro a militância por transformações e melhorias no setor da saúde, que na época estava sucateado e não assistia de forma equânime a população. O foco era garantir o direito e acesso das pessoas à saúde; este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que tinha como tema “Democracia é Saúde” e foi a partir da Constituição Federal de 1988, pela Lei 8080/90, que o SUS foi instituído como uma política de Estado (FIOCRUZ, 2015).

Sua construção foi um acontecimento que impulsionou o país a repensar o conceito de saúde, o direito à assistência, imprimindo na vida cotidiana dos serviços de saúde a ideia de cidadania (FRANCO; MERHY, 2013). A saúde passa a ser compreendida como direito, devendo o Estado garantir condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus

níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1990).

O SUS tem como norteadores a universalidade do acesso à saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, a descentralização do poder até o nível local e territorial a partir do controle social com a participação da população na tomada das decisões e a integralidade do cuidado e busca pela superação da dicotomia prevenção/cura (BRASIL, 1990). Busca romper com o modelo biologicista hegemônico e considerar no seu escopo de ações a vigilância em saúde, a prevenção e promoção da saúde orientada por um novo conceito de saúde que considera os múltiplos determinantes do processo de saúde-doença (ASSIS et al., 2010).

Vale relembrar que em 1986, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, já se postulava a ideia da saúde como qualidade de vida resultante de um complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação. No Brasil, essa conceituação ampla de saúde assume destaque com a construção do SUS e falar de saúde é falar também da complexidade do viver e dos múltiplos determinantes no processo de saúde e doença.

Desse modo, é reconfigurar a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde, assistência social, educação e saneamento. Por isso, as políticas públicas precisam estar calcadas num novo sentido de vida em que abarquem também o respeito à dignidade humana, a defesa dos direitos à cidadania e a justiça social (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Corroborando Amâncio Filho (2004) e com Ceccim e Ferla (2009), que mencionam que a concepção de saúde almejada para o SUS é aquela colada ao modo de andar a vida das pessoas, ou seja, que contempla os múltiplos determinantes do processo de saúde e doença, bem como as necessidades de saúde da população. Nesse sentido, Souza et al (2014) trazem que a organização de um sistema de saúde baseado na dialética da satisfação das

necessidades expressa o ponto de vista de proteção universal da saúde, sob o pressuposto do bem estar social. O que eles querem dizer com isto? Que as necessidades em saúde não expressam somente necessidades médicas, doenças, sofrimentos ou riscos, mas também carências e vulnerabilidades que refletem estilos de vida e identidades.

Este ideal de concepção de saúde, além de se configurar enquanto avanço inquestionável tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, traz novos desafios. Por exemplo, ao considerarmos a saúde em seu significado pleno, passa-se a lidar com algo tão amplo como a própria noção de vida e o modo de andar a vida das pessoas, como mencionado anteriormente por outros autores. Deste modo, promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de apenas uma área de conhecimento e de práticas (CZERESNIA, 2003).

Assim sendo, constatamos os limites do modelo sanitário baseado numa racionalidade médica, estimando-se que ele deve estar integrado também às dimensões ambiental, social, política, econômica e comportamental. E as ações próprias dos sistemas de saúde precisam estar articuladas, sem dúvida, a outros setores disciplinares e de políticas governamentais responsáveis pelos espaços físicos, sociais e simbólicos. Contudo, mantém-se a tensão entre duas definições de vida: uma, a de nossa experiência subjetiva; outra, a do objeto das ciências da vida, do estudo dos mecanismos fisico-químicos que estruturam o fundamento cognitivo das intervenções da medicina e da saúde pública (CZERESNIA, 2003).

No âmbito da saúde pública, temos a saúde coletiva como campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto “saúde”, sobre o qual operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos e como campo de práticas e atuam diversos atores (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como “setor saúde” (PAIN; ALMEIDA FILHO, 1998).

L'Abbate (2013) afirma que a saúde coletiva tem o objetivo de construir novas formas de articulação entre os diferentes campos da atenção à saúde e abranger um conjunto de saberes e práticas, originados da produção acadêmica de instituições de ensino e pesquisa. Enquanto um campo científico, convém utilizá-lo para análises no sentido de avançar com o nosso sistema de saúde, propondo investimentos na formação dos profissionais que nele atuam.

É importante ressaltar que mesmo enquanto política de Estado e todas essas conceituações acerca do ideal de um sistema de saúde, há diversos SUS acontecendo pelo Brasil e ainda muitos atravessamentos na sua forma de funcionar.

Existe um SUS no setor privado, com existências e inter-relações previstas constitucionalmente, mas que se sobrepõem na instituição do modelo médico-hegemônico. Deste modo, existem vários SUS e vários setores privados completamente imbricados em sua configuração. Existe um SUS produzido pelas forças da reforma sanitária, existe um SUS produzido pelas forças das indústrias de equipamentos e medicamentos. Existe um SUS nas pequenas e empobrecidas cidades, existe um SUS nas cidades grandes e desenvolvidas e com capacidades de contratação e atração de diferentes profissionais e com perfis diferenciados de necessidades de saúde e diversidade de formas de vida. Existe um SUS produzido pelo Ministério de Saúde, existem outros produzidos pelas secretarias estaduais, outro pelas secretarias municipais e outros ainda produzidos pela pactuação entre os gestores das três esferas. Existe um SUS produzido pelos agentes comunitários de saúde, outro pelas Santas Casas, outro pelos hospitais de ensino. Há vários SUS produzidos pelos médicos, uns pelos especialistas, outro pelos médicos de família que querem construir o SUS universal, a integralidade do cuidado e promoção da saúde, outros pelos médicos que enxergam o SUS como uma possibilidade a mais entre múltiplas inserções preferenciais no mercado de trabalho. E esses são apenas alguns dos SUS ativamente produzidos por distintos atores sociais e que compõem, em tensão, a configuração do SUS real. (FEURWERKER; PEREIRA, 2014)

Desse modo, cabe falar que o SUS também é atravessado pela subjetividade dos atores que o produzem pois, mesmo enquanto política de Estado, o sistema se relativiza a partir de quem o produz e de onde ele acontece.

Nesse sentido, Abrahão (2013) faz menção ao termo multiplicidade, referindo-se aos atores envolvidos no trabalho no SUS e suas ações no cuidar e produzir saúde. Não existindo apenas uma, mas várias possibilidades que trabalhadores, usuários e gestores desenham no seu cotidiano. Assim, essa multiplicidade vai construindo possibilidades de gerir, gerar, assistir e de cuidar que se montam na experimentação dos encontros, na produção de subjetividades.

A mesma autora coloca que tomar esse território de produção de subjetividades como múltiplos processos de produção de vida, gestão e assistência, incorpora também maneiras para pensar os problemas inerentes a estas dimensões.

Gestão e assistência são lugares que possibilitam invenções e que convivem com várias tensões no encontro de profissionais com seus núcleos de saber com usuários que buscam ter atendidas as suas necessidades, como matéria de fabricação e de transformação da prática e do modo de vida, assemelhando-se a um plano de produção de possibilidades para negociações, que remete à autonomia dos atores envolvidos e implica criatividade e capacidade para improvisar, ter iniciativa e poder exercer o trabalho e a gestão. Este seria um movimento múltiplo de avanço com capacidade e disposição para criar novos arranjos sobre o processo de trabalho em saúde (ABRAHÃO, 2013).

Franco e Merhy (2013), corroborando com a ideia de Abrahão (2013), afirmam que surgem vários modos de trabalhar em saúde e sobretudo a compreensão de que o cenário de práticas dos serviços é composto por uma multiplicidade de atores — profissionais, gestores e usuários —, o que possibilita diversos arranjos no trabalho e nas maneiras de cuidar.

Por isso, o SUS e o seu processo de trabalho necessitam ser colocados o tempo todo em análise. É imprescindível que haja reflexões contínuas de como está o acesso das pessoas aos serviços, a qualidade das ações ofertadas, se as necessidades e demandas dos usuários estão sendo consideradas, se os profissionais também têm espaço para colocarem suas aflições e dúvidas em relação ao trabalho cotidiano, bem como a criação e manutenção de momentos de formação e de reflexão sobre seu processo de trabalho.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema (BRASIL, 2004).

A PNEPS é uma estratégia que pretende promover transformações nas práticas do trabalho com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é elementar para desterritorializar os profissionais das concepções enraizadas que já não produzem mais saúde e nem um cuidado efetivo e trazer à cena novos fazeres que valorizem os encontros, o vínculo, o respeito e o acolhimento mútuo. E que também possa promover debates com seus atores acerca do processo de trabalho no SUS, reconhecendo-se enquanto personagens dessa história de luta e seguindo na militância por um sistema de saúde que promova acesso e saúde para todos.

Ceccim (2005) afirma que a EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho para que o SUS venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Ele enfatiza que há necessidade de descentralizar e disseminar capacidade

pedagógica por dentro do setor, isto é, entre todos os atores envolvidos na produção do cuidado — trabalhadores, gestores e usuários —, e implicá-la com o caráter situacional das aprendizagens nos próprios cenários de trabalho da saúde, em todas as suas dimensões, conectando-a às ações contra-hegemônicas necessárias.

Reforçando a ideia de Ceccim (2005), Franco (2013) diz que trabalho, ensino e aprendizagem se misturam nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação, e acontecem juntamente como expressão da realidade. Nessa ordem, ele reforça que a linha de produção do cuidado caminha ao lado da linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS, e estas vão desde atividades de pesquisa na área, instituição de conceitos inovadores e práticas educacionais variadas, envolvendo os diferentes produtores de cuidados.

A construção de um cuidado integral no SUS, com atores abertos “ao encontro” presume a existência de dispositivos capazes de agenciar a construção de novos saberes e práticas, que ressignifiquem o trabalho em saúde e sobretudo o cuidado. O agenciamento de desejos que queiram operar na construção de um novo SUS pressupõe o enfrentamento com os territórios atualmente estruturantes dos serviços de saúde e, principalmente, a ruptura com seu modo de ser capitalista e capitalístico (FRANCO; MERHY, 2013).

3.1 A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família: potências e desafios

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É ordenadora do cuidado do usuário na rede de saúde, desenvolvida com alto grau de

descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2012).

Starfield (2002) enfatiza que a Atenção Básica precisa estar dispersa em quantidade e qualidade suficientes no território local, levando em consideração os atributos:

Atenção ao primeiro contato, que consiste no acesso ao serviço pela população;

Longitudinalidade, geradora de vínculo pelo reconhecimento do uso do serviço ao longo do tempo e pela cooperação mútua entre profissionais e usuários;

Integralidade, compreendida como arranjos desenvolvidos pelas equipes para que os usuários tenham garantidos todos os serviços dos quais necessitam, o que inclui as redes de atenção e as referências assistenciais na saúde e também intersetoriais;

Coordenação (integração) da atenção com foco na sua continuidade, valorizando e qualificando os prontuários como forma de reconhecer os problemas de saúde e sociais preexistentes do usuário e também organizando as agendas assistenciais de forma a fortalecer o vínculo e a acessibilidade aos serviços ofertados na unidade e a rede de serviços.

Dentre as atribuições, cabe também estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Atenção Básica está vinculada a um

contingente populacional e a uma região geográfica específica e deve estar estruturada como o ponto de atenção preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que a cobrirtoda a população, integrando e coordenando o cuidado para atender as necessidades de saúde (REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014).

Em 1994, com a finalidade de reorientar a AB, o Ministério da Saúde, estabeleceu o Programa de Saúde da família (PSF), posteriormente definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que o termo programa diz respeito a uma atividade que tem início, meio e fim, não sendo esta a proposta da ESF, que traz o vínculo e a continuidade do cuidado como principais diretrizes. Pavoni e Medeiros (2007) mencionam que a ESF busca converter o modelo tradicional, caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário e na família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Quanto à composição das Unidades de Saúde da Família (USF), estas devem ser minimamente compostas por médicos, enfermeiros, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo haver uma configuração mais ampliada com a inserção de dentistas, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal. A composição das equipes se dá em função da realidade epidemiológica e institucional e das necessidades de saúde da população abarcada pelo território em questão. Cada equipe deve ser responsável por no máximo quatro mil pessoas, sendo respeitados os critérios de equidade para definição. Isto é, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012). Sua atuação deve ser caracterizada pelo trabalho interdisciplinar e em equipe e pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva.

Nessa lógica, as famílias passam a ser abordadas e compreendidas a partir do meio onde vivem e nesse espaço, definido territorial e socialmente, é que se concretizam a integração e inter-relação entre profissionais e população, possibilitando ações com maior significado social e afetivo

(BRASIL, 1997). A ESF é uma proposta que incorpora práticas inovadoras e tem como campo de atuação o “território vivo”, espaço onde as pessoas vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam.

Desse modo, entende-se que a ESF foi implantada com o objetivo de solidificar o SUS, reorganizar o sistema de saúde em vigor e substituir as antigas diretrizes baseadas no modelo biomédico, como já mencionado anteriormente. Vários progressos foram alcançados e pesquisas revelam resultados positivos em alguns locais, principalmente no que se refere à redução do índice de mortalidade infantil. A USF também chegou a ser o serviço do SUS de melhor avaliação, segundo o IPEA (Instituto de Pesquisa Aplicada), em 2011 (VECHIA, 2012). As USF, funcionando adequadamente, resolvem — com qualidade — cerca de 85% dos problemas de saúde da população e, dessa maneira, apenas um pequeno número de pessoas necessitará de atendimento hospitalar e de especialidades. Porém, nem tudo são flores e muitos problemas do antigo modelo ainda persistem, como a fragmentação do cuidado e o atendimento médico especializado, ainda comprometendo o trabalho em saúde (SOUZA; ABRAHÃO, 2010).

Depara-se com dificuldades para a efetivação do trabalho em equipe por conta de ofertas de cuidado atreladas a ações programáticas e curativas sem muito investimento em ações de promoção da saúde.

Sabe-se da importância das linhas de cuidado na Atenção Básica como um constructo teórico organizativo nas ações de saúde no intuito de direcionar o cuidado das pessoas com determinadas condições de saúde (GERHARDT et al., 2016). No entanto, não se deve compreender as ações nas linhas de cuidado como propostas padronizadas, ignorando a singularidade de cada pessoa e os demais aspectos imbricados no processo de cuidar de forma integral.

Corroborando com essa ideia, Massuda et al (2014) afirmam que quando uma unidade de saúde define sua agenda a partir da condição de hipertenso, diabético, criança ou gestante, ela não se centra nas demandas das pessoas do seu território, e sim no cuidado de populações restritas. Esse

modelo de atenção traz algumas fragilidades pois a potência do trabalho está justamente no acesso facilitado, no vínculo e no cuidado continuado e abrangente. Os mesmos autores reforçam que estratégias que envolvem mudanças culturais, políticas e econômicas, bem como ações de promoção da saúde têm demonstrado enorme impacto na saúde das pessoas.

Nesse sentido, diz Czeresnia (1999, p. 1) que:

> Promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais.

São muitas as possibilidades de atuação na ESF. Entretanto, os processos de produção das ações de saúde padecem da produção de procedimentos, ou seja, os modelos configuram-se mais como produtores de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros), sem assumir compromissos com os usuários e suas necessidades (MERHY, 2002). Os processos produtivos voltam-se mais para objetos do que propriamente para aquilo que seria sua finalidade: a de produzir cuidados para que as pessoas vivam melhor suas vidas.

Pode-se afirmar que a própria política que norteia a produção do cuidado também pode engessar o trabalho, tornando-se obstáculo ao cuidado do usuário e produzindo, na realidade, desencontros nessa produção de cuidado. Assim, é inegável que os profissionais que atuam na ESF precisam de ferramentas para lidar com o trabalho cotidiano para poderem ofertar um cuidado integral e com foco na singularidade dos usuários dos serviços.

Nessa perspectiva, faz-se necessário discutir a produção do cuidado e analisar criticamente as práticas de saúde desenvolvidas e ofertadas. É relevante pensar e refletir de que forma elas estão estruturadas, para quais finalidades se prestam, qual a dimensão do alcance de suas ações, para quem estão voltadas, e qual a concepção saúde-doença dos agentes envolvidos no processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção (ASSIS et al., 2010).

Souza e Abrahão (2010) mencionam que para a ESF se desenvolver, ela precisa se desburocratizar e ser compreendida com potencial de formular políticas que promovam os movimentos de auto-avaliação e disposição para mudanças. Assis et al (2010) complementam que as mudanças de paradigmas nas ações de saúde incidem diretamente em valores, cultura, comportamento e micropoderes existentes nos espaços de trabalho, podendo gerar resistências e possíveis conflitos na produção do cuidado. Agir em saúde numa perspectiva de mudança do modelo requer um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares.

Ainda assim, a ESF não funcionará adequadamente sem uma rede de serviços que balize a produção do cuidado. Essa rede tem que garantir o fluxo seguro aos usuários a todos os níveis de atenção e o acesso às tecnologias de cuidado necessárias à resolução de seus problemas de saúde (ASSIS et al., 2010).

3.2 A produção do cuidado em saúde

Boff (1999) traz em seu livro “Saber Cuidar” que o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado, e que cuidar é mais do que um ato, é uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

No entanto, Ayres (2004) assinala a importância de compreendermos o cuidado como um constructo filosófico e, nesse sentido, Feijoo (2011) tece algumas considerações acerca da obra *“*O Ser e o Tempo*”* do filósofo Martin Heidegger (1889-1976). Nesta obra o autor explora o conceito de *Dasein*, comumente traduzido para o português como “ser aí”, que se refere ao modo de ser do ente humano e sua relação com o mundo — “ser aí no mundo” —, concebendo o cuidado *(sorge)*[1] como inerente ao ser humano e, do ponto de

[1] Martin Heidegger utiliza a palavra *Sorge*, do alemão, referindo-se as palavras “cura” e “cuidado”. No entanto, não o utilizei aqui como cura para não confundir com curar no sentido médico de eliminar a doença, e sobretudo, porque o cuidado tem relevância com a temática desta pesquisa.

vista existencial, vem antes de toda atitude e situação do ser humano, sendo o cuidado um modo de ser da essência do humano.

