UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

AMANDA MENDES SILVA CINTRA

As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da
família: a potência do encontro

RIBEIRÃO PRETO

2015

AMANDA MENDES SILVA CINTRA

As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da
família: a potência do encontro

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientadora: Silvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cintra, Amanda Mendes Silva

As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família: a potência do encontro. Ribeirão Preto, 2015.

165 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Silvia Matumoto

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Relações profissional-paciente. 3. Cartografia.

CINTRA, Amanda Mendes Silva

As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família: a potência do encontro

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este estudo à minha avó Alayde (in memoriam)

Pelas vivências e encontros carregados de amor;
Pelas histórias contadas e pelo colo que tanto me acolheu;
Pelo cuidado para comigo e pelas orações.
O que sobra é a saudade e a eterna gratidão!

*“Enquanto for... um berço meu
Enquanto for... um terço meu
Serás vida... bem vinda
Serás viva... bem viva
Em mim...”*

AGRADECIMENTOS

Nada melhor do que poder agradecer por esse tempo em que tive tantos encontros, em que aprendi tantas coisas, experimentei, vivenciei e pude mergulhar em um universo tão rico de vida e de afetos. Pude me conhecer e me encontrar um pouco mais, me descobrir e reconhecer a potência de vida que também há em mim e o desejo de mais experimentações e de mais vida na saúde, no SUS, na universidade. Tudo me perpassou de alguma forma, e aqui agradeço à Vida por me proporcionar essa caminhada de tanto aprendizado e amadurecimento.

Agradeço:

A Deus, por me presentear com o dom da Vida e com pequenos milagres que me fizeram enxergar e experimentar seu grande amor e cuidado para comigo nesse tempo, por me carregar no colo e me dar forças pra tornar meus sonhos realidade! A Deus toda a honra e gratidão!

Aos meus pais, Nilda e Wilcilene, pelo simples fato de me amarem como sou e me apoiarem em todos os meus sonhos e ideais! Obrigada pela ajuda financeira, por todo carinho e paciência. Amo vocês!

À minha irmã Bruna, minha mana amada e querida. Obrigada pela parceria, pelo companheirismo, pela amizade e por sempre estar perto! “Eu gosto tanto de você que até prefiro esconder, deixa assim ficar subentendido”... Amo você, irmã!

Ao meu primo Alessandro, meu irmão, meu amigo, pela presença e pelo apoio tanto necessários nesse tempo.

Ao Luciano, meu marido, meu amado... gratidão por tanta paciência despendida nesse tempo, por tanto amor, por se aventurar e percorrer comigo esses caminhos por vezes tortuosos, mas cheios de vida, por me amar como sou, por me escutar, por sonhar comigo e por me dar forças para vencer mais essa etapa na minha vida. “Eu quero que venha comigo, todo dia, todo dia!”

Às minhas meninas e amigas amadas Marília, Suzi, Thais, Talita e Helô. Obrigada por estarem sempre comigo, cada uma à sua maneira, obrigada pelos sonhos coletivos, pelas

filosofias inesperadas, pelas partilhas e pelos encontros tão profundos e tão cheios de inúmeros afetos. Obrigada por produzirem em mim paixões alegres!

À Thaisa e Gabi, por estarem comigo no grupo de terapia, por me escutarem, me ajudarem a me recriar, reinventar e me descobrir enquanto potência.

À Dani, por infinitos aprendizados, pelas partilhas, por estimular meus sonhos e projetos, por me ajudar a me aventurar nos caminhos interiores de descoberta de mim mesma e por me ajudar nesse processo terapêutico cheio de desafios de lapidação da minha pedra-bruta.

Às amigadas que fiz nesse tempo de pós-graduação: Isa, Rê, Fernando, Mônica, Paty, pelos saberes compartilhados, pelas risadas, composições, criações e por embelezar esse caminho.

À Paty, por me acolher em sua casa, pela amizade que se fortaleceu ao longo dessa jornada, pela força, pelas orações e pelas longas partilhas cheias de sonhos, projetos e realizações. Obrigada por ser presença, minha amiga!

À Luana, pela parceria, por compartilhar os sabores e dissabores dessa caminhada e por me ensinar tanto com sua sabedoria, alegria e paciência.

À Andressa, minha comadre e amiga, pelo tempo em que moramos juntas, por compartilhar comigo alegrias e tristezas, risadas e muita história. Obrigada pela companhia.

Às queridas Cinira e Zezé Bistafa, por me auxiliarem na construção do meu projeto, por estarem sempre presentes e à disposição, por compartilharem seus saberes e serem exemplos de profissionais tão dedicadas e comprometidas. O amor que vocês transparecem pelos seus ideais é maravilhoso de se ver e me inspira profundamente.

Ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Puntel de Almeida (Nupesco) e a seus integrantes por se constituir enquanto um espaço de saberes e trocas, por se abrir à construção de um coletivo tão rico e por me mostrar as belezas de um SUS que acontece e que é real.

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública pela oportunidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo financeiro.

Aos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família das Hortências, pela acolhida, por permitirem e se abrirem ao estudo e por contribuírem grandemente com a realização desta pesquisa.

À minha querida orientadora, Silvia Matumoto! Difícil descrever em palavras o que essa relação produziu em mim. Sei que é muito amor, carinho, respeito e admiração envolvidos! Muito obrigada por esse tempo de tanto aprendizado, crescimento, partilhas e reflexões! Gratidão pelos encontros que produziram em mim paixões alegres, que me impulsionaram e me fizeram sonhar, por acreditar na potência desse estudo, pela paciência e cuidado que teve para comigo nessa jornada, pela parceria, por respeitar meu tempo, pelas orientações, pelas afetações e atravessamentos, e por ser um grande exemplo de mulher e profissional tão comprometida com a Vida e com o outro.

*Que a sorte me livre do mercado
e que me deixe
continuar fazendo (sem o saber)
fora de esquema
meu poema
inesperado
e que eu possa
cada vez mais desaprender
de pensar o pensado
e assim poder
reinventar o certo pelo errado*

Ferreira Gullar

CINTRA, A. M. S. **As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família: a potência do encontro.** 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

RESUMO

O objeto deste estudo foram as relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários do serviço de saúde sob a perspectiva do trabalhador no contexto de uma unidade da Estratégia Saúde da Família situada na cidade de Franca, SP. Para isso foram utilizados os referenciais teóricos dos processos de trabalho em saúde, da micropolítica do processo de trabalho e da produção de subjetividade. Sabemos que o trabalho em saúde implica um espaço relacional, ou seja, para que exista esse trabalho, deve existir o outro, compreendido como alguém que possui necessidades de cuidado, e é no encontro com esse outro que há a produção de um ato de saúde. Diante dessa temática, a pesquisa teve por objetivo geral mapear e analisar as relações entre profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família na produção de atendimentos sob a ótica dos trabalhadores. Para responder aos objetivos do estudo, foram necessários procedimentos investigativos mais abertos e inventivos, um olhar vibrátil, sensível aos movimentos e que conseguisse captar as vibrações. Portanto, para atender a essa finalidade de estudar os processos de produção de subjetividade nas relações entre profissionais e usuários da ESF, a pesquisa fez uma aproximação ao método cartográfico, que diz respeito às estratégias das formações do desejo no campo social, aos seus movimentos e suas conexões que podem surgir de diversos lugares. O cartógrafo faz um mergulho nos afetos e sempre busca elementos para compor e complementar suas cartografias. Aqui o conhecimento é dado em processo, sendo inseparável do movimento da vida e dos afetos que a acompanham. Nesse mesmo movimento o estudo adotou a pesquisa-intervenção, que parte do princípio de que o processo de conhecer e fazer, pesquisar e intervir são inseparáveis. Aqui, as metas e os caminhos são traçados ao longo do processo a ser pesquisado, tendo como norte seu objeto e objetivo. Para a produção dos dados, foi importante estabelecer algumas ferramentas, dentre elas a observação participante, o uso do diário de bordo e a entrevista semiestruturada. Além dessas ferramentas, o estudo também contou com uma primeira fase, a exploração de campo, o que permitiu um rico diálogo com a realidade. Diante do cenário estudado, pude observar que o que mais se destaca nas relações é ainda a prevalência do modelo hegemônico de saúde, do cuidado centrado em técnicas procedimentais e protocolos em detrimento das tecnologias leves, relacionais, que possibilitam e ampliam um cuidado mais integral e de produção de vida. No estudo, também percebemos a existência de algumas instituições que estão presentes no momento do encontro trabalhador-usuário e que perpassam esse primeiro, dentre elas a instituição saúde, a enfermagem e a assistência social que, no caso, dão-se por uma faceta do controle, do seguimento de regras, e estão intensamente presentes nas relações estudadas. Por outro lado também pude captar alguns momentos em que os trabalhadores conseguiram realizar um cuidado mais ampliado, exercendo uma escuta empática e deixando para segundo plano as tecnologias duras e leve-duras, experimentando um pouco mais das tecnologias relacionais, de comunicação e escuta, colocando o usuário em evidência e tentando realizar um cuidado usuário-centrado e em suas reais necessidades. A perspectiva do estudo era a produção de vida e autonomia do usuário nos encontros. Algumas questões foram compreendidas e outras não devido à complexidade do tema ao se tratar das relações. A pesquisa também explorou apenas a perspectiva do trabalhador, ficando desconhecida a perspectiva do usuário, por isso a necessidade de novos estudos que caminhem por esse universo relacional por meio de um olhar vibrátil que consiga enxergar o que se passa entre as forças presentes nesses encontros.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Relações Profissional-Paciente. Cartografia.