Heidegger (1999) distingue dois modos fundamentais do cuidado: nas relações do ser-aí com os entes cujo modo de ser é simplesmente dado, ele emprega o termo “ocupação” (*Besorgen*), que está relacionada com a ocupação com as coisas do mundo. Já quando se trata das relações com os outros homens, ele usa o termo “preocupação” (*Fürsorge*).

As contribuições de Martin Heidegger foram fundamentais na compreensão da natureza, dimensões e éticas do cuidado e, nessa perspectiva, Boff (1999) diz que o cuidado acompanha o ser humano enquanto peregrinar pelo tempo e só deixará de existir quando o ser alcançar a sua finitude.

Para melhor compreensão desta dimensão, recorreremos aqui à complexa construção heideggeriana sobre o cuidado a partir da alegoria de Higino:

> Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: 'Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de humus (terra) (HEIDEGGER, 1999, p.263-264).

Assim, o cuidado é um fenômeno de nossa existência e está dentro da gente, nas nossas experiências e torna-se visível em nossas práticas. É fundamental pensar e falar do cuidado que está em nós e como vivemos e estruturamos ele, o que traz à tona a dimensão ontológica do cuidado (BOFF, 1999).

> [...] o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. O modo de ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano. Sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Se ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que tiver à sua volta. Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essencia humana [...] O cuidado há de estar presente em tudo (BOFF, 1999, p.13).

Feijoo (2011) afirma que há paradoxos presentes na natureza e dimensões do cuidado, uma vez que a existência humana está imbuída na indeterminação, podendo nos remeter à liberdade, à finitude e ao poder-ser. Em contrapartida, como também colocou Boff, tal condição nos expõe a uma gama de atitudes e sentimentos, como por exemplo a ocupação, a responsabilização, a preocupação, a angústia, o temor, o tédio, revelando assim, algumas contradiçoes da existência e do cuidado.

Santos e Sá (2013), trazendo ainda algumas contribuições de Martim Heidegger, mencionam duas possibilidades da “preocupação”, termo que utilizam para referir o cuidado ao outro, que são de extrema importância para a reflexão acerca da clínica do cuidado. A primeira seria uma preocupação que toma o lugar do outro, assumindo suas ocupações, no intuito de liberá-lo delas ou devolvê-las posteriormente como algo já pronto. Nesta forma de preocupação ou cuidado, o outro pode se tornar dependente e dominado, mesmo que implicitamente. O segundo modo de cuidado ou preocupação é aquele que se antepõe ao outro não para substituí-lo, mas para pô-lo diante de suas próprias possibilidades na existência do ser. Assim, este seria o cuidado propriamente dito, seria o modo do “ser com” e, no âmbito da clínica na saúde, é quando o profissional se deixa apropriar enquanto abertura para a manifestação das possibilidades próprias do outro.

Até aqui tecemos ideias sobre a essência do cuidado e sua relação com o outro. No entanto, agora apoiada em algumas contribuições do filósofo Michel Foucault, darei espaço à ideia da “cultura de si, na qual foram valorizadas e intensificadas as relações de si pra consigo” (FOUCAULT, 1985).

Essa perspectiva não é contemporânea, esse pensamento existe desde a Grécia Antiga, quando os deuses gregos passam a refletir sobre os seus

desejos e singularidades, presumindo a necessidade de um olhar mais profundo sobre si, sobre suas subjetividades, e um investimento no seu eu, cabendo assim a noção do ocupar-se de si e, consequentemente, do cuidado de si.

Para a compreensão dessa noção, socializo aqui uma intervenção realizada por Sócrates:

> Sócrates mostra ao jovem ambicioso que é muito presunçoso de sua parte querer tomar a seu engargo a cidade, dar-lhe conselhos e entrar em rivalidade com os reis de Esparta ou com os soberanos da Pérsia se não aprendeu anteriormente aquilo que é necessário saber para governar: deve, primeiro, ocupar de si próprio – e logo, enquanto é ainda jovem, pois com " cinquenta anos será demasiado tarde" E na Apologia é enquanto mestre do cuidado de si que Sócrates se apresenta a seus juízes: o deus mandatou-o para lembrar aos homens que eles devem cuidar, não de suas riquezas, nem de sua honra, mas deles próprios e de sua própria alma (FOUCAULT, 1985, p.50).

Corroborando com o que vem sendo apresentado, Ayres (2004) retoma que a ideia desse ocupar-se de si, antigamente, representava uma prerrogativa (de alguns), ou mesmo um privilégio, uma dádiva. E é com o Sócrates do "Alcebíades", ou da "Apologia", que esse ocupar-se de si vai ganhar a forma de um cuidado de si, adquirindo progressivamente as dimensões e formas de uma verdadeira 'cultura de si. (AYRES, 2004)

O cuidado de si torna-se uma prática de vida e significa a prática do autoconhecimento, da espiritualidade e satisfação das necessidades, como também o cuidado do corpo, da mente, a realização de exercícios físicos, exames médicos, alimentação adequada (dietas), entre outros. Ou seja, um conjunto de ocupações, um *labor*, para que o ser seja provido de saúde, potência e sabedoria.

Foucault (1985) destaca que essa atividade não constitui um exercício da solidão, mas sim uma prática social. E isso em vários sentidos o intuito é buscar o tempo todo uma transformação individual, mas também no modo de se relacionar com o mundo e com os outros.

Nessa lógica, apoio-me em Ayres (2004), que sinaliza que o cuidado de si não é visto mais como um privilégio. Pelo contrário, tornou-se um atributo e

uma necessidade universal dos seres humanos, regido por princípios de aplicação geral, embora orientados para uma prática de escopo e responsabilidades absolutamente individuais. Não se cuidar é sucumbir, e para não sucumbir era preciso conhecer *a verdade* que a razão a todos podia dar acesso.

Esta colocação me trouxe à memória a representação do movimento das forças instituídas e instituintes e o processo de institucionalização, mencionado no capítulo anterior, que discute alguns conceitos da Análise Institucional. Parece-me que estamos falando da institucionalização do cuidado de si e isso consiste em um importante analisador na história do cuidado.

Transportando o conceito de cuidado paro o âmbito da saúde, Ayres (2004) coloca que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Winnicott (2005), em sua obra “A Família e o Desenvolvimento Individual”, postula que o cuidado em saúde depende da articulação entre saberes técnicos aplicados ao tratamento de doenças e saberes relacionais, que constroem a vinculação com o paciente e a base de confiança necessária para processos de cura.

Nesse mesmo sentido, Merhy (2013) afirma que cuidado é um acontecimento produtivo e intercessor produzido nas relações entre as pessoas e que no campo da saúde acontece entre profissional e usuário. Sendo assim,

> o elemento humano é central, garante o caráter produtor do cuidado, isto é, o modelo assistencial não se configura por uma determinação, um fora que se institui, mas por atos de produção imanentes ao próprio processo, gerados pelos trabalhadores em relação (FRANCO; MERHY, 2012, p. 151).

Nessa lógica, quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário no intuito de produzir cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor, pois nesse momento há uma busca de um espaço comum, no qual

um intervém sobre o outro, constituindo a produção de um no outro, seres estes providos de histórias e desejos.

Ayres (2004) menciona em seu artigo *"Cuidado e reconstrução das práticas em Saúde"* que comumente se atribui ao cuidado de saúde ou cuidado em saúde o conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento. Entretanto, ele se opõe a essa ideia e afirma que não se trata de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem dos procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica. Nessa perspectiva, Matumoto et al (2005) trazem a reflexão sobre a necessidade de se tirar o foco do cuidado enquanto produção de procedimentos e concentrar forças na produção de cuidados, como o próprio Ministério da Saúde denomina enquanto "mudança do objeto de atenção à saúde".

Todo esse contexto é resultado de uma construção histórica e social e para transformá-la serão necessários dispositivos capazes de provocar a ruptura de forças instituídas ao longo do processo histórico, refletir sobre elas e, através de um movimento instituinte, produzir novas formas de fazer saúde.

Para compreensão do processo produtivo do trabalho em saúde, Merhy (2013) fala sobre as caixas de ferramentas tecnológicas que o trabalhador utiliza em seu cotidiano. Há as tecnologias duras, que estão vinculadas ao instrumental e maquinário para a execução do trabalho — o estetoscópio, a caneta, papéis, entre outros —;as tecnologias leve-duras, que representam os saberes bem estruturados — a clínica, a epidemiologia, a psicologia e outros — ; e por fim a caixa das tecnologias leves, que contém o que vai possibilitar o encontro em ato e a produção de relações entre o usuário e trabalhador de saúde.

Todas essas tecnologias são fundamentais para a produção do cuidado. No entanto, as tecnologias leves ocupam um lugar central e permitem produzir relações, construir ou não acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros (MERHY, 2013).

A conexão da tecnologia leve com as outras duas define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde, trazendo novas ferramentas e possibilitando o encontro entre usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do seu modo de andar na vida, e as diferentes maneiras de capturar e tornar aquele mundo o elemento essencial na produção do cuidado. É nesse espaço que a busca capturante do usuário apresenta maior chance de conquistas para impor “finalidades” ao trabalho vivo do trabalhador (MERHY, 2013).

> O trabalho vivo é o trabalho em ato, no seu exato momento de produção, criação, portanto se realiza na atividade do trabalhador. Sendo assim o trabalho vivo é de controle do próprio trabalhador, ele lhe oferece altos graus de liberdade na execução da sua atividade produtiva, pois se realiza enquanto o trabalho é executado, o produto é realizado (FRANCO; MERHY, 2012, p. 153).

O encontro entre trabalhador e usuário promove muitas afetações que acompanham as intensidades das relações que se estabelecem entre dois corpos, seja entre profissional e usuário, profissional e profissional, mas também estes com as normas, saberes, instrumentos que configuram corpos no cenário do cuidado em saúde. Assim, o cuidado ofertado aos usuários dos serviços de saúde é influenciado pelas relações estabelecidas pelos profissionais nos serviços, pelo modo como o trabalho está organizado e perpassa pela subjetividade dos sujeitos implicados no processo. As conexões entre os diversos processos de trabalho que envolvem os trabalhadores e usuários podem tanto se configurar como produção de vida quanto como práticas vazias e sem sentido, assim, dependendo da situação existente nos espaços dos serviços, há um aumento ou redução da potência do agir (FRANCO; MERHY, 2013).

Nesse sentido, para uma transformação do modelo de assistência e produção do cuidado, cabe compreender a visão particular que cada pessoa tem sobre o mundo do cuidado, a significação que dá ao usuário e aos colegas de trabalho, pois as manifestações da subjetividade também definem como será o cuidado ao usuário (FRANCO, 2013).

Rolnik (2006), em seu texto “Uma insólita viagem à subjetividade, fronteiras com a ética e a cultura”, diz que subjetividade é o perfil de um modo

de ser — de pensar, de agir, de sonhar, de amar — que recorta o espaço, formando um interior e um exterior. Franco e Merhy (2013) acrescentam que ela é social e historicamente construída com base em acontecimentos, encontros e vivências que um sujeito tem na sua experimentação e interação social.

Ainda na construção de subjetividades, Rolnik (2006) fala sobre os processos de formação e desconstrução de territórios existenciais, isto é, o que tem dentro de cada sujeito e define sua forma de significar e interagir com o mundo. Este agir na vida é singular, pois pertence a cada um, mas ao mesmo tempo é múltiplo por termos sempre tantos mundos quanto são aqueles que o habitam.

> O desafio da avaliação qualitativa segundo a dimensão subjetiva é o de aprofundar a compreensão da dinâmica micropolítica de cada trabalhador, para perceber como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano, partindo do pressuposto de que há esta produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho. Isto se dá, na medida em que interagem com os usuários e o problema de saúde, através de seu processo produtivo (FRANCO; MERHY, 2013, p. 153).

Assim, os processos de trabalho trazem em si a singularidade dos territórios existenciais aos quais os trabalhadores se inscrevem, podendo a partir deles expressar a representação de acolhimento, de vínculo e de cuidado. E é isto que vai definir se o cuidado que se produz é de um jeito ou de outro. O fato de o território existencial habitar o sujeito significa que onde ele estiver, seja na atenção básica, no hospital, na atenção especializada, no domicilio, entre outros, vai produzir o tipo de cuidado que se inscreve no seu universo com uma ética a ser construída.

Franco (2013) menciona que nos serviços de saúde há um imaginário que associa o cuidado com o emprego de equipamentos de alta tecnologia. Isto é generalizado e faz parte do ponto de vista tanto dos trabalhadores da saúde quanto dos pacientes. Esse imaginário foi construído historica e socialmente e teve como base o Relatório Flexner (EUA, 1910), que reorganizou os referenciais de formação médica e das diversas profissões de saúde no século XX, focalizando em um cuidado mais voltado à produção de procedimentos.

Constata-se que o campo da saúde de forma hegemônica é sustentado por ideologias capitalistas na produção do cuidado e suas práticas ainda padecem da lógica biomédica com ampla utilização de insumos. Apesar disso, todos os profissionais de saúde são dotados de potenciais que podem elevar a capacidade resolutiva dos serviços. Isso pode acontecer reestruturando os processos de trabalho e potencializando o trabalho vivo em ato e as tecnologias relacionais como fontes de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde (MERHY; FRANCO, 2009).

Os mesmos autores falam que o modo de produzir saúde remete à ideia de um campo social, onde forças instituídas e instituintes de entrelaçam, produzindo um jogo que ao mesmo tempo em que é tenso pela sua constituição, é criativo na sua capacidade inventiva, e pode ser tanto acolhedor quanto perverso frente às possibilidades para a construção de redes e sistemas articulados em torno da temática cuidado, se olhado pela vertente das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Tudo isso torna complexo esse sistema produtivo, mas também o torna potente, desde que analisado na micropolítica dos processos de trabalho em ato. Contudo, é no encontro entre os profissionais dos serviços e usuários que está a potência, a riqueza e a intensa atividade do cuidado. Deste modo, como uma malha que é tecida com grande energia, cruzam-se saberes, fazeres e se produzem cuidados no cotidiano dos serviços e das equipes de saúde.

Corroborando com Merhy e Franco (2013), Abrahão (2013) afirma que operando nessa dimensão viva do trabalho e da gestão em saúde, reconhecemos ações originadas das diversas e distintas instituições presentes nos regimes de verdades que expressamos em cada fato, situação e decisão que circula por entre a gestão e a assistência. Poder compreender as instituições que atravessam a produção do cuidado nos serviços de saúde, bem como os analisadores e as implicações dos atores envolvidos, seja na assistência e/ou gestão, pode propiciar uma rica análise de como acontece essa produção nesses locais e, de forma mais ampla, como se dá a ação no campo da saúde.

Nesse sentido, Abrahão (2013) menciona também a importância dos conceitos da Análise Institucional como ferramentas importantes que podem auxiliar no cotidiano do trabalho das equipes, pois essa atuação envolve aspectos de muita complexidade, pautados na singularidade da vida das pessoas implicadas nessa produção.

3.3 A Análise Institucional e sua importância no campo da Saúde Coletiva

Para dialogar com a complexidade do trabalho no campo da saúde coletiva e para ajudar na compreensão dos processos de trabalho dos serviços, em especial as práticas profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) pesquisada, abordarei aqui alguns conceitos-ferramentas da Análise Institucional (AI).

Compreendida como uma abordagem que desenvolve um conjunto de conceitos e instrumentos para a análise e intervenção nas instituições, a AI surgiu na França nos anos 60. Muitos movimentos contestatórios tomaram corpo nas décadas de 50 e 60, os quais questionavam as práticas dos partidos políticos de esquerda, dos hospitais psiquiátricos, das escolas de nível médio, das universidades e das fábricas. À época, René Lourau, um dos principais fundadores da AI, defendeu a ideia de “transformar para conhecer”, apoiada em conceitos das Ciências Humanas e Sociais, da Filosofia e da Psicanálise, como também em diferentes formas de intervir em grupos e organizações (L’ABBATE, 2013).

Em meio ao acontecimento do “Maio de 1968”, momento marcante e repleto de reivindicações em decorrência de uma crise politico-ideológico e cientifico-intelectual que assolava a França, a AI passa a exercer um papel importante. Neste período, em seu contexto histórico e político, foi muito criticada por revelar as deficiências de várias organizações e instituições, principalmente a sociologia, a psicanálise, o direito e a economia política. Àreas que tendem a se articular na análise institucional, que nunca pretendeu

substituir nenhuma destas disciplinas, e menos ainda englobá-las (LOURAU, 2014).

Já no Brasil, ela surge nos anos 70 em departamentos de Psicologia de algumas universidades públicas. Nesse período o país vivia a Ditadura Militar, momento marcado pela censura e suspensão dos direitos à cidadania, além de uma crise econômica que assolava o país e evidenciava as desigualdades sociais. Por isso, a população mobilizava-se através de diversos movimentos contestatórios e de lutas, como ocorrido anteriormente na França (L'ABBATE, 2013).

Interessante mencionar que no Brasil, nessa época, outras abordagens teóricas de análise de grupos e instituições estavam em expansão e, ao contrário do que ocorreu na França, houve uma espécie de "casamento heterogêneo", no qual Georges Lapassade, René Lourau e Félix Guattari foram bem aceitos pela comunidade de estudiosos institucionalistas e psicanalistas brasileiros, rendendo boas discussões e produções coletivas (L'ABBATE, 2013).