CINTRA, A.M.S. **Relations between professionals and users of a family health unity: the encounter's potency**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

ABSTRACT

The object of this study were the relations between workers and users of the health service under the worker's perspective in the context of a Family Health Strategy (ESF) unit in the city of Franca, SP. For this, the theoretical references of the work process in health, the micropolitics of the work process and the subjectivity production were used. We know that the work in health involves a relational space, in other words, for this work, there must be another one, this one, understood as someone who has care needs, and it is in the encounter with this other one that there is the production of an act of health. On this thematic, the research aimed to map and to analyze the relationships between professionals and users of the ESF in the care production from the workers' perspective. To respond the study objectives, more open and inventive investigative procedures were needed; one vibratable look, sensitive to movements that could pick up the vibrations. Therefore, to meet this purpose, of studying the subjectivity production processes in relations between professionals and users of the ESF, the research made an approach to the cartographic method, that regards to the strategies of desire formations in the social field, their movements and their connections that can arise from several places. The cartographer dives into the affections and always seeks elements to compose and complement its cartography. Here, the knowledge is given in the process, being inseparable from the movement of life and its affections. In this same movement, the study adopted the intervention research that assumes that the process of knowing and doing, and of researching and intervening, are inseparable. Thus, the goals and the paths are traced throughout the process to be searched, with its object and purpose as north. It was important to establish some tools for the data production, among them, the participative observation, the use of the on board diary and the semi-structured interview. In addition to these tools the study also included a first phase which was the field exploration, which allowed a rich dialogue with reality. Given the scenario studied, I could see that what stands out the most in relationships is still the prevalence of a hegemonic model of health care centered on technical and procedural protocols to the detriment of lightweight relational technologies, which enables and expands a more comprehensive care and of production of life. In the study we also realize that some institutions are present in the worker-user encounter, running through this first, among them, there are the institution health, nursing and social assistance that in the case emerge by a control facet of following rules and are intensely present in the studied relations. On the other hand, I could also capture moments in which workers managed to realize a broader care acting for an empathic listening and to leave in the background the hard and soft-hard technologies, experimenting relational technologies a little more, communication and listening, putting the user in evidence and trying to accomplish an user-centered care based in their real needs. The study perspective was the production of life and user autonomy in encounters. Some questions were understood and others not due to the issue's complexity when dealing with relations. The research also explored the worker's perspective only, being unknown the user's perspective, therefore, new studies are needed to walk this relational universe through a vibratable look that can see what goes on between the forces presents in those encounters.

Keywords: Family Health Strategy. Professional-Patient Relations. Cartography.

CINTRA, A. M. S. **La relacion entre profesionales y usuarios de una unidad de salud de la familia: el poder de lo encuentro.** 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

RESUMEN

El objeto de este estudio fueron las relaciones entre los trabajadores y los usuarios del servicio de salud desde la perspectiva del trabajador en el contexto de una unidad de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de Franca, SP. Para esto se utilizaron los marcos teóricos de los procesos de trabajo de la salud, el micro del proceso de trabajo y de la producción de subjetividad. El trabajo de salud implica un espacio relacional, es decir, así que hay este trabajo, debe haber lo otro, como alguien que ha entendido las necesidades de atención, y es en el encuentro con ese otro que hay la producción de un acto de salud. Sobre el tema, la investigación tuvo como objetivo general mapear y analizar las relaciones entre los profesionales y usuarios de la ESF en la producción de las llamadas desde el punto de vista de los trabajadores. Para eso se llevó a procedimientos de investigación más abiertas e inventivas, una mirada vibrante, sensible a los movimientos y que pudiera captar las vibraciones. Para cumplir con el estudio de los procesos de producción de subjetividad en las relaciones entre los profesionales y usuarios del ESF, la búsqueda hizo una aproximación al método de asignación con respecto a las estrategias de las formaciones del deseo en el ámbito social, sus movimientos y sus conexiones que pueden surgir de varios lugares. El cartógrafo profundiza en un universo de la subjetividad y siempre busca elementos para componer y complementar su cartografía. Aquí, el conocimiento es dado en el proceso, inseparable de movimiento de la vida y afecciones que lo acompañan. En ese mismo movimiento el estudio adoptó la investigación de la intervención que se supone que el proceso de conocer y hacer, investigar e intervenir son inseparables. Aquí, las metas y los caminos están trazados por todo el proceso que se debe buscar, que tenga por norte el objeto e la finalidad. Para la producción de los datos fuera importante establecer algunas herramientas, incluyendo la observación participante, el uso de la bitácora y la entrevista semi-estructurada. Además de estas herramientas en el estudio también presentó una primera fase, la exploración, que permitió un diálogo rico con la realidad. Por el escenario estudiado, pude ver que incluso lo que más destaca en las relaciones sigue siendo la prevalencia del modelo hegemónico de la salud, del cuidado centrado en las técnicas de procedimientos y protocolos encima de las tecnologías blandas, relacionales que permite y se extiende una atención más integral en la producción de la vida. En el estudio también nos damos cuenta de que hay algunas instituciones que están presentes en el momento del encuentro trabajador–usuário y que se ejecutan a través del primer, entre ellos la institución de salud, la enfermería y asistencia social en el caso están dadas por una faceta de control de seguir las reglas y son intensamente presente en las relaciones estudiadas. Por otro lado también podría capturar un momento en que los trabajadores han logrado una atención más amplia, en ejercicio de una escucha empática, dejando el fondo las tecnologías duras y blandas-duras, experimentar un poco más de las tecnologías relacionales, de comunicación y de escucha, poniendo el usuario en la evidencia y tratar de lograr una atención para el usuário-centrado y sus necesidades reales. La perspectiva del estudio fue la producción de la vida y la autonomía del usuario en las reuniones. Algunas de las preguntas fueron entendidas y otras no, lo que se debe a la complejidad de la cuestión cuando se trata de relaciones. La búsqueda también exploró solamente la perspectiva del trabajador, siendo desconocida la perspectiva del usuario, por eso hay la necesidad de nuevos estudios que caminan por ese universo relacional a través de una mirada vibrante que puede ver lo que sucede entre las fuerzas presentes en estos encuentros.

Palabras clave: Estrategia Salud de la Familia.Relaciones Professional-Paciente. Cartografía.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACAR – Ambulatório de Crianças de Alto Risco

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AGAR – Ambulatório de Gestação de Alto Risco

AME – Ambulatório Médico de Especialidades

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CTT – Composição Técnica do Trabalho

DM – Diabetes Mellitus

DRS – Departamento Regional de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

ESF – Estratégia Saúde da Família

HPV – Papilomavirus humano

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NAIA – Núcleo de Atendimento à Infância e Adolescência

NGA-16 – Núcleo de Gestão Assistencial

NSF – Núcleo de Saúde da Família

PA – Pressão Arterial

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM – Trabalho Morto

TV – Trabalho Vivo

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos trabalhadores da USF das Hortências..... 57

Quadro 2 – Atividades desenvolvidas na USF das Hortências 57

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
SOBRE O PROVISÓRIO E INACABADO	17
1. - INTRODUÇÃO.....	20
1.1. APONTAMENTOS NECESSÁRIOS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO	20
2. - OBJETIVOS.	23
2.1. OBJETIVO GERAL.....	23
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. - REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	24
3.2. PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA	30
3.3. A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NAS RELAÇÕES	35
4. - CAMINHOS PERCORRIDOS	43
4.1. NATUREZA DA PESQUISA.....	43
4.2. A CARTOGRAFIA E A PESQUISA-INTERVENÇÃO	44
4.3. A ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO.....	48
4.4. CAMPO DA PESQUISA	50
4.5. A ENTRADA EM CAMPO.....	52
4.6. FERRAMENTAS PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS.....	54
4.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	56
4.8. A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DAS HORTÊNCIAS	56
4.9. COMO FOI REALIZADA A ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS	61
5 - CARTOGRAFIA DOS ENCONTROS.....	63
5.1. SOBRE A PRODUÇÃO DOS DADOS: A CARTOGRAFIA DOS ENCONTROS	63

5.2. TRABALHADOR 1	63
5.3. TRABALHADOR 2.....	68
5.4. TRABALHADOR 3	73
5.5. TRABALHADOR 4	80
5.6. TRABALHADOR 5	84
5.7. TRABALHADOR 6.....	89
5.8. TRABALHADOR 7.....	93
5.9. TRABALHADOR 8	98
5.10. TRABALHADOR 9	100
5.11. TRABALHADOR 10	105

6 - NUANCES... LINHAS QUE PERPASSARAM AS CARTOGRAFIAS E SE ENCONTRARAM NUM PONTO COMUM 110

6.1. SOBRE OS ENCONTROS QUE SE FIZERAM: LINHAS, TRAÇOS E CAMINHOS ENTRECRUZADOS.....	110
6.2. SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE.....	131
6.3. O E-SUS COMO ANALISADOR DO PROCESSO DE TRABALHO	138