Na Saúde Coletiva, a AI foi introduzida em 2001, através de grupos de estudos e pesquisas em universidades, a partir da articulação da socióloga Solange L'Abbate, que trouxe sua experiência do pós-doutorado realizado na França em 1999 e 2000, sob a orientação de René Lourau e Antoine Savoye. A relevância da disseminação desse tipo de discussão no âmbito do SUS se dá por ter colocado em análise a própria Saúde Coletiva enquanto instituição, o que significa problematizar a própria constituição do seu campo como um conjunto de saberes e práticas relacionados a um contexto amplo, de ordem político-social, ideológica e tecnico-científica (L'ABBATE, 2002).

Para Lourau (2014), a AI não pretendia produzir um super-saber clandestino e misterioso, mais completo, mais "verdadeiro" que as outras disciplinas fragmentárias do conhecimento. Ela objetivava produzir uma nova relação com o saber, uma consciência do não-saber que determina nossa ação. Ela pretendia trabalhar a contradição, seguir uma lógica dialética em

oposição à lógica identitária característica das demais ciências, salvo a Psicanálise (LOURAU, 1993).

A AI tem em suas veias, como o nome já diz, a análise, e por isso tenta analisar permanentemente as suas próprias contradições, visto que também só funciona dentro delas, sendo seu diferencial o reconhecimento dessas, o que não acontece em outras áreas e disciplinas. Por toda essa ousadia, pode-se dizer que o surgimento da AI causou escândalos, desequilibrou e movimentou determinados processos instituídos, trazendo à tona aspectos antes ocultos.

Contudo, é importante deixar claro que

> não existe uma escola institucionalista, mas sim muitas, e existem diferenças teóricas, metodológicas, técnicas, políticas entre elas. O que há como característica comum é o interesse pela produção nas organizações e instituições, assim como por um funcionamento auto-analítico e autogestivo das mesmas (BAREMBLITT, 2002, p. 55).

Dentro do Institucionalismo Francês há a Análise Institucional e a Socioanálise, de tradição dialética e originadas das obras de René Lourau e Georges Lapassade. De outro lado, a Esquizoanálise, inspirada na filosofia das diferenças e de autoria de Felix Guattari e Gilles Deleuze. Na Socioanálise, as intervenções adquirem um caráter mais totalizador e sedentário, enquanto que na Esquizoanálise seriam mais fragmentárias e nômades. René Lourau e Georges Lapassade trilharam juntos o caminho no âmbito na Análise Institucional e atuaram em universidades. Já Félix Guattari nunca atuou diretamente na academia. Apesar das diferenças, o que convergia aa atuação dos três autores é que eles estavam intervindo em organizações: René Lourau e Georges Lapassade intervinham em escolas, associações, sindicatos, setores da igreja e de universidades, e Félix Guattari atuava, sobretudo, em hospitais psiquiátricos, mas mantendo contato com grupos dos mais diversos (L'ABBATE, 2012).

Vale citar que, no Brasil, o limite entre ambas as teorias é muito sutil, uma vez que atuam integradas e articulam conceitos entre si, o que não acontece na França, havendo maior rigor quanto ao uso e mistura de suas conceituações. De qualquer maneira, a AI tem por objetivo analisar uma

realidade social e organizacional a partir dos discursos e práticas dos sujeitos, baseando-se no conceito de instituição (L'ABBATE, 2012).

Para Lapassade (2016), as instituições são "formas", produtos históricos de uma sociedade instituinte que produzem e reproduzem as relações sociais e se instrumentalizam em estabelecimentos e/ou dispositivos. Lourau (2014) complementa que uma norma universal, ou considerada com tal, quer se trate do casamento ou da educação, quer da medicina, do trabalho assalariado, do lucro, do crédito, chama-se instituição.

> Instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória construindo-se **na** (e **em**) história, ou tempo. Tempo, pode ser, por exemplo, dez anos para a institucionalização de crianças deficientes ou dois mil anos para a institucionalização da Igreja Católica. O tempo, o social histórico, é sempre primordial, pois tomamos instituição como dinamismo, movimento; jamais como imobilidade. Até instituições como Igreja e Exército estão sempre em movimento, mesmo que não tenhamos essa impressão. O instituído, o status quo, atua com um jogo de forças extremamente violento para produzir uma certa imobilidade; especialmente nos dois exemplos que acabei de dar (LOURAU, 1993, p. 11, "grifo do autor").

E, corroborando com tais definições, Baremblitt (2002) afirma que instituições são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos. O conceito de instituição é dialético e vive em processo de transformação. Lourau (1993) enfatiza a importância de conhecer o instituído e os diversos movimentos contraditórios na instituição, como as forças instituídas e instituintes.

Para tanto, Lourau (2014) se embasa na dialética de Hegel, partindo dos três momentos: a universalidade, a particularidade e a singularidade. No momento da universalidade está o instituído, ou seja, a tese, a verdade difícil de ser desconstruída e o que mantém o status quo e o modo de operar da instituição. Já no momento da particularidade, está o instituinte, encarado com a antítese, em outras palavras, aquilo que questiona a verdade que rege a instituição e o seu modo de fazer. O instituinte convoca dúvidas e questões sobre o modo de operar no intuito de fazer nascer o novo, possibilitando

reflexões e novas formas de uma equipe de saúde produzir um cuidado, por exemplo. O último momento, a singularidade, corresponde à institucionalização propriamente dita, isto é, a síntese de tudo, representando a organização funcional concreta da instituição.

Contra as forças instituintes e sua rebeldia, a institucionalização busca formas mais estáveis, rígidas e duradouras. Da mesma maneira, contra o instituído e sua imutabilidade, os processos instituintes buscam mudanças inovadoras nas formas até então utilizadas (ROMAGNOLI, 2014, p. 47).

Apropriando-se desse jogo constitutivo entre instituído e instituinte, analisa-se as situações de institucionalização quando chamados a intervir em organizações e grupos (ROSSI; PASSOS, 2014). E tomando novamente como exemplo a instituição saúde, é nesse jogo entre instituído e instituinte que surge o tom dos modos de produzir saúde nos serviços e que se configuram, muitas vezes, em espaços de tensão e disputas frente aos modos de gestão e de cuidado.

Não podemos nos contentar apenas em ver as grandes contradições, mas é também importante que nos debrucemos sobre as contradições do próprio instituído, como também do instituinte (LOURAU, 1993).

Em meados de 1968, a instituição era entendida a partir de uma perspectiva maniqueísta. Ou seja, o instituído era imóvel como a morte e sempre mau, e o instituinte era vivo como um jovem, uma criança, e sempre muito bom. Já sobre a institucionalização, o produto contraditório do instituinte e do instituído em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução. O movimento, ou força de autodissolução está sempre presente na instituição, embora esta possa parecer permanente e sólida (LOURAU, 1993).

Rossi e Passos (2014) colocam que a grande importância dessas conceituações e movimentações é a análise que provocam, principalmente quando se diferencia o conceito de instituição daqueles de organização e estabelecimento. Como já explicitado aqui por outros autores, e reiterado agora por Rossi e Passos (2014), o que nos interessa é a abertura para a análise das

diversas instituições da sociedade, criando-se efetivamente uma AI preocupada com as práticas instituintes que engendram instituições e atravessam os mais diversos locais ou situações.

Partindo de um olhar que compreende a saúde como uma instituição, cabe dizer que o processo operado no cotidiano dos serviços de saúde se movimenta a partir de diversas forças instituídas e instituintes, com a incorporação das subjetividades em construção e desconstrução. O movimento dialético entre o instituído e o instituinte faz surgir questões que acabam por colocar em dúvida a fundação da instituição, ou seja, a verdade que sustenta o instituído (ABRAHÃO, 2013).

Rossi e Passos (2014) afirmam que a exacerbação de questões e dúvidas, como trazer às vistas o não visto, fazer dizer os não ditos e causar desconfortos e mudanças é o que fundamenta a AI. Assim, ela se consolida como campo de produção de conhecimento e de intervenção sobre a realidade, desdobrando perguntas críticas que se armam a partir de conceitos seminais: “análise da demanda” e “análise da encomenda” (quem pede intervenção e o que é pedido?), “análise da oferta” (o que o analista oferta e quais os efeitos da sua intervenção?), “analisador” (que acontecimentos põem em análise a realidade institucional?) e, principalmente, “análise da implicação” (como estamos todos envolvidos na realidade institucional?).

Como não são de relevância para esta pesquisa todos os conceitos-ferramentas advindos da Análise Institucional, apoiar-me-ei aqui no conceito-ferramenta da análise das implicações, que será tratado no próximo item.

3.3.1 A análise das implicações

Neste item será discutida a análise das implicações, conceito fundamental na AI e premente nesta pesquisa, considerando-se que ela foi fruto exatamente de minhas implicações enquanto pesquisadora e apoiadora em saúde, o que resulta neste mergulho na dimensão institucional da USF em questão.

Quando o conceito de implicação foi oficialmente introduzido na AI como um dos elementos indispensáveis de um projeto teórico, ainda produzia pouca ressonância junto às demais áreas. Por isso, tratava-se de incorporar os conceitos advindos da teoria psicanalítica, como transferência e contratransferência, às situações coletivas, aumentando sua abrangência e integrando a sociologia nesse âmbito (LOURAU, 2004).

Entre 1960 e 1965, psicanalistas e psiquiatras propuseram os conceitos de transferência e contratransferência institucionais. Por contratransferência entende-se o conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência realizada por este (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Ou seja, contratransferência é tudo o que, da personalidade do analista, pode interferir no tratamento e remete apenas aos processos inconscientes que a transferência do analisando provoca no analista. Como se percebe, a caracterização fornecida para a referida noção parece por si só justificar sua posterior substituição pelo conceito de implicação (ROCHA; DEUSDARÁ, 2010).

Lourau (2004) menciona que nessa trajetória muitos questionamentos na exploração da dialética da contratransferência surgiram até tal dimensão ser redescoberta pela teoria da implicação.

Nos meios da formação profissional, da terapia, do trabalho social e até mesmo no jornalismo ou na linguagem política, a palavra implicação se confundia a outras palavras, tais como *compromisso, participação, investimentos e motivação e* comumente ouvia-se as expressões: “Eu me implico, ele se implica, ela não se implica o bastante”. Essas expressões estão carregadas de juízos de valor acerca de si mesmo ou dos demais, destinados a medir o grau de proatividade e de identificação a uma tarefa ou a uma instituição, a quantidade de orçamento-tempo que lhes é consagrada (estar lá, estar presente), bem como a carga afetiva investida na cooperação (LOURAU, 2004).

Mas não é exatamente disto que estamos falando aqui. Para melhor compreender o conceito de implicação, Lourau (2004) afirma que convém

também conceituar a sobreimplicação, que é a ideologia normativa do sobretrabalho e gestora da necessidade do “implicar-se” ou do chamado implicacionismo. Estar sobreimplicado sem a condição/possibilidade de analisar suas implicações, o que se traduz em um fazer sem crítica.

Romagnoli (2014) refere que a sobreimplicação impede que a implicação seja analisada, paralisando os efeitos dinâmicos e processuais de nossas cargas ideológicas, libidinais e institucionais nas situações das quais participamos, ou seja, ludibriando a própria implicação. Rocha e Deusdará (2010) colocam que a análise das implicações é vista como o ponto mais delicado e ao mesmo tempo mais estratégico da AI.

A implicação deve ser analisada individual ou coletivamente, o que acarreta em atividade intensa e, muitas vezes, penosa (LOURAU, 2004). O mesmo autor enfatiza ainda que cotidianamente preferimos não nos colocar muitos problemas e direcionamos e deixamos nas mãos do outro o que muitas vezes diz respeito a nós e a nossa movimentação (LOURAU, 1993).

Para elucidar esta questão, Lourau (1993) se remete a Karl Marx, fazendo um paralelo com seu conceito de alienação, afirmando a dificuldade da análise de nossas implicações, isto é, a análise dos lugares que ocupamos ativamente nesse mundo e principalmente em nosso local de trabalho.

> Um coletivo de trabalho urge que “ocultemos” de nós mesmos, digamos, 80% de seu funcionamento real (ou relacional). Inclusive, necessita desse “ocultamento” para funcionar. É a verdade, a realidade. Não é mau, apenas, contraditório (LOURAU, 1993, p. 15).

Lourau (1993) sinaliza que as implicações em jogo podem ser claramente libidinais, pois os afetos e desejos estão presentes todo o tempo, em qualquer situação da vida, como também as implicações ideológicas e políticas.

Posteriormente, Lourau, influenciado por Max Weber e Henri Lefebvre, passa a considerar diversos níveis de análise de implicação como:

> ✓ implicação institucional se refere ao conjunto das relações entre o “ator” e as instituições;

> ✓ implicação prática indica as relações que o “ator” mantém com as bases materiais das instituições;
>
> ✓ implicação sintagmática mostra as relações interpessoais que os grupos apresentam, ou seja, os fantasmas de grupo;
>
> ✓ implicação paradigmática envolve o saber e o não saber, sobre o que é possível e sobre o que não é possível fazer, pensar;
>
> ✓ Implicação simbólica diz respeito à “própria sociabilidade, o vínculo social , a vida no coletivo e com suas convergências e divergências” (LOURAU, 2014, p. 274).

Ainda sobre os tipos de implicações, Lourau (2004) cita as implicações primárias e secundárias. As primárias dizem respeito ao pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção, com a instituição de pesquisa ou outra instituição de pertencimento e, sobretudo, com a equipe de pesquisa/intervenção e sua implicação na encomenda social e nas demandas sociais. As secundárias referem-se às implicações sociais, históricas, epistemológicas, implicações na escrita ou qualquer outro meio que sirva à exposição da pesquisa.

De certa forma, as implicações fazem parte do ser humano, e sendo ele pesquisador, analista, profissional de qual área for, está sujeito à sua história de vida, a qual está provida de crenças e ideais, que afeta o tempo todo as suas ações cotidianas e, muitas vezes, representa como nos colocamos no mundo. Para lidar com o jogo de forças a que estamos submetidos, produzir críticas e movimentos em nossas práticas cotidianas — principalmente no que tange o trabalho na área da saúde — e ainda assim nos construirmos como sujeitos nas coletividades é imprescindível que analisemos as nossas implicações.

Abrahão (2013) menciona a importância do conceito de implicação nos processos de produção de saúde, pois as relações e os encontros que experimentamos no dia-a-dia do trabalho nos colocam em uma teia de possibilidades, conflitos e multiplicidades (processo de subjetivação), e que muitas vezes ficamos estáticos ou sem reconhecer o fluxo em que estamos inseridos. Considerar isso é reconhecer que há muito dos nossos próprios movimentos e interesses inscritos nos atos e ações do cotidiano dos serviços:

consiste na possibilidade de não cristalizar e endurecer em processos que limitam a nossa ação como atuante do campo de saúde.

A implicação não é só uma questão de vontade enquanto decisão consciente. Envolve também questões políticas, econômicas, sociais, ideológicas e as instituições que circulam nesse território. Envolve analisar os lugares que ocupamos e desejamos ocupar —enquanto gestores, trabalhadores —, os desafios contidos nisso, mas requer principalmente a negação da neutralidade, pois implicados sempre estamos.

Analisar o que está presente no conjunto das atividades das instituições, na dinâmica do instituído, do instituinte e da institucionalização, envolve a análise das implicações. E esse processo revela as tensões como inerentes ao viver e também constitutivas da produção do cuidado em saúde (ABRAHÃO, 2013).

O encanto dessa produção coletiva é justamente identificar os nós na construção de um trabalho conjunto, assumindo a complexidade de trabalhar em equipe, uma vez que o processo é composto de múltiplas direções, forças instituídas e instituintes, instituições, ou seja, caminhos díspares cruzam a todo instante o plano da gestão em saúde e da produção das equipes. Por isso, colocar-se em análise é uma tarefa necessária, embora constate-se que isso quase sempre é negligenciado no cotidiano dos serviços de saúde.

L’Abbate (2002) enfatiza que, sem colocar em análise as práticas cotidianas dos profissionais dos serviços de saúde, dificulta-se a realização de mudanças no funcionamento destes serviços, no sentido de garantir o acesso, a qualidade e a resolutividade no atendimento. Sendo o Sistema Único de Saúde uma instituição, há que se levar em conta o seu processo de institucionalização, potencializando as produções instituintes e a construção uma nova intersubjetividade entre os sujeitos envolvidos na produção da saúde.

L’Abbate (2002) faz menção ao trabalho da socioanálise, que a meu ver, também se aproxima em alguns momentos da Educação Permanente em Saúde: intervenções no interior das organizações de saúde que objetivam

transformá-las em espaços menos duros e burocratizados, que não produzam indivíduos passivos e submissos. Nessas intervenções, as perspectivas do sujeito, da subjetividade e da autonomia podem ser respeitadas e até promovidos, desde que tais processos estejam eles mesmos postos em análise.

4 PERCURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Esta é uma pesquisa de campo de natureza qualitativa desenvolvida segundo o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional.

A pesquisa qualitativa caminha na perspectiva de compreender, interpretar e dialetizar os fenômenos e trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2011). Traz também a possibilidade de revelar condições de vida, da expressão dos sistemas de valores e crenças e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, que pode ser tanto o pesquisador como os sujeitos pesquisados, o que pensa o grupo dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais (MINAYO, 2012).

Esse tipo de pesquisa surge como contraponto à abordagem quantitativa que defende a quantificação e o controle das variáveis para que o conhecimento objetivo do mundo seja alcançado. A concepção advinda da abordagem qualitativa é que os modelos científicos das duas ciências são diferenciados, dada a natureza distinta de seus objetos. A abordagem quantitativa privilegia a objetividade em todas as etapas da pesquisa, adotando procedimentos como: padronização, controle de variáveis e grau de distanciamento do pesquisador de seu objeto de estudo. Por outro lado, a abordagem qualitativa parte do pressuposto de que a ação humana tem sempre um significado subjetivo — que se passa na mente consciente e inconsciente da pessoa — e intersubjetivo, que se refere ao conjunto de regras e normas que favorecem o compartilhamento de crenças por grupo de pessoas inseridas em determinado contexto sociocultural (FRASER; GONDIM, 2004).