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 143

7.1. NÃO HÁ UM PONTO FINAL.	143
7.2. O QUE ESTE ESTUDO PRODUZIU EM MIM?.....	146

REFERÊNCIAS..... 148

APÊNDICES 158

ANEXOS 164

APRESENTAÇÃO

Sobre o provisório e inacabado

Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido. A escrita é inseparável do devir: ao escrever estamos num devir-mulher, num devir-animal ou vegetal, num devir-molécula, até num devir imperceptível (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

Início esta escrita com uma citação de Deleuze e Guattari (1997) sobre a escrita, que é como o devir: sempre inacabada e provisória. Assim somos nós, e assim sou eu, não sendo, mas estando em um estado provisório, inacabado e cheio de imperfeições. E assim é a escrita, que não descola de mim. Também inacabada, também imperfeita e provisória...

Quando nos aventuramos nos caminhos da escrita, somos atravessados por uma multiplicidade de coisas: nossa história, nossas vivências e experiências, aquilo que acreditamos ser, nossa relação com o outro, e pelos vários afetos pelos quais somos afetados. Tudo isso está na escrita. Não há neutralidade, pelo contrário, há afecções, vibrações e envolvimento, pois tudo que há em mim perpassa minha escrita.

Nesse sentido apresento aqui minha produção: um emaranhado de linhas carregadas de signos que se conectaram umas às outras e foram produzindo alguns sentidos, compondo, assim, uma paisagem mutante, inacabada e processual.

Todas as ideias, conexões, reflexões que fiz e que escrevi atravessaram-me de alguma forma. Durante todo esse tempo de imersão no tema do meu estudo muita coisa aconteceu, e hoje me deparo com uma Amanda diferente das outras que encontrei pelo caminho percorrido até aqui.

Já falava Heráclito que ninguém pode entrar duas vezes no mesmo rio, pois, quando nele entra-se novamente, não se encontram as mesmas águas, e o próprio ser já se modificou. Tudo flui, nada permanece, tudo se transforma e está em contínua mutação. E assim foi meu processo de experimentações na vivência da pós-graduação.

Iniciei com uma ideia, com um desejo de construir, de aprender e de mergulhar no universo relacional de trabalhadores e usuários da Estratégia Saúde da Família. Escolhi esse tema por conta da minha experiência de dois anos no Programa de Aprimoramento Profissional em Promoção de Saúde na Comunidade do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, SP.

Durante esse período pude viver algumas dores e alegrias de trabalhar-se na saúde pública, mais especificamente na atenção básica, dentro da saúde da família, e também pude acompanhar outros profissionais nessa trajetória do cuidado em saúde.

A partir dessa experiência surgiu o desejo de querer saber um pouco mais sobre essa relação entre trabalhador-usuário. O que se passava nesses encontros, o que impulsionava o usuário a ter sua potência de agir aumentada ou por que eram produzidas paixões tristes nesses encontros. O que esse espaço de encontro oferecia, o que acontecia ali, quais eram os atravessamentos, as vibrações que tocava de uma forma ou de outra os sujeitos. Quais potências poderiam ser produzidas ali, em ato, no trabalho vivo, no encontro?

Junto a esses questionamentos, as leituras de Merhy, com sua micropolítica do trabalho vivo; os autores da clínica ampliada, Ricardo Ayres e a sensibilidade do cuidado; Suely Rolnik, Deleuze e Guattari com a filosofia da Diferença. O contato com esses autores fez-me adentrar por esse universo relacional.

Faço aqui um parêntese ao falar de Deleuze e Guattari, pois sua teoria já me fazia vibrar e inquietava-me desde a época de estudante de psicologia, quando Daniela, minha professora da diferença e orientadora de iniciação científica, apresentou-me a esse universo da diferença, da multiplicidade, do desejo.

Tinha comigo uma ideia romanceada e idealizada de que encontraria trabalhadores com um compromisso ético de produção de vida e de paixões alegres, que favorecessem a autonomia do usuário, sem me lembrar de que o ser humano é composto por subjetividades e é fruto de uma produção social. Essa ideia foi se perdendo aos poucos quando me deparei com a oportunidade de produção de dados na cidade de Franca, SP. Imaginava que lá nem houvesse uma política de atenção básica; enfim, não esperava nada da minha cidade, e surpreendi-me quando ali existia e “funcionava” a saúde da família. Ao ser bem recebida pela equipe do estudo, já fui retornando novamente àquela minha ideia romanceada de que “ali a coisa acontecia”, e que eu teria a possibilidade de ver uma relação que despertasse potência de vida, autonomia e protagonismo no outro.

Porém o caminho não foi bem esse. Deparei-me com situações em que fui muito atravessada e afetada, peguei-me querendo fazer pelo outro, tudo aconteceu ali, só não fui neutra. Neutralidade zero. Como não ser afetado? Como achar que vamos sair inertes de uma experiência dessas de pesquisa? Impossível. Todos os dias que ia para a unidade de saúde eu era afetada de algum jeito. Às vezes julgava e culpava os trabalhadores. “Como isso pode acontecer?” Mas com o tempo fui aprendendo e compreendendo que a culpa não existe. Não temos os culpados, mas somos atravessados por instituições, regras e vivências; somos uma produção social, um

emaranhado de linhas e forças que nos compõe e faz-nos ter determinadas ações. Então precisei treinar meu olhar vibrátil para o que ocorria, o que se passava nesses espaços e nos encontros sem vitimizar ou culpar e conseguir captar nuances, possibilidades, dificuldades, enfim, tudo que se passava no entre, tudo que de alguma forma fazia eco, produzia ressonâncias.

O fruto de toda essa vivência está aqui nesta dissertação, e eu convido o leitor a um mergulho nesse universo relacional do trabalho em saúde.

A fim de melhor orientar e facilitar a leitura do trabalho, seguimos a distribuição dos conteúdos em sete capítulos:

No primeiro capítulo foi configurada a *Introdução*, em que realizei alguns apontamentos necessários à construção do objeto do estudo ao apresentar os referenciais teóricos utilizados, algumas implicações e a justificativa da escolha do tema.

No segundo capítulo, denominado *Objetivos*, estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

O terceiro capítulo versa sobre o referencial teórico utilizado na construção do objeto de estudo. Nesse momento trago reflexões acerca do processo de trabalho em saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família e sobre o processo de produção de subjetividade nas relações e no encontro do trabalho com o usuário do serviço de saúde.

O quarto capítulo trata sobre a trajetória, os caminhos percorridos durante a realização do estudo. Trago apontamentos sobre a natureza da pesquisa, a cidade em que realizei o estudo, as ferramentas utilizadas, realizo a narração da minha entrada em campo e faço uma contextualização da unidade de saúde da família estudada a fim de contextualizar melhor o local escolhido para a pesquisa.

No quinto capítulo apresento os resultados em um movimento de cartografia dos encontros entre os trabalhadores e os usuários da saúde da família. Nesse capítulo traço, a partir de cada trabalhador, os mapas dos encontros dos quais pude participar enquanto observadora. Encontros que me afetaram e produziram em mim inquietações e atravessamentos e que são discutidos em seguida.

No sexto capítulo realizo a discussão da produção durante o estudo. Trabalho a partir de dois temas: o encontro entre trabalhador-usuário e o processo de trabalho em saúde. A separação dos temas que muito se atravessam ocorreu com finalidade didática e para melhor leitura do texto.

No sétimo capítulo faço as considerações finais do estudo, levando em consideração que não se trata de um ponto final, mas sim de algo que é provisório, inacabado, diria até que sem fim. Aqui eu trago uma indagação: o que este estudo produziu em mim? E também realizo uma síntese das questões apresentadas, relacionando-as aos objetivos propostos.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apontamentos necessários sobre o objeto de estudo

Só produz novos sentidos para o viver quem tem vida para ofertar.
Emerson Elias Merhy

O objeto deste estudo constitui-se das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço sob a perspectiva do trabalhador no contexto de uma unidade da Estratégia Saúde da Família situada em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Para isso utilizei os referenciais teóricos dos processos de trabalho em saúde, da micropolítica do trabalho em saúde e da produção de subjetividade.

O que pretendi trabalhar na investigação foram as relações no interior das práticas de saúde, nos encontros entre trabalhadores e usuários, com enfoque nas interações, nas produções subjetivas que emergem dessas vivências e experiências cotidianas, nos efeitos desse encontro em ato, tendo em vista a transformação das práticas dirigidas para aumentar os graus de autonomia do usuário. Essa perspectiva tem sido explorada por pesquisadores do campo da saúde coletiva como Aragon (2003), Ayres (2004) e Merhy (2007).

O trabalho em saúde implica um espaço relacional, ou seja, para que exista tal trabalho, deve existir o outro, compreendido como alguém que possui necessidades de cuidado, e é no encontro com o outro que há uma tentativa de produzir-se esse cuidado. No entanto o problema observado está relacionado à redução do ser humano a uma categoria nosológica: “Nesse caso, a atenção à saúde restringe-se à definição do problema mediante a inclusão deste em uma grade conceitual previamente estabelecida”. Aqui, nessa situação, o trabalhador não considera as necessidades de saúde do usuário (BERNARDES; QUINHONES, 2009, p. 158).