Agora falando do campo na pesquisa qualitativa, ele é compreendido como o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação (MINAYO, 2012).

Santos (1999) define campo como lugar natural onde acontecem os fatos e fenômenos e refere que este tipo de pesquisa recolhe os dados in natura, ou seja, como são percebidos pelo pesquisador. Portanto, o trabalho de

campo vai muito além da coleta de dados e permite a aproximação do pesquisador com a realidade que deseja pesquisar e obter conhecimento.

Minayo (2012) complementa que os sujeitos/objetos de investigação são construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo e, no campo, eles fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando em um produto compreensivo que não é a realidade objetiva, mas sim descobertas construídas a partir das interações e relações estabelecidas no decorrer do trabalho de campo.

Por isso, é impossível pensar num trabalho de campo neutro, a forma de realizá-lo revela as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem observados, coletados e compreendidos como o modo como vai recolhê-los.

> Em outras palavras, o pesquisador está inelutavelmente presente naquilo que pretende analisar e que só pode ver a partir do lugar que ocupa: o pesquisador não pode não ser perspectivo, mas pode explorar aquilo que condiciona seu olhar, sua intervenção (ROCHA ; DEUSDARÁ, 2010, p. 48).

Desse modo, Duarte (2002) diz que pesquisa é sempre um relato de uma longa viagem vivenciada por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Contudo, ele direciona a esse lugar um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são bastante pessoais.

4.1 O encontro com os trabalhadores, vulgo rodas de conversas

Importante contar aqui que para coletar os dados desta pesquisa, a princípio, realizar-se-iam grupos focais com os participantes. Estesforam dezesseis profissionais da Unidade de Saúde da Família Areião. Dentre eles: um médico, uma enfermeira, cinco agentes comunitárias de saúde, uma agente de endemias, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, um farmacêutico, uma psicóloga e um apoiador em saúde. Todos diaristas e com carga horária de quarenta horas/semanais.

Desta forma, a composição dos grupos foi heterogênea tendo em vista a diversidade de profissões existentes em uma USF. Entretanto, por fazerem parte do mesmo serviço e já estabelecerem certo grau de proximidade nas relações interpessoais, houve fluência nas conversas para o surgimento das temáticas relevantes aos participantes e reflexões acerca das discussões realizadas nos grupos.

No decorrer do processo com os grupos, constatou-se que o que acontecia ali não era simplesmente um grupo focal para coletar dados de pesquisa. O que acontecia ali era um encontro entre os trabalhadores, onde eles contavam com a possibilidade de falar, escutar e, sobretudo, discutir assuntos pertinentes à vida do trabalho. E eu, enquanto apoiadora institucional inserida naquele contexto, contribuía com as reflexões e discussões acerca do cotidianodaquela Unidade e Equipe de Saúde da Família, além de me perceber uma pesquisadora ativa e misturada nos encontros com aqueles profissionais.

Com isso, resolveu-se mudar o nome de coleta de dados para produção dos dados de pesquisa pois foi o que de fato houve naqueles encontros em rodas de conversas.

Antes de iniciarmos a produção dos dados de pesquisa, acreditava-se que seria confuso e difícil de manejar as discussões nessa mistura entre ser apoiadora institucional e ao mesmo tempo pesquisadora. No entanto, com a aproximação da teoria da Análise Institucional e me debruçando no conceito de análise das implicações, percebi o ganho de potência que teria essa mistura, bem como a possibilidade de nos analisarmos em conjunto durante os encontros.

Guillier e Samson citados por Rocha (1997), e Deusdará (2010) trazem que no território da pesquisa não existe um objeto (mundo exterior representável) e um sujeito (mundo interior, consciência representante) — cisão esta que remeteria à posição dualista cartesiana. Fica nítida a impossibilidade de uma exterioridade essencial, de uma ruptura entre sujeito e objeto, produzindo-se, antes, uma mescla de forças que não corresponde nem a um sujeito, nem a um objeto individualizados, e que foi inicialmente

associada à noção psicanalítica de contratransferência — que refere ao conjunto de reações do analista frente ao analisando. Assim, na Psicoterapia Institucional era comum falar de implicação para designar a existência de um lugar, de um elo como demonstrativo de uma relação de confusão entre analista e analisando.

Nesse sentido, Romagnoli (2014) menciona que falar de implicação na pesquisa não se refere ao grau de comprometimento, envolvimento e relação pessoal com o campo da pesquisa. Pelo contrário, refere-se a falar das instituições que nos atravessam no ato de pesquisar. A implicação revela que aquilo que a instituição provoca em nós é sempre efeito de uma produção coletiva, de valores, interesses, expectativas, desejos e crenças que estão postos nessa relação. E no que concerne à pesquisa científica, implicação é a análise coletiva das condições da pesquisa (LOURAU, 2014).

Para conhecer alguns aspectos de suas trajetórias profissionais e caracterizar os participantes da pesquisa foi utilizado um breve questionário (apêndice B), elaborado especificamente para esta pesquisa, onde os dados são apresentados no quadro 1, a seguir.

Importante ressaltar que a identidade dos participantes foi preservada e, para isso, foi construído junto com eles qual a estratégia a ser utilizada para tanto.

Eles escolheram pseudônimos a partir de suas afinidades e identificação com personagens de filmes, nomes de flores e animais, objetos e pessoas marcantes em suas vidas.

Então, a partir desse momento, eles passaram a ser identificados pelos pseudônimos escolhidos, descritos no quadro a seguir:

Quadro 1 – **Quadro de caracterização dos participantes da pesquisa:**

Pseudônimo	**Idade**	**Sexo**	**Profissão**	**Onde formou**	**Tempo no SUS**	**Tempo na UBS**
Formiga	31	Feminino	Técnica de enfermagem	Escola Privada	5 anos	16 meses

Coração	35	Feminino	Técnica de enfermagem	Escola Privada	5 anos	16 meses
Cachorro	42	Feminino	Auxiliar de Saúde Bucal	Escola Privada	16 meses	16 meses
Gato	39	Feminino	Dentista	Universidade Pública	3 anos	16 meses
Vida	37	Feminino	Enfermeira	Universidade Privada	9 anos	16 meses
Flor	46	Feminino	Recepcionista	Universidade Privada	7 anos	12 meses
Clara	33	Feminino	Psicóloga	Universidade Privada	16 meses	16 meses
Rosa	35	Feminino	ACS	Escola Pública	5 anos	16 meses
Elsa	32	Feminino	ACS	Escola Pública	5 meses	5 meses
Violeta	33	Feminino	ACS	Universidade Privada	6 anos	16 meses
Horizonte	48	Feminino	ACS	Escola Pública	12 anos	16 meses
Joana	50	Feminino	ACS	Escola Privada	12 anos	16 meses
Maria	36	Feminino	ACE	Escola Pública	4 anos	12 meses
Azul	35	Masculino	Médico	Escola Pública	4 anos	12 meses
Remédio	36	Masculino	Farmacêutico	Universidade Pública	5 anos	16 meses
Amanda	24	Masculino	Apoiador em saúde	Universidade Pública	3 anos	5 meses

Como mencionado anteriormente, para a produção dos dados, aconteceram rodas de conversas e discussões com todos os participantes da pesquisa. Eles foram divididos em dois grupos, compostos por oito e sete integrantes, e realizados três encontros de aproximadamente uma hora e meia de duração com cada grupo.

Segundo o referencial teorico-metodológico da AI e pelo que os objetivos desta pesquisa propõem, o desejável seria propiciar encontros com

todos os profissionais em uma grande roda de conversa e fazer inúmeros encontros para podermos nos aprofundar no processo de trabalho da unidade pesquisada e principalmente na análise das nossas implicações. Porém, devido à dificuldade para ajustar as agendas de todos os profissionais participantes, frente as ações cotidianas na unidade de saúde e compromissos pessoais, não foi possível compor esse grande e único grupo.

Todavia, as rodas de conversas possibilitaram o aprofundamento das questões trazidas pelos participantes, como também a reflexão. Apareceram os modos como os profissionais se relacionam entre si, no trabalho e em suas vidas cotidianas, bem como suas concepções e implicações referentes ao trabalho naquela USF e o cuidado produzido ali.

Os temas previamente definidos para as rodas de conversas foram:

- ✓ **Primeira roda:** ***"****A subjetividade e a implicação dos participantes da pesquisa no trabalho na Unidade de Saúde da Família — Quem somos nós e por quê estamos aqui?".*

Neste dia, o trabalho foi focado na criação dos pseudônimos e na discussão sobre a identidade das pessoas que estavam ali naquele grupo, como também suas implicações enquanto profissionais daquela USF.

- ✓ **Segunda roda:** "*A concepção de cuidado e a produção de cuidado naquela Unidade de Saúde da Família".*

Neste encontro, foi utilizado um vídeo de uma animação chamado "A Dama e a Morte" para facilitar a discussão sobre a temática do cuidado.

Os participantes puderam refletir sobre o conceito de cuidado e, principalmente, conscientizarem-se de como cuidam na vida, na família e no trabalho.

- ✓ **Terceira roda:** "*O processo de trabalho do serviço pesquisado".*

Neste último encontro, os participantes também assistiram a uma animação chamada de "Last Knit: o último tricô", que mobilizou a discussão da

temática do processo de trabalho na USF pesquisada, como também trouxe à tona mais aspectos da subjetividade e da vida dos profissionais envolvidos com a pesquisa.

Como era previsto, alguns profissionais não puderam participar de todas as rodas de conversas devido a alguns atravessamentos como férias, adoecimentos e outras atividades que coincidiram com o horário do encontro. Mas, de modo geral, foi possível realizar todos os encontros e eles correram muito bem.

Os temas dos encontros serviram como disparadores das discussões, pois na realidade o objetivo era que as discussões fluíssem livremente e que os profissionais pudessem se sentir à vontade para se expressarem e colocarem suas questões em análise no coletivo.

Posso dizer que esse objetivo foi alcançado porque foi surpreendente o interesse e a motivação dos participantes em estarem presentes nas rodas e perceptível a necessidade que eles têm em habitar espaços para falar e processar o que vivem no cotidiano: anseiam espaços onde possam usar da criatividade e se sentirem cuidados.

A respeito do que esta pesquisa produziu em mim, compartilho que me debruçar nos estudos da Teoria da Análise Institucional foi fundamental no ganho de conhecimento e de ferramentas para o meu fazer no apoio e agora também na gestão de um serviço de saúde. Esse referencial teorico-metodológico me trouxe a possibilidade de fazer leituras do que acontece comigo enquanto pessoa, profissional, pesquisadora e gestora, como também me encontrar com a equipe de saúde que participou da pesquisa, e também com a equipe com a qual atuo hoje.

Pude analisar as instituições que atravessam o tempo todo o nosso trabalho e, principalmente, enxergar o quanto somos institucionalizados, tendo a oportunidade de me colocar em análise.

Nesse processo também me deparei com o descompasso na produção da pesquisa, com os entraves do mestrado profissional, como o curto tempo

para dar conta do pesquisar, conhecer referenciais teóricos e me apropriar das escolhas metodológicas, concomitantemente com o trabalho cotidiano nos serviços de saúde do SUS.

Tais constatações foram imprescindíveis, principalmente porque o estudo da Análise Institucional garantiu espaço para reflexões e processamento do vivido nesse cotidiano, abrindo mais possibilidades e ferramentas para o meu trabalho diário de modo a me permitir transitar nos vários e diferentes lugares como gestora e trabalhadora, e poder estar permeável a escutar e compreender as diversas facetas dos fazeres da assistência e gestão.

> [...] procurando fazer emergir nos espaços de construção intercessores os vários territórios existenciais e suas problematizações, nos quais a circulação dos poderes opera por meio de todos os pontos de conexões que aí se ordenam, sem escamotear as lógicas porosas que aí se encristam, ao contrário, indo a favor de sua visibilidade como campo dos encontros efetivos [...] (MERHY, 2013, p. 23).

Como já mencionado no início deste capítulo, o referencial teórico-metodológico da pesquisa foi a Análise Institucional e para a análise das rodas de conversas me apoiei nos conceitos de análise das implicações e na micropolítica do trabalho e cuidado em saúde.

5 DISCUSSÃO E ANÁLISES: A ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Neste tópico, serão exploradas as afecções e aspectos da subjetividade dos profissionais que participaram das rodas de conversas na USF pesquisada.

René Lourau diria que trataremos aqui, das implicações dos profissionais que atuam na USF pesquisada, ou seja, o envolvimento e relação desses profissionais com o trabalho realizado de modo a tornar consciente o que se faz ali e refletir acerca do lugar que ocupam no trabalho, nas relações interprofissionais e com o usuário na produção do cuidado.

Barbier (1985) afirma que trabalhar as implicações em um dado campo de intervenção (o que pode ser um estabelecimento, um grupo informal, um grupo institucionalizado, um grupo amplo como um vilarejo) significa revelar a ação latente ou manifesta das instituições nesse campo.

Nesse sentido, os relatos nas rodas de conversas foram carregados de histórias e afetos e revelaram os ditos e os não ditos da vida privada e do trabalho cotidiano dos profissionais ali presentes, conforme podemos ver pelos relatos de Gato e Cachorro:

> Eu tento, eu acho que comigo mesmo eu sou uma pessoa muito rígida. Às vezes até inflexível. E eu tento não ser isso aqui. Tanto com as pessoas que trabalham comigo, quando com as pessoas que eu atendo (Gato).
>
> E a gente tem que conviver com isso, né? E aí as minhas filhas falam que eu sou, é. Porque depois que eu tô aqui eu to mais chata, tudo que eu falo é: "olha lá no Areião tem um caso assim.", se ponha no lugar né? (Cachorro).

É inegável que a história de vida de cada pessoa ali está presente em seu cotidiano de trabalho, como também influencia na atuação profissional e no modo de cuidar do outro.

Dialeticamente, o profissional/trabalhador que somos e a maneira como lidamos com o trabalho exerce grandes influências na nossa vida privada e familiar. Tais aspectos podem ser representados no diálogo a seguir:

> Gato: Ah, tem algumas crianças que eu atendo, por exemplo, que elas vêm numa situação tão precária de higiene mesmo. Que você gostaria de levá-la pra casa, dar um banho, botar uma roupa limpa e dar cama limpa pra ela dormir.
>
> Cachorro: Isso eu acho que é muito difícil.
>
> Gato: Não é difícil? E eu não tenho filhos. Imagina quem tem?

A partir dessas falas pode-se afirmar que foram colocadas em análise as implicações desses profissionais. De acordo com Franco e Merhy (2012), nesse processo de falar e se autoanalisar, trazendo a dimensão do subjetivo para o trabalho, constituem-se campos de força da micropolítica do processo de trabalho e do modo de produção da saúde.

Os autores mencionados acima reiteram que a subjetividade é histórica e socialmente produzida e o desejo processado em âmbito inconsciente, o que faz com que as pessoas na sua atividade no mundo da vida e do trabalho produzam este mesmo mundo, sendo também por ele produzidas. Assim, o desejo age como uma força propulsora do sujeito para a sua produção social.

É com certa fluidez que o desejo de cuidar do outro surge nas entrelinhas dos relatos dos profissionais nas rodas de conversas. Isso parece ficar mais intenso quando a história desse outro (seja de dor, sofrimento, crescimento, luta) tem semelhança com algo já vivido por eles, tornando, dessa maneira, mais fácil a compreensão da dificuldade do outro e a mobilização ao cuidado.

Nomeei esse movimento de identificação na produção do cuidado, no entanto, não deixam de ser implicações afetivas dos profissionais e podemos notá-las nos relatos a seguir:

> Meu nome imaginário é Maria. Por ser a minha mãe. Pela mulher que ela é. Por tudo que ela passou nessa vida. Muita coisa.
>
> Assim como a Amanda, passei por uma violência doméstica. Foi do meu primeiro companheiro e minha mãe passou isso com o meu pai.

> Acho que essas comparações que temos nas nossas vidas. Uma experiência (Maria).
>
> Mas eu sei o quanto ela sofreu, né? Se eu sofri com meu companheiro, imagine ela lá. Acho que todas as mulheres que tem violência doméstica. Acho que quando a gente vive, né? É fácil quando a gente não vive e a pessoa vem contar uma experiência e a gente não sabe como é. Eu acho que quando você vive uma experiência, acho que é muito legal, sabe como é a dor. Então essa Maria vai mostrar as experiências que teve" (Maria).

Convergindo com as questões trazidas pelos profissionais, Abrahão (2013) diz que a subjetividade e os processos de subjetivação são determinantes na produção do cuidado em saúde. Ela afirma que no cotidiano dos serviços de saúde há diferentes arranjos subjetivos, pois isso tem relação com a história de vida de cada profissional ali inserido, com a formação técnica, com o entendimento e significados que possuem acerca de seu trabalho e do que é cuidar, e isso também se constrói e se ressignifica nos encontros e na multiplicidade dos trabalhadores, gestores e usuários que partilham daquela realidade e estão ou não permeáveis a uma produção coletiva.

Os profissionais relataram que a região onde a USF pesquisada está localizada apresenta muita vulnerabilidade social e que o problema da violência é bastante presente no território, e que é muito comum a violência contra a mulher. Nesse sentido, os relatos acerca da identificação com a mulher que sofre violência foram bem presentes e carregados de afetos, além de uma discussão intensa sobre o ser mulher hoje e as interferências disso no cotidiano de trabalho.

Vejamos as falas a seguir:

> Violência é algo que faz parte do nosso dia a dia aqui né? Se a gente tiver ouvidos pra escutar isso. Vai saltar mais. A gente ignorar, mas é algo que a gente percebe. Quem tem essa sensibilidade ai, com certeza percebe (Maria).
>
> Acho que a Amanda chegou pro R, de uma preocupação que o R tem da vida dele, enquanto um cuidador, mas enquanto um ser que vive, dessa problemática da mulher atual. E ontem a gente tava numa vivência na UPA e me chocou assim, o quanto todo mundo tem uma historia pra contar de uma mulher, que conhece, que ta vivendo dentro da família, que já passou por alguma situação de abuso, de violência e ai vai (Amanda).

Um dado preponderante é que a maioria dos profissionais desse serviço é do gênero feminino, algo comum hoje na área da saúde e indício de uma mudança no que concerne a inserção das mulheres no mercado de trabalho, sinalizando mais protagonismo na esfera pública da sociedade.

Em contrapartida, as mulheres presentes nas rodas de conversas esboçaram com veemência o pesar em trabalhar fora e dentro de casa.

Falaram de suas implicações ao conciliar a rotina do trabalho na USF e no lar (esfera privada) e se cobram para dar conta de tudo em meio aos seus diferentes papéis e atribuições, pois muitas vezes têm jornada dupla:

> Hoje já mudou um pouco mais, por quê? Porque ele vê que a mulher, além de trabalhar fora, tem que... dar conta de casa também! Não foge... da... da nossa rotina, entendeu?! Porque... além da gente trabalhar fora, a gente tem que dar conta do serviço de casa.
>
> Porque... cê não consegue... Cê tá no... trabalho... cê tá pensando que mais tarde tem que fazer outra coisa...! Por exemplo, de manhã... tem que pensar que tem que ir pro trabalho...! Aí tá no trabalho, pensa que tem que ir pra outro lugar...! Entendeu?! Aí depois pensa que tem que fazer as coisas em casa...! Então, não consegue desligar... (Rosa)
>
> É... A gente tem que organizar, por exemplo: Eu tô aqui, tô aqui... Sei que as minhas filhas tão na escola... tão bem... Depois tem... tem o que eu tenho que fazer pra Faculdade, vou fazer mais tarde... Então assim, tem que tentar... Eu tento, né?! Nem sempre eu consigo, mas eu tento! (Elsa)
>
> E... E aí é importante a gente pensar sobre isso! Como que a gente se acolhe...?! Como que a gente acolhe os nossos... nossos dilemas de vida que... trabalha aqui, aí chega em casa, tem que fazer janta, tem que cuidar dos filhos... Tem...Às vezes o homem... também tá ali nessas tarefas, que ótimo; Mas a gente sabe que tem marido que não ajuda... (pesquisadora)

Aboim (2012), em seu artigo “Do público e do privado: uma perspectiva de género sobre uma perspectiva de género sobre uma dicotomia moderna”, traz que o capitalismo e a Revolução Industrial foram marcos importantes na construção da inequívoca associação do masculino à vida pública e do feminino à vida privada, assim impondo o modelo de família burguesa do Século XIX. Assim, o homem era o ser social, deixando de fora a natureza que se inscrevia no feminino. Esse modelo tem, como sabemos e podemos constatar pelos relatos das mulheres desta pesquisa, sofrido inúmeros reveses

e transformações à medida que tem ocorrido o alargamento da cidadania e dos direitos sociais das mulheres.

É inegável que a vida da mulher tomou novos rumos, apesar de ainda haver muitos paradigmas a serem quebrados, principalmente no que tange a esfera da vida privada. Nesse aspecto, vimos aqui que a mulher se sente sobrecarregada diante de suas ocupações: cuidar das pessoas no serviço de saúde, cuidar da família, cuidar do lar, dos estudos, como também é refém da discriminação de gênero e violência doméstica comum nos espaços das esferas pública e privada.

Para a elucidação dessa questão uso ainda das palavras de Aboim (2012, p. 113):

> As mudanças na ordem de género só podem ser compreendidas a partir dessas diferenciações, falemos da progressiva cidadania das mulheres no mundo público ou da incorporação de uma retórica da igualdade no interior da esfera doméstica, hoje cada vez mais permeada por mecanismos de regulação de combate às "desigualdades naturais" do privado.

Nesse mesmo contexto, Boff (1999) menciona que cuidar do outro implica um esforço desmedido de superar a dominação dos sexos, desmontar o patriarcalismo e o machismo, por um lado, e o matriarcalismo e o feminismo por outro. Exige inventar relações que propiciem a manifestação das diferenças não mais entendidas como desigualdades, mas como riqueza da única e complexa substância humana. Essa convergência na diversidade cria espaço para uma experiência mais global e integrada de nossa própria humanidade, uma maneira mais cuidada de ser.

Todavia, ainda estamos em busca dessa convergência e da superação da cisão existente entre feminino e masculino, bem como na luta pelo respeito às diferenças e desconstrução da representação de que homens são superiores e estão destinados a tais ações e lugares na sociedade em detrimento às mulheres.

Como não é o foco aqui analisar as instituições homem e mulher, cabe somente sinalizar a importância destes processos de institucionalização, os quais foram produzidos ao longo da história de nossa sociedade, em um jogo

de forças instituídas e instituintes e que segue no devir. Deste modo, e no que diz respeito a minha implicação enquanto mulher, cabe-me alívio, como também vislumbro a possibilidade de mais movimentos instituintes no devir mulher na sociedade.

Toda essa discussão sobre gênero e a sobrecarga da mulher contemporânea, gerou muitas reflexões entre as profissionais.

Um ponto a destacar é que nesse encontro o grupo estava composto somente por mulheres e acredito que esse fato facilitou o encadeamento dos assuntos, pois possivelmente sentiram-se mais à vontade para analisar as suas implicações e trazerem suas afecções frente às temáticas.

Mesmo elas falando abundantemente sobre temas densos e difíceis, enfatizaram ter dificuldade em dividir e compartilhar o trabalho de casa com o esposo/companheiro, como também as atividades no trabalho na USF entre elas e disseram ainda que compartilham pouco entre si dessas angústias e sentimentos.

Não acham simples compartilhar os dramas existenciais, conflitos e questões com as pessoas no cotidiano, por mais que seja com pessoas com as quais têm vínculo e proximidade. Como mencionei anteriormente, esse encontro proporcionou muita reflexão nas rodas de conversas, inclusive surgiu um analisador: os profissionais têm pouca proximidade entre si e pouco compartilham de seus problemas e angústias vivenciadas no trabalho.

Discutimos sobre a necessidade de compartilhar os dilemas e dramas do trabalho e a importância de aproveitar os espaços coletivos para isso, no entanto, pontuaram que para compartilhar é preciso afinidade. A partir dessa fala surgiu uma questão: como estabelecer relações de confiança no trabalho?

Após algum tempo de reflexões, o grupo chegou à conclusão de que não é necessário criar um confessionário para fazerem confidências uns aos outros, mas que a disponibilidade e companheirismo já podem contribuir para o trabalho cotidiano ser mais fértil e afetuoso.

Nesse sentido, Merhy (2013) afirma que transformar um encontro em processo intercessor, ou seja, que produza relações e permeabilidade, não é só estar com o outro em ato, há que se desterritorializar dos saberes-instituídos de seus lugares seguros pela ação do acontecimento micropolítico no encontro, para o que der e vier.

Entretanto, ele reitera que isso não é uma questão de escolha e sim uma afecção que os encontros produzem, desacomodando, incomodando, simpatizando, irritando e por aí vai, pois emergem no acontecer, no ato de produção com o outro para mim e em mim. Esse é um desafio provocante para agires que se propõem no campo da formação de trabalhadores de saúde (MERHY, 2013).

Essas palavras de Merhy descreveram perfeitamente o que aconteceu neste encontro de mulheres e profissionais.

Agora, no que diz respeito à implicação dos profissionais com as famílias no território, revela-se que ter vínculo e acesso às famílias pode tanto trazer facilidades para o desenvolvimento do trabalho na USF como acarretar sobrecarga e angústias aos profissionais.

Eles afirmaram que há inúmeras configurações de famílias e cada uma com uma dinâmica singular. Algumas famílias apresentam-se como lugar de apoio e respeito, já outras são lugares onde os conflitos de gerações estão instalados, sendo muito difícil mudar esse funcionamento.

Essa realidade causa em alguns profissionais impasse na oferta do cuidado ou, como já discutido sobre a identificação na produção do cuidado, exacerba o desejo de cuidar, pois essa dialética traz à tona a subjetividade e a história de sua própria família.

Isto está representado nos relatos a seguir:

> É porque como mãe, quem é pai ou mãe aqui sabe, a gente acaba, até pela idade, a gente acaba: "Poxa, tem a idade do meu filho. Oh o que ta passando. Até quando você vê a faixa etária parecida você fica se pondo, assim, sabe? Olha podia ser minha filha, como o caso que a gente tem da V., ela é do dia da minha filha mais velha. Sabe, o mesmo ano (Cachorro).

> Sei lá, que assim, eu tenho caso na família, meu pai é alcoólatra. E é muito difícil. Nem vou falar senão eu vou chorar. Ele tem, eu já tentei ajudar o meu pai, mas você vê que assim a DQ, meu pai se comporta. Que nem eu falo, a gente somos em quatro irmãos, minha mãe fazia de tudo, corria atrás, minha mãe fumava, né? Minha mãe morreu, meu pai ficou pior, é uma outra estrutura. Só que graças a Deus eu tentei ver isso do lado bom. Talvez se não tivesse uma estrutura boa, uma cabeça, uma família. Eu sou, dá até vontade de chorar. Eu sou apaixonada pela minha família, pelas minhas tias (Formiga).

Podemos constatar aqui, pelos relatos dos trabalhadores, a relevância da análise das implicações pois as relações e os encontros que experimentamos no dia-a-dia do trabalho em saúde nos colocam em uma teia de possibilidades, conflitos e multiplicidades, que muitas vezes ficamos estáticos ou sem reconhecer o fluxo a que estamos inseridos (ABRAHÃO, 2013).

Nesse aspecto, cabe mencionar também a realidade do agente comunitário de saúde, revelando a dicotomia em residir no território/comunidade e ser profissional da USF.

Desse modo, os papéis enquanto profissionais e moradores do bairro se entrelaçam em uma trama de implicações que revelam conflitos como querer e não querer trabalhar no serviço; gostar e não gostar do trabalho; fazer e não fazer o trabalho, sendo essas implicações profissionais das agentes comunitárias de saúde:

> Então o que... é... lá eu batia meu caixa, ía embora pra casa, e não tinha nenhum peso. Hoje eu saio do serviço e eu não consigo descansar, eu não tenho mais, descanso eu não tenho. Porque eu não consigo... não dá pra desligar. Principalmente porque você trabalha próximo de casa, você conhece as pessoas. Então, descanso eu não tenho mais (Rosa).

> Eu acho que é muita coisa pra gente dar conta, entendeu? Não só o trabalho em si, mas a gente mora no bairro. Então é complicado desligar mesmo porque você encontra as pessoas na rua, encontra as pessoas no mercado, encontra as pessoas na igreja. Eles batem na nossa porta. Então é difícil desligar. Se a gente fosse agente de saúde e não morasse no bairro seria mais fácil, porque aí a gente terminava o trabalho e ía pra casa, né? Mas aqui a gente parece que não vai pra casa. É estranho, é essa a sensação (Violeta).

> Eu acho que hoje eu estou cansada mesmo, sabe? Eu cheguei já num...num patamar que eu num...eu preciso ir pra outra área; preciso trabalhar de outra forma. Porque aqui pra mim, já foi o tempo que eu precisava. Eu creio assim que preciso de inovar, né? Preciso de novas coisas na minha vida (Violeta).

> Bom, eu tô aqui; eu tô aqui como ACS há doze anos, é... prestei concurso, trabalhava de faxineira, prestei concurso vim. Gosto muito, de trabalhar. Como o Azul diz é difícil, né? É difícil, é complicado. As pessoas exigem muito. Não sabem ou agradecer ou é só reclamar mesmo; mas a gente acaba acostumando. Eu gosto do que eu faço (Horizonte).

Assim, a produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, que podem se dar pelo saber, mas, essencialmente, pela sensível percepção da vida e de si mesmo, nas trocas entre os sujeitos implicados na construção da realidade social (FRANCO; MERHY, 2013).

Os profissionais falaram sobre a dificuldade no acesso aos demais serviços da rede de saúde, como os centros de especialidades, os CAPS e os hospitais, que estão localizados no centro da cidade e distantes do território abrangido pela USF.

Revelaram também que a falta de dinheiro dos usuários para o transporte e a burocracia no encaminhamento, como as grandes filas de esperas no agendamento para algumas especialidades, são aspectos que interferem negativamente na produção de um cuidado integral e em rede.

Feuerwerker (2014) enfatiza que a integralidade é um conceito chave e um dos princípios do SUS, mas pode ser compreendido de diversas maneiras. A autora compreende a integralidade como o compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde de cada brasileiro.

Assim, é clara a importância da integralidade no cuidado aos usuários dos serviços de saúde, no entanto, não parece simples garantir a efetivação desse princípio. Feuerwerker (2014) cita duas principais estratégias de implementação da integralidade:

- ✓ Investimento nas equipes de saúde da família no sentido da transformação do modelo tecnoassistencial e na ênfase à promoção da saúde.
- ✓ Foco nas necessidades de saúde das pessoas de modo a ampliar as ofertas nos diferentes níveis de atenção à

> saúde como: atenção básica, especializada, hospitalar e de urgência, assegurando a continuidade do cuidado.

Contudo, a mesma autora menciona que tais estratégias esbarram ainda em problemas frequentes, como a reprodução da lógica do cuidado fragmentado, desarticulado e sem conexão entre os serviços de saúde da rede e falta de dispositivos de articulação do cuidado — apoio matricial e institucional, educação permanente —, espaços potentes de discussões e pactuações em diferentes níveis de atenção à saúde e gestão do cuidado.

Segundo L'Abbate (2016), espaços de educação permanente trazem potência aos coletivos de produção nos serviços, pois é através desses dispositivos que os coletivos podem se reunir e discutir suas práticas.

Nesse sentido, Jesus, Pezzato e Abrahão (2013) enfatizam que encontros entre profissionais que objetivam pensar o trabalho e a produção do cuidado vêm se constituindo como espaços capazes de mobilizar importantes elementos que constituem o processo de trabalho em saúde, construindo outros modos de atenção à saúde mais próximos da integralidade.

Deste modo, Franco (2013, p. 429) afirma que:

> [...] experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho, têm demonstrado que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova forma de produção do cuidado, cria nos mesmos um modo novo de significar o mundo do trabalho na saúde. Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeitos.

Surgiu nos encontros uma intensa discussão sobre a diretriz do cuidado programático e longitudinal e o pesar em serem responsáveis pelo território adstrito e ainda terem que articular o cuidado em rede, quando essa rede possui desconexões.

Eles reconhecem a necessidade e a importância dessas diretrizes, mas mencionam as dificuldades e sobrecarga para atuar na convergência delas, visto que a rotina de trabalho na USF é densa e o processo de trabalho minucioso e burocrático.

Cecilio (2012) coloca que o que está posto enquanto fundamentos e diretrizes da rede de atenção básica não passam de promessas que não se tornam realidade e para representar tal dilema ele usa a expressão “quimera da atenção básica em saúde”.

> Quimera, por derivação de sentido, a partir da mitologia, significa o produto da imaginação, um sonho ou fantasia. Lugar onde se encontrarão nossos sonhos, nossa imaginação... A linha de chegada ninguém conhece! Ou poderíamos usar livremente a ideia de quimera como o sonho que não se realiza plenamente... É nesse sentido que estou usando a palavra nas minhas reflexões. (CECÍLIO, 2012, p. 283).

Assim, constatamos que há uma lacuna entre que está no papel (leis e portarias) com o que acontece no cotidiano prático dos serviços.

Como podemos perceber pelos ditos e não ditos dos profissionais desta pesquisa, há inúmeros dilemas e entraves no processo de trabalho da atenção básica, aspectos que interferem na produção de um cuidado integral.

> Aquela coisa bem pesada que é a responsabilidade que temos. Nós temos uma responsabilidade muito grande aqui [...] Então, da mesma forma que a minha responsabilidade de atender uma população de quase cinco mil pessoas é muito alta também. Porque e se eu não consigo cumprir toda essa demanda? E é uma coisa que é difícil, entendeu? E a gente fica com isso, antigamente eu levava muito, muito trabalho pra casa. Hoje, particularmente, eu já não levo mais [...] (Azul).

O relato exposto acima é de um dos médicos da USF. Lá atuam dois destes profissionais, um para cada equipe de saúde da família, sendo que este que está falando, o *Azul,* chegou a trabalhar por um período sozinho, ficando responsável pelo atendimento médico de toda a população do serviço.

Nesse sentido, os profissionais afirmaram que o quadro de médicos é insuficiente para a organização e bom funcionamento do serviço, já que a demanda por atendimentos é alta em relação à oferta, e o processo de agendamento realizado pela recepção é falho, pois algumas pessoas têm acesso a consultas e retornos com intervalo pequeno enquanto outras demoram a conseguir agendar a primeira consulta.

Predominantemente, o cuidado é produzido na lógica medico-centrada a partir de consultas individuais, com duração de quinze minutos em média, e o

trabalho se dá através de uma lógica na qual o saber está detido na figura do médico e os demais profissionais da equipe ocupam o papel de coadjuvantes.

Deste modo, há uma dificuldade em trabalhar especificamente as tecnologias leves, definidas como: vínculo, humanização, comprometimento social, interdisciplinaridade e trabalho em equipe (MERHY, 2013).