O estudo buscou reconhecer os modos de produção das práticas de cuidado no âmbito da saúde, acreditando que o repensar as práticas pode levar-nos à recriação de saberes que ampliem e favoreçam a potência de agir dos sujeitos envolvidos. Pautamo-nos na leitura de Espinosa por Deleuze (2002) quanto à nossa capacidade de afetar e ser afetado. Nesses afetos produzidos, a noção de alegria aproxima-nos da ação e possibilita a produção de vida na dimensão individual e coletiva (DELEUZE, 2002; MERHY, 2007).

Para Espinosa, a vida em produção manifesta-se de várias formas, e a alegria é uma dessas manifestações em que o corpo alegre produz uma abundância de vida ao estar em expansão.

Parte-se da ideia de que só um coletivo que está transbordando vida em si e para si pode oferecer, ou pelo menos instigar, a produção de nova vida (DELEUZE, 2002).

A noção de alegria apresentada diz respeito à *produção de paixões alegres*, termo pautado por Espinosa como a nossa capacidade de sermos afetados. Essas paixões ampliam e favorecem nossa potência de agir. Somente a alegria permanece e aproxima-nos da ação. São compreendidas como um momento quando encontramos um corpo que se ajusta à nossa natureza e cuja relação arranja-se com a nossa; dessa forma nossa potência de agir é expandida e favorecida, ao contrário das paixões tristes, que reduzem tal potência. Aqui, não há uma composição de relação; não vivemos; ao contrário, sobrevivemos (DELEUZE, 2002).

Nesse sentido, toda potência é ato, pois é inseparável de um poder de ser afetado, sendo que esse poder encontra-se preenchido por afecções que o efetuam. E as afecções são os próprios modos. “Os modos são as afecções da substância ou de seus atributos”. As afecções são ação, imagens e marcas corporais que abarcam a natureza do corpo afetado e do corpo afetante. Por afeto compreendem-se as afecções do corpo pelas quais a potência de agir é ampliada ou diminuída, o que gera a alegria (ampliação da potência) ou tristeza (potência diminuída) (DELEUZE, 2002).

A partir de tudo que foi exposto, neste trabalho houve o desejo de produzir um novo modo de agir em saúde, ao tentar construir junto ao profissional uma atuação mais envolvida com a vida individual e coletiva, uma vez que se tem como objeto da saúde a produção do cuidado e sua finalidade primeira de alcançar a saúde.

A fim de alcançar os objetivos da pesquisa, trabalhamos com a pesquisa-intervenção e experimentamos uma aproximação ao método cartográfico, pois ambos possibilitam o estudo dos processos de produção de subjetividade, termo compreendido e utilizado neste trabalho a partir da perspectiva de Guattari e Rolnik (1999).

Os processos de produção de subjetividade são compreendidos enquanto possuidores de uma natureza subjetiva fabricada, produzida, modelada (GUATTARI; ROLNIK, 1999), contemplando, assim, o objeto de pesquisa, além da possibilidade de transformação da realidade a ser estudada. A subjetividade aqui referida é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais; é plural e polifônica. Trata-se dos sistemas de conexão direta entre as máquinas produtivas, de controle social e as instâncias psíquicas que determinam a maneira de perceber o mundo. A produção de subjetividade é matéria-prima de toda e qualquer produção no campo social e encontra-se naquilo que Marx denomina de infraestrutura produtiva (GUATTARI; ROLNIK, 1999; GUATTARI, 1999).

A partir dessa perspectiva, trabalhamos na proposição de “dentro”, na qual o pesquisador poderá acompanhar e capturar os processos e produções de subjetividade de um serviço de saúde, no caso uma equipe de Saúde da Família. Somado a isso, partimos da ideia de que o ato de pesquisar não está dissociado do ato de intervir, uma vez que a inserção do pesquisador no campo já traz implicações em tal espaço, já o modificando (PASSOS; BARROS, 2009).

Portanto pesquisamos as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários da Estratégia Saúde da Família, norteando-nos pelas questões: Que relação é essa? O que se produz nesse espaço? Quais são as potencialidades dessas relações? O que se pode conseguir desses encontros entre profissionais e usuários no campo da Atenção Básica?

A finalidade deste estudo é trazer luz a uma prática de saúde voltada para o cuidado integral do ser, para o estabelecimento de redes de encontros que possam gerar vida e autonomia ao usuário do serviço, pois se percebem as difíceis experiências vivenciadas tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores nos estabelecimentos de saúde onde dificilmente observa-se a produção de vida e de encontros para a produção de alegria (MERHY, 2004a).

O estudo vem contribuir para a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva por efetivar-se em processo de pesquisa-intervenção. Dessa forma avança ao envolver trabalhadores de saúde no repensar/buscar novas práticas de saúde que ampliem os graus de autonomia no modo de o sujeito construir sua história (MERHY, 2007, p. 123).