Isso pode ser notado nas falas e no diálogo a seguir:

> [...] é difícil trabalhar assim, com o número de médicos que a gente tem. Bem difícil (Vida)
>
> Às vezes tem coisa assim que realmente a gente realmente precisa, mas a gente é limitado em certas coisas aqui, entendeu? O paciente precisa de uma certa assistência, a gente não tem como dar essa assistência. Às vezes por número de pacientes que a gente tem; às vezes por número de demandas, assim, da rede mesmo que a gente encontra barreira, entendeu? (Coração)
>
> Azul: Por exemplo, uma mãe que eu atendi agora, ela com dois meses tirou a criança do peito. Mas ela tirou a criança do peito porque ela não conseguia, ou seja, não teve as orientações corretas da aleitação materna. Então isso eu vejo, é uma falha minha, porque eu não vi ela antes [...] Porque lá na Unidade eles falam: com sete dias passa no médico. Mas vai lá ver se tem agenda pra mim…
>
> Pesquisadora: Mas existiriam outras maneiras dessa mãe ser orientada?
>
> Azul: Com certeza existiria.
>
> Pesquisadora.: Que outras maneiras?
>
> Vida: A Agente de Saúde.
>
> Azul: A Agente de Saúde. Também a visita, também da enfermeira.
>
> Pesquisadora: Mas e aí? Quê que?… Então não é uma responsabilidade somente sua.
>
> Azul: Não é… mas acontece que no final, acabou sendo, no final. Porque agora entrou com aleitação artificial ou seja, artificial, ou seja, aí a criança já tem problemas, que a criança não defeca [...]aí a parte já vai ser minha agora. [...] Porque, provavelmente logo, logo eu vou ter que entrar com medicamento, porque a criança tá constipada [...] E aí, o final sobrou pra quê? Pro médico. Que é uma coisa que eu poderia ter prevenido, ou seja, Atenção Primária, Prevenção, coisa que não tá havendo uma prevenção. Você tá entendendo?
>
> Vida: Na verdade não é prevenção…
>
> Azul: O nosso foco é a Prevenção! E não é…
>
> Vida: Na Unidade não é…

> Azul: Então, é isso!...
>
> Pesquisadora: Então, mas e por quê será que não é? O quê que acontece?
>
> Vida: Não é prevenção… não é trabalhar isso….
>
> Pesquisadora: Mas por quê? Vocês estão identificando um nó de que
>
> Pesquisadora: Então quem é prioridade vai passar, quem precisar. Quem é pra fazer prevenção não passa. Mas vocês tão falando de passar em consultas individuais.
>
> Horizonte: Sim…
>
> Pesquisadora: Aí uma questão mesmo, por exemplo, será que um grupo de puerpério, grupo de gestantes, um espaço que pudesse fazer um trabalho com relação ao aleitamento materno não ajudaria?
>
> Vida: Aqui não tem adesão nos grupos, é muito difícil. Aqui é um problema sério
>
> Azul: Nós ainda não conseguimos… não só do grupo que falta. Qualquer tipo de...nós temos um problema de faltas. É muito sério o problema de faltas aqui. Nós temos muitas.

Merhy (2013) refere que, de diversas maneiras, todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, sendo este o cerne das tecnologias leves. Assim, ele cita três pontos importantes a se pensar:

- ✓ Os usuários buscam nos seus encontros com os profissionais de saúde e nos serviços de saúde, propriamente dito, espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo.
- ✓ A clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como, unicamente, uma disfunção biológica, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que acontece de modo partilhado, e no qual um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir.
- ✓ Não se produz espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho clinicamente implicado.

Assim, Abrahão (2013) enfatiza que no encontro do trabalhador com o usuário, necessidades de distintas ordens são construídas. Algumas questões podem ser respondidas com a centralidade nuclear dos saberes biológicos,

outras mobilizam conhecimentos que não são capazes de serem circunscritos nos programas e protocolos clínicos existentes e nem estão presentes no planejamento de demanda e nas planilhas de atendimentos elaborados pela gestão. Sendo assim, a forma de construir respostas à solicitação do usuário gera tensão na equipe que oferece assistência e na gestão, pois encontrar resposta ao sofrimento, reconhecer os limites das respostas, desenvolver com o usuário motivos para o retorno e produzir espaços para novos encontros são alguns dos elementos que podemos identificar quando nos aproximamos desta dimensão densa e complexa do campo da saúde.

Corroborando com os pontos mencionados acima, outro aspecto marcante foi que em um dos encontros os profissionais literalmente gritaram: “Somos uma UBS com funcionamento de Unidade Pronto Atendimento!”

Afirmaram que a população busca na ESF atendimento de UPA, com uma lógica imediatista, e os próprios profissionais também aderem à proposta atuando de modo a corresponder a demanda das pessoas da comunidade em caráter de urgência:

> Oh o modelo hospitalocêntrico ai berrando na nossa cara. Que é o do solucionar o problema e não buscar o que tá causando. Não! Isso ai dá muito trabalho. Vamos solucionar o problema aqui e agora (Gato).

Cecílio (2012) afirma que o usuário busca rapidez no tempo de acesso ao cuidado, avaliada sempre a partir de sua perspectiva individual, marcada pela experiência da doença, ou seja, é o tempo das necessidades.

Em outras palavras, os usuários buscam a satisfação de suas necessidades, querem resolver seus problemas e não estão atentos às peculiaridades dos serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde, simplesmente desejam ser atendidos de forma resolutiva, sendo que essa resolutividade está atrelada às suas concepções de saúde e cuidado.

Frente a esse dilema, Cecílio (2012) coloca que habitualmente tentamos encaixar as pessoas às normas e à lógica do sistema formal de saúde. No entanto, somos obrigados a reconhecer que as pessoas transgridem as normas o tempo todo, trazendo à tona a figura viva do usuário-fabricador, que nesse campo de análise explicita a tensão sempre presente entre uma normatividade

pretendida pelos gestores e trabalhadores e o movimento real das pessoas, na busca de satisfação de suas necessidades.

Por isso, por mais que tentemos organizar e dizer o caminho que o usuário tem que seguir, de uma maneira ou de outra, ele vai seguir o percurso que desejar e/ou necessitar.

Merhy (2013) pontua que os usuários buscam soluções para os seus problemas, almejam relações de confiança, a certeza que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde. O autor diz ainda que mesmo nós profissionais de saúde, quando ocupamos o lugar de usuários, desejamos tudo isto, queremos que os serviços de saúde sejam centrados no usuário e representados pelas necessidades de saúde.

Deste modo, Feuerwerker (2014) traz que o trabalho em saúde tem compromisso com as necessidades sociais e com as necessidades de seu usuário, que busca o consumo de ações de saúde que lhe proporcionem algo com valor de uso fundamental como mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida.

Já no que diz respeito à atuação dos profissionais, surgiu o questionamento entre eles no grupo: será que os profissionais aqui não entendem como a ESF funciona ou não querem trabalhar na lógica da ESF?

Eis uma importante reflexão!

Contudo, constata-se o quanto não é simples se despir de práticas enraizadas e instituídas para produzir um movimento novo no intuito de romper com a lógica do cuidado hospitalocêntrico, biomédico e imediatista para centrar em um cuidado pautado nos preceitos da ESF, cuja proposta solicita de seus atores ações inovadoras direcionadas à vida na contemporaneidade.

Deparamo-nos com tais observações nos relatos a seguir:

> Essas formações ajudam muito nessa construção. Já outros profissionais sabem a verdade e o que é certo sobre o cuidado do

> outro, impondo assim, um cuidado, a partir de uma verdade absoluta (Remédio).
>
> Faço o melhor na minha visão, na visão dele não (Azul).
>
> Eu penso que a gente mais impõe... do que... do que [...] essa relação, né?! A gente, como profissional de saúde, acha que... que a gente sabe, que o que a gente aprendeu é o melhor, né?! Geralmente! Eu penso que... Tô pensando agora que acho que é assim! A gente não tem muito essa troca não! Eu não tenho! (Elsa)
>
> O que a Elsa falou é algo que... Bastante interessante isso! [...]A gente mais impõe... do que... faz uma coisa que chamamos “negociar” com o paciente! De que... O que seria melhor pra ele? Onde que seria melhor? O que que ele pensa? Qual é o[...] por exemplo, uma coisa que eu aprendi[...] quando você fala pra um paciente... fazer uma caminhada, 90% não gosta, porque ele se sente... Porque ele sente como se fosse uma obrigação! E ninguém gosta de obrigação!

O profissional toma as decisões no cuidado sem considerar o desejo e a vontade do usuário, ficando incomodado quando este não segue suas orientações e não adere ao tratamento, mobilizando no profissional sentimento de impotência, desrespeito e falha na produção do cuidado.

Uma fala frequente nos grupos — praticamente um mantra — é que os usuários não aderem as ofertas dos profissionais. Nesta perspectiva, Santos e Sá (2013) referem que o cuidado se reproduz em uma diversidade caótica e se inscreve no campo das atividades técnicas especializadas, regidas em suas realizações cotidianas por uma lógica de produto de mercado. O controle compulsivo da existência, vista como energia disponível para a produção, é um traço distintivo deste horizonte. A medicalização cada vez mais agressiva e naturalizada dos sofrimentos existenciais é um dos sintomas mais gritantes deste modo contemporâneo de experiência de saúde e adoecimento.

Coube pensar junto aos profissionais se não está havendo dificuldade na conexão entre profissional e usuário e ficou claro que o desejo do usuário nem sempre é respeitado e considerado.

Pudemos refletir e diferenciar o que é desejo do usuário e o que é do profissional, bem como a implicação de cada um nessa produção de cuidado.

Exemplifico isso com alguns trechos dos participantes:

> muitas vezes tem que respeitar, e a gente faz, e eu me incluo nisso, tá? Muitas vezes eu faço o que eu acho que eu tenho que fazer e não o que aquele paciente quer. E não tá vendo o que isso aqui é melhor pra ele (Gato).
>
> É, acho que é justamente isso. Ele traz um conflito entre o desejo do usuário, o desejo do paciente e o desejo da equipe que cuida. Que muitas vezes é isso, entra num conflito, porque é diferente(pesquisadora).
>
> Mas o que ele deixa de fazer, a gente dá uma orientação e ele claramente não quer seguir, ele tá claramente dizendo, não ao nosso cuidado. Ai tem algumas coisas que temos que levar em consideração. Se nos estamos conseguindo passar a mensagem de uma maneira clara pra ele, né? Olha, se ele acredita no que estamos falando, isso é muito importante, às vezes né? A gente não criou um vinculo pra acreditar no que a gente falou. E às vezes ele entendeu claramente os riscos que envolvem não seguir nossa orientação e é desejo dele não seguir. Isso muitas vezes pra gente, nós reagimos mal com isso. Poxa, to aqui, to dando orientação, to dando o meu melhor, informações. As últimas informações, dos últimos trabalhos científicos do mundo e a gente tá dando a orientação pra eles e eles simplesmente não segue (Remédio).
>
> Gato: nessas horas eu costumo falar, que eu falar ou um burro cagar da na mesma.
>
> Remédio: é, mas às vezes, é, é. Entra na questão dele né? De ele aceitar o que ele quer.
>
> Gato: mas isso incomoda demais.
>
> Vida: Aqui não tem adesão nos grupos, é muito difícil…. Aqui é um problema sério
>
> Azul: Nós ainda não conseguimos… não só do grupo que falta. Horizonte: Qualquer tipo de...nós temos um problema de faltas. É muito sério o problema de faltas aqui. Nós temos muitas.

É comum a oferta de um cuidado padronizado nas USF, pois é traçado para um grande número de pessoas, o que fragiliza a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Os profissionais identificam essa problemática na USF pesquisada, pois o processo de trabalho não tem contribuído para uma lógica centrada no cuidado singular e nem nas construções de PTS, pois devido à rotina automatizada e atendimento de uma ampla demanda, não sobra tempo para planejamento das ações e construção dos PTS junto com os usuários.

No trabalho na Atenção Básica, sobretudo na ESF, os profissionais acumulam múltiplas funções e acabam por burocratizar os processos devido à amplitude de demandas a darem conta, como as diversas linhas de cuidado

para os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e idosos, além da população adstrita no território de forma geral, com suas diversas necessidades.

O fato de ter que abarcar toda essa diversidade de pessoas e demandas, inviabiliza uma produção de cuidado singularizado, ou seja, centrado na pessoa. Assim, naturaliza-se a imposição do cuidado em detrimento da construção de uma relação mais democrática e estreita com o usuário.

> [...] a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários (FRANCO, 2013, p. 228).
>
> Precisa... ser uma construção... conjunta mesmo! De nós profissionais com a comunidade! Porque se não nada vai vingar mesmo! (Elsa)
>
> É uma questão que a Elsa falou que é... é verdade! Porque... a população aqui... como tá aqui... tem aquele custo de... de só chegar na UBS e tentar resolver aquilo que... que é daquela hora, e se não consegue ele vai embora...! E quando eu vou tentar conversar com essa pessoa, ele diz: “A UBS... eu não a necessito!” Então nós não temos vínculo! E aí quando eles buscam... a gente não consegue vincular porque o que eles querem eles querem na hora! (Azul)
>
> Ontem aconteceu um episódio de uma gestante, que tava agendada com a enfermeira, que não era dia de gestante, tava agendada, quando foi falar pra ela que... ia ter que mudar esse dia, que não era esse dia, que foi... foi um engano... o agendamento, ela falou: “Tudo bem! Só que marca pra daqui a 30 dias! Eu só volto daqui a 30 dias!” Quer dizer, a enfermeira teve que atender ela, porque ela não ia voltar! (Azul)
>
> Esse paciente... O que eles falam pra você? O que que eles falam: “Ah, deve ser uma porcaria! Eu vou lá eles não vão resolver nada!” (Azul)
>
> Pesquisadora: Mas aí eu fico eu... é... eu fico pensando... que tá... que tem um conflito aí de... de desejos mesmo, né?! E de ofertas! Às vezes... é quase ofertar a carne pro vegetariano mesmo, né?!
>
> Azul: Exatamente!
>
> Pesquisadora: E... E aí acho que vale pra gente pensar... e acho que até eu me coloco como implicada nesse processo... de como a gente pensar junto... estratégias pra se aproximar mais disso que a Elsa falou, né?! Desse vínculo com a comunidade... né?! De... De poder pensar a característica, né?! (...) Já que a gente tá falando de subjetividade, como casar a minha subjetividade com a subjetividade do outro, né?! [...]Como a gente é... compreender o que vem da comunidade, a subjetividade do outro, o desejo do outro, né...?! Que

> seja a comunidade, com o nosso desejo, enquanto profissional, enquanto pessoas que somos que viemos de uma... que nascemos numa família, que nos constituímos enquanto pessoas dentro daqueles valores e que aí a gente foi se transformando no decorrer... [...] enfim, a gente tem muita história! E como... como... considerar todas essas coisas, né?!

O trabalho acontece fragmentado entre as profissões e setores, assim, os profissionais precisam se misturar e se fortalecer enquanto coletivo, pois o trabalho em equipe nesta USF demonstra certa fragilidade.

Matumoto et al (2005) compreendem o trabalho de equipe em saúde como uma trama de relações entre pessoas que envolve trabalho, poder, afetos, conflitos de gênero, entre outros, produzida permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos. Dessa maneira, o trabalho em equipe é gerido e concretizado em ato, ou seja, a equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário e enfrenta os dilemas cotidianos nos serviços.

Assim, faz-se necessário que a própria equipe possa se analisar na produção de seu trabalho e para isso necessita de espaços e tempo para esse processo. Há a necessidade de espaços onde a equipe e as pessoas que a compõem possam colocar em análise suas implicações, objetivando facilitar o enfrentamento de suas dificuldades e dos movimentos de resistência que produzem. Assim, nesses dispositivos de análise, é possível avaliar a direcionalidade que o trabalho como um todo tem assumido e se o resultado obtido está coerente com a finalidade para a qual aquela equipe foi constituída. Isso se faz em sucessivos processos de idas e vindas, de autoanálise e autogestão que podem encorajá-la a arriscar novas formas de produzir as ações de saúde (MATUMOTO et al, 2005).

Outro importante analisador que surgiu nas rodas de conversas é que nem todos os profissionais estão dispostos a mudar a rotina para produzir uma nova forma de trabalhar e de produzir cuidado: muitos ali, preferem permanecer no “mais do mesmo”.

Ter espaços para discutir sobre essa rotina se faz necessário. É preciso momentos de reflexão, pois há um fazer instituído, que as pessoas não conseguem mudar para transformar a prática cotidiana. Esse fazer instituído e sem reflexão também pode acarretar em danos à saúde do trabalhador, configurando-se também como um trabalho morto, sem sentido e pouco criativo.

Embora na USF pesquisada existam reuniões de equipe semanalmente e reunião geral mensal com todos os profissionais, espaços garantidos e abertos para discutir a produção do cuidado como também o processo de trabalho, os profissionais analisam que essas reuniões não são locais propícios para a reflexão, pois as pessoas não falam o que de fato acontece no serviço (problemas, conflitos e reivindicações) e costumam falar sobre esses assuntos nos bastidores, em tom de fofoca nos corredores da USF.

Acreditam que falar em reunião não é resolutivo e mencionam que nem sempre têm oportunidade para falar, pois algumas reuniões já vêm com pautas prontas, configurando-se como um espaço de escuta e não de fala. Afirmam que a reunião não tem servido para pensar, refletir e tentar mudanças no processo de trabalho, mas desejam usar a criatividade nas reuniões, trazer dinâmicas e tornar o espaço mais atraente. Gostariam que a reunião fosse um espaço propício para que os modos de subjetivação acontecessem. Assim, desejam tornar este um espaço potente, pois acreditam na força deste dispositivo para o fortalecimento do trabalho em equipe, melhorias no processo de trabalho e sua qualificação.

Para dar abertura a esses processos é preciso que os trabalhadores se misturem mais nas ações cotidianas e desburocratizem o processo de trabalho.

Jesus, Pezzato e Abrahão (2013) colocam que é comum encontrar no processo de trabalho dos serviços linhas constitutivas de novos territórios que promovem autonomia, mas que também podem reproduzir opressão e controle. Desta forma, os processos de subjetivação são capturados, pois de forma camuflada busca-se o controle dos processos de subjetivação. Cabe dizer aqui que isso está relacionado com a maneira de se fazer gestão nos serviços. A

gestão do serviço pode tanto criar territórios mais férteis e criativos, como exercer o controle sobre os corpos de uma forma sutil. Uma sutileza não aparece concretamente sob normas e ordens, mas modela subjetividades, que ponderam o uso das palavras e bloqueiam movimentos instituintes nos espaços cotidianos do trabalho do profissional de saúde.

Apesar da dureza das constatações, esse olhar analítico frente ao que os serviços produzem, bem como as nossas produções nos serviços e no cuidado das pessoas é imprescindível para o avanço na produção do cuidado.

Finalizo este capítulo com Cecílio (2012, p. 288):

> Experimentemos, pois, pequenas músicas novas. Sejamos intempestivos, e façamos da destruição de nossos dogmas, de nossos cacoetes do pensamento, de nossos mantras, de nossas fórmulas, um ato de amor e de reinvenção de nossas práticas. Reinvenção dos nossos modos de nos aproximar do território do cuidado para produzir uma reflexão renovada, tão essencial para o avanço do Sistema Único de Saúde no nosso país.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de pesquisa surgiu de experiências e encontros vivenciados na minha trajetória profissional no Sistema Único de Saúde e, sobretudo, nas minhas inquietações com a Estratégia de Saúde da Família, área carregada de complexidade e ações inovadoras, na qual pude aprender e transformar a minha maneira de pensar, sentir, perceber e agir no mundo e, consequentemente, agir no cuidado em saúde.

É na Estratégia de Saúde da Família, que as famílias passam a ser abordadas e compreendidas a partir do meio onde vivem, e nesse espaço definido territorial e socialmente é que se concretizam a integração e inter-relação entre profissionais e população, possibilitando ações com maior significado social e afetivo e têm como campo de atuação o território vivo.

Por isso, neste trabalho de pesquisa busquei problematizar as práticas profissionais da Unidade de Saúde da Família Areião e, sobretudo, colocar em análise as implicações dos trabalhadores que estão imersos nesta produção de cuidado cotidiana.

A minha intenção foi também propiciar encontros e possibilidades de fala nos quais os profissionais pudessem analisar suas implicações e conhecerem mais uns aos outros e tornar possível a ressignificação do trabalho em saúde e do cuidado ofertado com possibilidade de abertura ao encontro com o outro (profissionais, gestores e usuários). Através destes espaços de fala, escuta e vínculo, a produção do cuidado pode ser propulsora da construção de novas subjetividades.

Contudo, acredito que este trabalho ainda não se encerrou. Pretendo ter outros encontros com os profissionais, inclusive esse foi o pedido dos mesmos, pois consideraram de grande valia o espaço onde puderam falar sobre suas práticas cotidianas, analisá-las e, se colocarem em análise.

Nesse sentido, desejo propiciar uma devolutiva sobre os resultados e considerações desta pesquisa aos participantes e à gestão do serviço, e

colaborar na construção de espaços socioanalíticos e de educação permanente em saúde nesta Unidade de Saúde da Família.

Nos encontros realizados com os profissionais, ou rodas de conversas, discutimos profundamente sobre as nossas concepções de cuidado, e foram muitas as representações trazidas por todos. Os encontros propiciaram que os profissionais se conhecessem e compreendessem o que cada um faz no trabalho e como se dá a produção de cuidado ali naquela Unidade de Saúde da Família.

Pudemos descobrir que o cuidado ofertado aos usuários dos serviços de saúde é influenciado pelas relações estabelecidas pelos profissionais nos serviços, pelo modo como o trabalho está organizado e é perpassado pela subjetividade dos sujeitos implicados no processo.

Assim, as conexões entre os diversos processos de trabalho que envolvem os trabalhadores e usuários podem tanto se configurar como produção de vida como práticas vazias e sem sentido, e dependendo da situação existente nos espaços dos serviços, há um aumento ou redução da potência do agir.

Estudar e pensar sobre a produção do cuidado e a subjetividade é algo complexo e, ao mesmo tempo, singular, pois cada um tem sua história e essa produção acontece a partir de relações. Com uma pessoa pode ser mais natural estabelecer intimidade e aproximação, sendo mais fácil fazer ofertas de cuidado, e com outras pode haver maior dificuldade.

Deste modo, o cuidado nunca é o mesmo e ele acontece nos distintos espaços e relações que estabelecemos na vida cotidiana, seja na nossa casa com a família, no trabalho com os colegas e o tempo todo em outros espaços da vida cotidiana. Por isso a importância de nos conhecermos e estarmos abertos para o encontro com o outro e sua subjetividade.

Nesse sentido, algumas indagações vieram no decorrer desse processo de pesquisa como: Quem são as pessoas que compõem a USF pesquisada?

Qual a história delas e como chegaram ali? Como produzir cuidado quando há pouca cumplicidade e trabalho em equipe entre os profissionais que ali estão?

Acredito que esta pesquisa deu vazão a estas questões, pois pudemos falar e refletir sobre elas, possibilitando um movimento e análise das nossas implicações. Comumente, enxergamos um corpo na nossa frente, mas o que será que está além desse corpo? O que esse corpo traz de história e afetos?

Um aspecto interessante desta pesquisa foi possibilitar encontros entre esses corpos e, a partir disso, construir identidades na coletividade dos profissionais que partilham de afetos, dramas e dilemas na constituição do trabalho e produção do cuidado em uma Unidade de Saúde da Família, locus carregado de complexidade e diversidade.

É claro que a vida privada e o trabalho se entrelaçam e caminham juntos. É um jogo de tensão, densidade, afetos e desejos. Digo isso por mim, pois vivi esta pesquisa intensamente e aprendi muito trabalhando e pesquisando, ouvindo e falando, refletindo e me analisando. Hoje não sou mais a mesma e acredito que a Unidade de Saúde e os participantes da pesquisa também não.

Vejo que o trabalho nos captura e por isso é imprescindível que tenhamos espaços para analisar as nossas implicações e nos desterritorializar para assim produzirmos um cuidado mais democrático, produtor de vínculos e próximo dos nossos ideais desejantes, mas, principalmente, das necessidades dos usuários, lembrando sempre dos usuários que também somos.

Inicialmente, eu havia pensado que ficaria confusa a mistura entre ser apoiadora do território onde a pesquisa aconteceu e ao mesmo tempo pesquisadora. No entanto, com a aproximação da teoria da Análise Institucional e me debruçando sobre o conceito de análise das implicações, percebi o ganho de potência que teria essa mistura, bem como a possibilidade de nos analisarmos em conjunto durante os encontros.

E isso que aconteceu!

Analisamo-nos conjuntamente e o fato de já estabelecermos relações ali no serviço ajudou no desenvolvimentodas discussões nas rodas de conversas.

O espaço foi catártico e as discussões enriquecedoras. Surgiram diversos assuntos que comumente não são falados no cotidiano do trabalho; puderam se aproximar e se conhecer mais, além de identificar os nós e as potencialidades do trabalho e de si mesmos enquanto trabalhadores.

Em outras palavras, pudemos nos conhecer no entrelaçamento dos afetos e de nossas implicações enquanto profissionais de saúde engajados na produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família e, sobretudo, com o Sistema Único de Saúde.

Para terminar esta dissertação, socializo o texto intitulado “Olha aí, é a minha guria!” publicado pela médica de família e comunidade, Julia Rocha, pois ele foi lido por uma profissional participante da pesquisa em nosso último encontro, como representação do que significaram os encontros e discussões nas rodas de conversas e de sua concepção de cuidado a partir daquele instante.

> Quando uma moradora de rua de 17 anos interrompe a consulta de uma distinta... distinta senhora por cinco vezes e você fica com medo de trancar a porta e ela ir... e ela ficar ofendida e ir embora, você pede... você pede um minuto e sai do consultório e fala: “Ketlyn, por favor, me espera! Eu tô quase acabando! Não vai embora, por favor! Preciso muito falar com você!” “Tá, tia! Mas anda rápido, porque eu tenho compromisso! Antes, eu ficaria com raiva por ter a minha consulta interrompida! Antes, eu ia dizer: “Que abusada!” Mas hoje, eu respondi: “Rapidão! Rapidão! Me espera!” Isso porque eu conheço a Ketlyn! Ela não tem limites! Não tem freios! Não tem noção de... de espaço e de gentileza! Ela é um bicho solto! Uma menina sem parâmetros de civilidade! Para ela, tudo bem interromper a consulta alheia e gritar na porta: “Tia, eu tô sangrando!” Para ela, tá tudo certo falar com a médica dela, que sou eu, para andar logo porque ela tem um compromisso! Bom, ela esperou! Tivemos uma conversa séria. Ela me xingou, chorou com medo de ficar doente e contou... segredos! E depois me deu um abraço! Combinamos que ela bateria na porta do consultório toda vez que precisasse falar comigo. Até porque se eu dissesse... se eu disser que antes ela tem que passar na recepção, dar o nome, aguardar ser chamada e “blá-blá-blá”, eu vou perder a... a Ketlyn! Tudo que eu não quero é perder a minha guria! Essa é a minha guria!

Neste texto, Julia Rocha traz uma definição de cuidado, conceito transversal a esta pesquisa e que enriqueceu as discussões com os profissionais. Ele reflete a riqueza e profundidade das conversas realizadas e

me fez pensar que se a participante o representou como a síntese dos encontros e definição de cuidado, imagino que produzimos um cuidado instituinte, ou seja, um novo jeito de compreendê-lo e produzí-lo.

Sem dúvida, este trabalho de pesquisa proporcionou crescimento a mim, pesquisadora, profissional de saúde e agora gestora de um serviço de saúde mental. Acredito que aos profissionais participantes também, pois foi surpreendente o interesse e a motivação deles em estarem presentes nas rodas de conversas e perceptível a necessidade que eles têm em produzir e ocupar espaços para falar e processar o que vivem no cotidiano. Há um forte desejo por espaços onde possam usar a criatividade e se sentirem cuidados.

7 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes da saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. orgs. **Análise Institucional & Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2013.

ABOIM, S. **Do público e do privado**: uma perspectiva de género sobre uma perspectiva de género sobre uma dicotomia moderna. Universidade de Lisboa, 2012

AMÂNCIO FILHO, A. **Dilemas e Desafios da Formação Profissional em Saúde**. Interface. Comunicação, Saúde e Educação. São Paulo, v. 8, n.15, p. 375-380, 2004.

ASSIS, M.M.A.; et al. Dimensões teóricos e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M.M.A., et al. orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família:** olhares analisadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v.8, n.14,2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família** – *NASF, 2008*

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento.** 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BARBIER, R. **O conceito de "Implicação" na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas.** In:_____ *Pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro, Zahar, 1985. P. 105-128.

BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática, 5ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari (Biblioteca Instituto Félix Guattari), 2002.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano** – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: EDITORA VOZES Petrópolis, 1999.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPOS, G.W.S.; Domitti. A.C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde:** descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. **Educação e Saúde**: Ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, 2009.

CECILIO, L. C. O. **Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento:** como não fazermos "mais do mesmo" Saúde e Sociedade, v. 21, n. 2, p. 280–289, jun, 2012

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. P.39-53.

DALLA VECHIA, M. **Trabalho em equipe na Atenção Primária à saúde:** fundamentos históricos-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

DUARTE, R. **Pesquisa Qualitativa:** Reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa. n. 115, 2002.

FEIJOO, A. M. L. C. **A existência para além do sujeito** – A crise da subjetividade moderna e suas repercussões para a possibilidade de uma clínica psicológica com fundamentos fenomenológico-existenciais. Rio de Janeiro: Edições IFEN; Via Verita, 2011.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FEUERWERKER, L.C.M; PEREIRA, L.A. O papel dos mecanismos de indução para a transformação da formação médica. In: **Seminário Internacional:** os desafios do ensino médico na atenção básica. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2007, pp.47-54. Disponível em <chasqueweb.ufrgs.br/~cristinaneumann/index_files/seminariointernacional.pdf #page=48>.

FIOCRUZ. **Reforma sanitária***.* Rio de janeiro, 2015. Disponível em: http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria#topo

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3**. O cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde***:* textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013

_____. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde***:* textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013

_____. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. Rio de janeiro, 2012.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. **Da fala do outro ao texto negociado**: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia, 2004

GERHARDT, T.E. *et al.* **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde** (orgs). Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016.

GONDIM, S. M. G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa:** Desafios metodológicos 1. Universidade Federal da Bahia, Paidéia, vol. 12 n. 24, p. 149-161, 2003.

GUATTARI, F. **A Transversalidade.** In:_____*Revolução, Molecular*: pulsações políticas do desejo. 3ª ed. São Paulo Brasiliense, 2004.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo.** Parte II. (8. ed.). Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Editora Vozes, 1999 (Original publicado em 1927)

JESUS, A.F.; PEZZATO, L,M.; ABRAHÃO, A.L. **O uso do diário como ferramenta estratégica da análise institucional para abordar o cotidiano do profissional de saúde.** O caso do Dom Queixote. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. (orgs). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

L'ABBATE, S. **Reflexões sobre a Análise Institucional das práticas profissionais/**AIPP Campinas, 2016.

_____. Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. orgs. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. (orgs). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013

_____. **Análise Institucional e Intervenção:** breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine* Vol. 8, nº 1, 2012.

_____. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: Rodrigues, H.B.C; ALTOÉ (orgs) **Saúde e Loucura** n8. Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004

_____. **A análise institucional e a saúde coletiva.** Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002

LAPASSADE, G. **Grupos, Organizações e Instituições**. Vozes, 2016

LAPLANCHE; PONTALIS. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LOURAU, R. **A análise institucional**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

_____. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (org) **analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004

_____. Implicação: um novo Paradigma. In: ALTOÉ, S. (org) **analista institucional em tempo integral.** São Paulo: Hucitec, 2004

_____. **René Lourau na UERJ.** Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MASSUDA, A.; NETO, P.P.; DREHMER, V.L.F.G. A Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS Curitiba: Um desafio para o Brasil, passar de uma APS Programática para uma mais acessível e abrangente. In: SOUSA, M.F; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. (Orgs) **Saúde da Família nos municípios brasileiros:** Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

MATUMOTO *et al.* **Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família:** reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, fev.2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013

_____. **Trabalho em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013

_____. Em busca do tempo perdido: a micropilitica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. Vivenciar um campo de formação de profissionais de saúde: dobrando em mim o fazer da Unifesp-Baixada Santista. In: CAPOZZOLLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (orgs). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec,2013

_____. **Saúde:** a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade***.* Centro Latino-Americano de Estudos (Claves), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz. Rio de janeiro, 2011. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade***.* 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

PAIM. J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?.** Rev. Saúde Pública [online]. 1998, Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. **Processos de trabalho na Equipe estratégia de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2009.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G.W.S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface (Botucatu), 2014.

REIS, A.A.C.; BERTUSSI, D.C.; FUENTES, I.C.P. A gestão do Cuidado na rede de Saúde em São Bernardo do Campo: Enfrentando Desafios e Tecendo Novos Arranjos. In: SOUSA., M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros:** os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas, Saberes Editora, 2014.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. **Contribuições da análise institucional para uma abordagem das práticas linguageiras**: a noção de implicação na pesquisa de campo. Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Letras, linguística e suas interfaces. N40, 2010

ROLNIK, S. **Uma insólita viagem à subjetividade fronteiras com a ética e a cultura.**

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental.** Porto Alegre: Ed. da UFGS, 2006.

ROMAGNOLI, R.C. **O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista.** Psicologia & Sociedade, v.26, n.1, 2014

ROSSI, A.; PASSOS, E. **Análise institucional**: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Revista EPOS, v. 5, n. 1, p. 156–181, 2014.

SANTOS, D.G.; SÁ, R.N. **A existência como cuidado:** elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies, 2013.

SANTOS, A.R. Metodologia científica:a construcao do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

SOUZA, M.C. *et al*. **Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil**. São Paulo: O mundo da Saúde, 2014.

SOUZA, R.F.; ABRAHÃO, A.L. **Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia de Saúde na Família (ESF)**. *Revista Labor.* Rio de Janeiro. v. 3, 2010. Disponível em: http://www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume3/reflexao_processo_trabalho.pdf.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. Unesco. Ministério da Saúde, 2002.

WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. Martins Fontes, 2005.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde
Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

1/2

A presente pesquisa intitulada **"A produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família"** tem como principal objetivo analisar a produção do cuidado desenvolvido pelos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no município de São Bernardo do Campo, SP.

Para tanto, profissionais dessa USF serão convidados a participar de três encontros de um Grupo Focal. Os encontros ocorrerão em local reservado, serão filmados e as falas dos participantes serão gravadas e transcritas. Durante os encontros, além da presença do pesquisador haverá um observador que fará os registros para garantir a fidedignidade da coleta dos dados.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida sob a coordenação da Profª. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, docente do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista, e pela aluna e pesquisadora Ludmila Sterci de Oliveira, mestranda da pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP.

Após sua aceitação, assinatura e rubrica do TCLE serão marcadas as datas dos encontros dos Grupos Focais. Serão três encontros de aproximadamente duas horas de duração. É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e a desistência da participação do estudo, se o participante se sentir desconfortável.

Os materiais coletados na pesquisa como, as gravações e transcrições das falas, filmagens e fotos dos participantes, só serão utilizados para a pesquisa científica e a pesquisadora se responsabiliza pelo devido uso. Haverá a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa.

Você tem o direito de ser informado sobre os resultados dos dados coletados em qualquer momento do estudo. Assim, uma via deste TCLE assinado e rubricado ficará com o participante/responsável e outra via ficará com o pesquisador.

Em qualquer etapa do estudo, é possível ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, sendo que o principal investigador é a Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo que pode ser encontrado no endereço Rua Silva Jardim, 136, sala 113, Vila Mathias – Santos – SP, Telefone: (13) 3878-3887.

_____ _____
Rubrica do Pesquisador Rubrica da Participante

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1° andar – CJ 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – Email: cepunifesp@unifesp.br

Eu,
_____

entendo que qualquer informação obtida será confidencial. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo da produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, o que será realizado, as garantias de proteção à minha identidade e de esclarecimentos a qualquer momento.

Ficou claro também, que a minha participação é isenta de despesas. Minha assinatura demonstra que eu concordei livremente em participar deste estudo.

Entendo que estou livre para recusar a participação deste estudo ou para desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou o atendimento neste serviço. A participação na pesquisa é voluntária, não acarreta nenhum gasto. Também não há compensação financeira relacionada à participação.

_____
Assinatura do Profissional da Unidade de Saúde da Família

Certifico que expliquei a(o) Sr.(a) _____ _____acima, a natureza, propósito e benefícios associados à sua participação nesta pesquisa e que respondi todas as questões que me foram feitas.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

_____
Assinatura do Pesquisador Responsável

São Bernardo do Campo, _____ de _____ de _____

APÊNDICE B: Questionário de Identificação dos participantes

Este questionário será utilizado na pesquisa intitulada: “A produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família” – como uma ferramenta para a caracterização e conhecimento de alguns aspectos da trajetória profissional da equipe de saúde da família e participantes desta pesquisa.

Deverá ser preenchido pelo voluntário. Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Preencha as perguntas a seguir com X ou as preencha de acordo com a sua resposta.

1.Dados pessoais:

Nome: _____
Idade: _____ anos.
Gênero: **( )** Feminino **( )** Masculino

2.Profissão:

( ) Médico
( ) Técnico de enfermagem
( ) Enfermeiro
( ) Dentista
( ) Recepcionista
( ) Farmacêutico
( ) Técnico de saúde bucal
( ) Auxiliar de saúde bucal
( ) Agente comunitário de saúde
( ) Psicólogo
( ) Técnico de farmácia
( ) Oficial administrativo
( ) Outro Especifique: _____

3. Características profissionais:

3.1. Onde se formou:
Universidade pública ( ) Universidade Privada ( )
Escola pública ( ) Escola privada ( )

3.2 Quanto tempo de formado: _____

3.3 Possui Pós Graduação ou cursos extras:
Sim ( ) Não ( )

Em qual área? _____

3.4. Há quanto tempo trabalha no SUS?_____

3.5. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade de Saúde da família (USF)?
_____

4. Você aceitaria participar de 3 encontros de grupos focais com a temática cuidado na estratégia de saúde da família (ESF)?
( ) Sim ( ) Não

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

APÊNDICE C: Roteiro para as Rodas de conversas

Temas: cuidado e subjetividade

1 - O que vocês entendem por cuidado? E por cuidado na ESF?

2 - Como vocês têm cuidado dos usuários desta USF?

3- Quais ofertas de cuidado existem aqui nesta USF?

4- O que pode influenciar ou interferir na produção do cuidado? E na produção do cuidado ao usuário deste serviço?

5 - O que entendem por subjetividade?

6 - Vocês acham que a nossa subjetividade interfere no cuidado que produzimos? Se sim, como?

Possivelmente usarei filmes e/ou vídeos com essas temáticas para ajudar nas discussões com os participantes.

Primeiro encontro: A subjetividade - Quem somos nós e por quê estamos aqui?

Num primeiro momento, a pesquisadora explicitará os objetivos da pesquisa, os procedimentos para a coleta de dados, bem como construirá algumas regras com os participantes e fechará um contrato com o grupo, com o número de encontros e temas a serem trabalhados (subjetividade, processo de trabalho e cuidado).

Os participantes, posteriormente, escolherão um pseudônimo ou personagem para sua identificação e também para a preservação da identidade real nas discussões durante os grupos e pesquisa. À medida que os participantes vão escolhendo uma nova identidade/ objeto, falarão dessa escolha e consequentemente de si e de como chegaram ali naquele serviço, de suas expectativas com a pesquisa e implicação com o trabalho realizado.

Propor que o grupo ou cada um (como preferirem) possa produzir um relato dos encontros, (algo curto) ou então trazer um texto, poema, poesia ou recorte de revista do que representou os encontros para eles.

APÊNDICE D: Aprovação do Comitê de Ética

UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: algumas análises
Pesquisador: Ludmila Sterci de Oliveira
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 53792616.2.0000.5505
Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.317.681

Apresentação do Projeto:
Projeto CEP/UNIFESP n:0176/2016
Esta pesquisa surgiu de experiências e encontros vivenciados na trajetória profissional da pesquisadora no Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual pôde aprender e transformar a sua maneira de pensar, sentir, perceber e agir no mundo ,consequentemente, agir no cuidado em saúde. É na ESF que as famílias passam a ser abordadas e compreendidas a partir do meio onde vivem, e nesse espaço definido territorial e socialmente,é que se concretizam a integração e inter-relação entre profissionais e população, possibilitando ações com maior significado social e afetivo. Ela incorpora práticas inovadoras e tem como campo de atuação o "território vivo".

Objetivo da Pesquisa:
-Objetivo Primário: Analisar a produção do cuidado desenvolvida pelos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família. - Objetivo Secundário: Compreender a concepção de cuidado dos profissionais dessa Unidade de Saúde da Família;Analisar a oferta do cuidado aos usuários a partir das subjetividades dos profissionais dessa Unidade de Saúdeda Família. - Hipótese: O cuidado ofertado aos usuários do SUS é influenciado pelo modo como o trabalho está organizado, pelas relações estabelecidas entre os profissionais e com os usuários dos serviços e também perpassa

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

pela subjetividade de todos os sujeitos implicados no
processo. Desse modo, acredita-se que as conexões entre os diversos processos de trabalho que envolvem os profissionais nos serviços podem tanto se configurar como produção de vida como podem produzir práticas vazias e sem sentido, havendo assim, um aumento ou redução da potência do agir dos trabalhadores

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
conforme descrito no parecer inicial

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Trata-se da apresentação de emenda ao protocolo - descrição:

1- O título foi alterado para que ele ficasse mais específico e singular e deixasse claro para o leitor que o trabalho foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família e que a dissertação dirá respeito à aquele serviço de saúde e não da Estratégia de Saúde da Família, área e termos bastante amplos.
Por isso, o título foi alterado de
"A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA" para "A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Algumas análises"

2- Os dados estão sendo analisados segundo a Teoria da Análise Institucional, pois também em discussão com a Banca de Qualificação essa teoria melhor se enquadrava com o tema e objetivos da pesquisa.
Os dados estão sendo trabalhados a partir da Teoria da Análise Institucional, considerando os conceitos como: instituição, instituído, institucionalização, implicação e analisadores. A Análise Institucional é uma perspectiva teórico-metodológica que remete a todo e qualquer trabalho de explicitação de uma dada realidade institucional, ou seja, de um revelar de um dado estado de configuração de um campo institucional. (Rocha e Deusdará, 2010)

Importante ressaltar que tais mudanças têm trazido benefícios para o desenvolvimento do trabalho, pois como já mencionado foram alterações solicitadas pela banca de qualificação para que a pesquisa ficasse mais adequada aos objetivos e o título mais claro para o leitor.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

carta de solicitação das alterações apresentada de forma adequada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

emenda apresentada de forma adequada

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_998822_E1.pdf	25/09/2017 16:19:08		Aceito
Outros	Emenda.docx	25/09/2017 16:15:26	Ludmila Sterci de Oliveira	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	25/09/2017 16:15:07	Ludmila Sterci de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.doc	10/04/2016 21:57:34	Ludmila Sterci de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/04/2016 21:57:01	Ludmila Sterci de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	02/03/2016 21:52:50	Ludmila Sterci de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeciencia.jpeg	02/03/2016 21:43:59	Ludmila Sterci de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/03/2016 21:40:33	Ludmila Sterci de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA

Continuação do Parecer: 2.317.681

SAO PAULO, 05 de Outubro de 2017

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

APÊNDICE E: Produto de pesquisa

Proposta de produto de intervenção da pesquisa

PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o encontro dos trabalhadores

“RECORDAR É VIVER”

1 INTRODUCAO E JUSTIFICATIVA

Esta proposta de intervenção está baseada nas discussões e resultados gerados pela pesquisa de mestrado intitulada “Problematizando as práticas profissionais de uma unidade de Saúde da Família: o encontro dos trabalhadores”

Tal proposta leva em consideração a necessidade de espaços de discussão entre os profissionais de saúde sobre os processos de trabalho e produção do cuidado, no intuito de qualificar as práticas cotidianas de saúde e proporcionar reflexões e análise das implicações dos atores (profissionais, usuários e gestores) envolvidos nesse processo de cuidar.

Abrahão (2013) menciona a importância do conceito de implicação nos processos de se produzir saúde, pois as relações, os encontros que experimentamos no dia-a-dia do trabalho nos coloca numa teia de possibilidades, conflitos e multiplicidades (processo de subjetivação) que muitas vezes ficamos estáticos ou sem reconhecer o fluxo a que estamos inseridos.

A implicação deve ser analisada individual ou coletivamente, o que acarreta em atividade intensa e, muitas vezes, penosa (LOURAU, 2004, p.191).

O mesmo autor enfatiza ainda que cotidianamente preferimos não nos colocar muitos problemas e direcionamos e deixamos nas mãos do outro o que muitas vezes diz respeito a nós e ao nosso movimentar-se (LOURAU, 1993).

Contudo, reconhecer que nesse movimento há muito dos nossos próprios movimentos e interesses inscritos nos atos e ações do cotidiano dos serviços, consiste na possibilidade de não cristalizar e endurecer em processos que limitam a nossa ação como atuante do campo de saúde. A implicação não é só uma questão de vontade, decisão consciente, envolve também questões políticas, econômicas, sociais, ideológicas e pelas instituições que circulam nesse território. Seu uso envolve uma análise dos lugares que ocupamos e desejamos ocupar, enquanto gestor, trabalhador, os desafios contidos nisso, e principalmente, a negação da neutralidade, pois implicados sempre estamos (ABRAHÃO, 2013)

Analisar e avaliar o que está presente no conjunto das atividades das instituições, na dinâmica do instituído, do instituinte e da institucionalização, envolve a análise das implicações. E esse processo revela as tensões como inerentes ao viver e também constitutivas da produção do cuidado em saúde. (ABRAHÃO, 2013)

O encanto dessa produção coletiva é justamente identificar os “nós” na construção de um trabalho conjunto, poder assumir o quanto não é simples trabalhar em equipe, uma vez que o processo é composto de múltiplas direções e instituições e que caminhos díspares cruzam a todo instante o plano da gestão em saúde e da produção das equipes. Por isso, se colocar em análise é uma tarefa necessária, no entanto, constata-se que isso quase sempre é deixado para depois no cotidiano dos serviços de saúde.

Nesse sentido, Franco e Merhy (2013, p. 167) referem que para o movimento de mudança na saúde pressupõe processos de desterritorialização, isto é, a ruptura com o velho território, e movimentos de reterritorialização,

buscando novas identidades existenciais que vão pedir novas práticas de cuidado.

Ceccim (2005) coloca que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é elementar para desterritorializar os profissionais das concepções enraizadas que já não produzem mais saúde e nem um cuidado cuidador e trazer a cena novos fazeres que valorizem os encontros, o vínculo, o respeito e o acolhimento mútuo. Ele afirma também que a EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho para que o SUS venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Ele enfatiza que há necessidade de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre todos os atores envolvidos na produção do cuidado - trabalhadores, gestores e usuários -, implicá-la com o caráter situacional das aprendizagens nos próprios cenários de trabalho da saúde, em todas as suas dimensões, conectando-a às ações contrahegemônicas necessárias.

Reforçando a ideia de Ceccim (2005), Franco (2013) diz que trabalho, ensino e aprendizagem se misturam nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação, e acontecem juntamente como expressão da realidade. Nessa ordem, ele reforça que a linha de produção do cuidado caminha ao lado da linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS, e estas vão desde atividades de pesquisa na área, instituição de conceitos inovadores e práticas educacionais variadas, envolvendo os diferentes produtores de cuidados.

> Estabelecer trocas entre os saberes na perspectiva de partilhamento das áreas de conhecimento dos profissionais e elaboração de propostas de cuidado compartilhadas têm sido experimentado por diferetens equipes de saúde, nos distintos níveis do sistema. (JESUS; PEZZATO; ABRAHÃO, 2013, p. 206)

Segundo Franco e Merhy (2013), a construção de um devir mais cuidador para o SUS e com atores abertos “ao encontro” presume a existência de dispositivos capazes de agenciar a construção de novos saberes e práticas, que ressignifiquem o trabalho em saúde e, sobretudo o cuidado.

Nesse sentido, pela receptividade e interesse dos profissionais na participação nas rodas de conversas realizadas a partir da minha pesquisa de mestrado, além da potência dos encontros, nos quais os profissionais puderam falar sobre o seu dia-a-dia no trabalho, refletir sobre suas práticas de cuidado e também analisar as nossas implicações. Penso que é de suma importância propor novos espaços para que possamos dar continuidade ao trabalho iniciado, uma vez que os profissionais avaliaram as rodas de conversas como um dispositivo potente e uma ferramenta para a execução do trabalho cotidiano.

Surgiu também a necessidade de uma devolutiva, ou melhor, uma restituição dos resultados e efeitos da pesquisa no cotidiano de trabalho deles, inclusive, este foi um pedido dos profissionais participantes da pesquisa.

2 OBJETIVOS

Deste modo, os objetivos deste produto são:

- ✓ Propiciar uma restituição sobre os resultados e considerações da pesquisa aos participantes e gestor do serviço;
- ✓ Propor espaços socioanáliticos e de Educação Permanente em Saúde com os profissionais da Unidade de Saúde da Família pesquisada.
- ✓ Propor espaços, nos quais os profissionais possam analisar seus fazeres, se autoconhecerem e conhecerem uns aos outros, se apropriarem do vivido a partir das trocas realizadas entre os sujeitos implicados nessa produção viva e cotidiana.

- ✓ Tornar possível a ressignificação do trabalho em saúde e do cuidado ofertado com possibilidade de abertura ao encontro com o outro (profissionais, gestores e usuários) para espaços de fala, escuta e vínculo, de modo que a produção do cuidado possa ser propulsora da construção de novas subjetividades.

De acordo com Lourau (1993), a restituição é a explicitação dos fatos e acontecimentos significativos no grupo e suscetíveis à análise institucional. Pode ser uma devolutiva ou síntese realizada pelo socioanalista ou pesquisador dos aspectos observados e nem sempre falados pelo grupo. Nela deve conter conteúdos velados, que comumente aparecem nos “bastidores”, e são analisadores e traduzem aspectos da instituição inserida no processo de análise.

O mesmo autor conta a história e transformação da maneira que a restituição era introduzida e aplicada no âmbito das ciências. Esta se dava a partir da cultura e regime político de determinado local. Por muito tempo foi aplicada numa relação colonialista e de poder, representada por posturas de imposição e controle. Atualmente, a restituição passa a ser empregada como troca de saberes e conhecimentos, com ênfase na cogestão e coparticipação, muito utilizada também em pesquisas ação e participante, contudo, há ainda aspectos a serem aprimorados nesse processo como: o tempo a ser realizada, o grau de veracidade das informações, a ética no feedback e que seja um dispositivo que possibilite a socialização da pesquisa e dos conhecimentos adquiridos. (LOURAU, 1993)

L’Abbate (2002) enfatiza que sem transformar as práticas cotidianas dos profissionais dos serviços de saúde, fica difícil uma mudança no funcionamento dos serviços, no sentido de garantir o acesso, a qualidade e a resolutividade no atendimento. Por mais que o Sistema Único de Saúde seja um sistema legalmente instituído, há que se levar em conta esses princípios e diretrizes, pois sem isso não será possível construir uma nova intersubjetividade entre os sujeitos envolvidos na produção da saúde.

L'Abbate faz menção ao trabalho da socioanálise, que ao meu ver, também se aproxima à momentos de Educação Permanente em Saúde, que trata-se de intervenções no interior das organizações de saúde que objetivam transformá-las em espaços menos duros e burocratizados, que não produzem indivíduos passivos e submissos. Nessas intervenções, as perspectivas do sujeito, da subjetividade e da autonomia podem ser respeitadas e até promovidos, desde que tais processos estejam eles mesmos, postos "em análise".

2 PÚBLICO ALVO

Profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família Areião – lócus da pesquisa do Mestrado Profissional – profissionais que se interessarem pela proposta.

3 MÉTODO

A princípio, serão encontros de rodas de conversas com os profissionais de saúde.

No entanto, o formato e periodicidade serão combinados com a gestora local do serviço.

4 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes da saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. orgs. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica.** Ciência & Saúde Coletiva, 2005.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO,T.B.; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

JESUS, A.F.; PEZZATO, L,M.; ABRAHÃO, A.L. **O uso do diário como ferramenta estratégica da análise institucional para abordar o cotidiano do profissional de saúde.** O caso do Dom Queixote. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. (orgs). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

L'ABBATE, S. **A análise institucional e a saúde coletiva**. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ.** Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

_____. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (org) **analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004

_____. Implicação: um novo Paradigma. In: ALTOÉ, S. (org) **analista institucional em tempo integral.** São Paulo: Hucitec, 2004