No contexto das políticas de saúde no Brasil, o estudo contribui também com os investimentos para a humanização da saúde, estando em consonância com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, que nasce em virtude das dificuldades enfrentadas nas práticas de saúde, como, por exemplo, em relação à fragmentação e verticalização dos processos de trabalho que fragilizam as relações entre os profissionais da saúde e entre eles e os usuários, dificultando o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção. Dessa forma, a humanização vem para oferecer atendimentos de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, melhorando os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Além disso, o estudo também atende a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, em que se permite que as prioridades de pesquisa em saúde estejam em consonância com os princípios do SUS. O foco da investigação tem relação com o item 22 – *Sistemas e Políticas de Saúde*, relativo aos estudos sobre a atenção à saúde e sobre o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Mapear e analisar as relações entre profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família na produção de atendimentos sob a ótica dos trabalhadores.

2.2. Objetivos Específicos

- Mapear o que se produz nesse espaço relacional entre profissional e usuário;
- Reconhecer as potencialidades e efeitos desse espaço relacional;
- Descrever e reconhecer o processo de trabalho da equipe de saúde da família.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. O processo de trabalho em saúde

A fim de embasar o estudo, utilizamos o referencial do processo de trabalho e da micropolítica do processo de trabalho em saúde.

Antes de pensarem-se as relações entre os trabalhadores e os usuários da Estratégia Saúde da Família, faz-se necessário compreender um pouco a respeito do conceito de trabalho, ao compreender que a saúde é uma prática social que possui finalidades definidas social e historicamente, e utiliza uma amplitude de instrumentos tomando como o objeto de sua ação o próprio homem, enquanto sujeito social (PEREIRA et. al., 2005).

Para isso, recorro a Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, estudioso do processo de trabalho que se utiliza da teoria marxista do trabalho voltada ao campo da saúde.

Gonçalves (1992) afirma que o trabalho é uma atividade em que há a transformação de um material em outro por meio de uma energia aplicada, ou seja, trata-se de uma atividade capaz de alterar o estado natural das coisas, sendo ilustrada da seguinte forma: trabalho

$\square \xrightarrow{E!} \triangle$ (transformação do quadrado em triângulo a partir da aplicação de energia).

Outro ponto a ser ressaltado diz respeito a uma distinção entre a ideia de trabalho e o conceito de processo de trabalho em saúde, pois o último ocorre a partir das necessidades que surgem das relações entre o homem, inserido em um contexto histórico e social (GONÇALVES, 1992).

Dessa forma o processo de trabalho em saúde possui uma maior complexidade do que o esquema que representa o trabalho, uma vez que o trabalho humano “consiste na atividade coordenada intelectual-mecânica de consumo de energias conforme o fim buscado”, ou seja, existe uma intencionalidade na aplicação da energia para a transformação de algo. Essa intencionalidade não ocorre entre os animais ou nos eventos naturais, por exemplo. Um raio cai em uma árvore e derruba-a; nisso não houve intencionalidade, apesar de haver a transformação de um “objeto” em outro a partir de uma energia aplicada. Nessa ação, há apenas causalidade. Além disso, ele não sofre uma transformação espontânea – o que configura o trabalho como forma de processo. Ao perceber a processualidade presente, não há mais a ideia de

transformação espontânea, pelo contrário, há uma finalidade a ser alcançada. É por conta dessa finalidade que afirmamos que o processo de trabalho é teleológico, ou seja, tem um fim, um propósito, um objetivo, um carecimento a ser satisfeito (GONÇALVES, 1992, p. 9).

Por que há a transformação de $\square$ em $\triangle$? Para que um transforme-se no outro, há uma relação necessária que permite ver no triângulo uma potencialidade do quadrado. Dessa forma, o quadrado é delimitado por um olhar que contém um projeto. Todo resultado do processo de trabalho contém energia que, ao ser consumida, pode satisfazer uma necessidade. Para o trabalho humano não há apenas a transformação do material sob o qual ele opera, há também um projeto acerca desse material. Um projeto que está situado na mente do trabalhador, visando à transformação do objeto em produto (GONÇALVES, 1992; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Outra característica fundamental do trabalho humano é seu caráter relacional, pois o homem é um ser de relações, ele não existe senão organizado em grupos de homens. “Só através de relações entre si os homens-indivíduos-trabalhadores ‘entram’ nos processos de trabalho. Estas relações não são apenas subjetivas uma vez que se objetivam em relações com os objetos e os instrumentos de trabalho” (GONÇALVES, 1992, p. 20).

Têm-se então os elementos componentes do processo de trabalho em saúde, sendo eles: a atividade voltada para uma finalidade; o objeto de trabalho, que é a matéria a que se o aplica; e os instrumentos de trabalho, que podem ser materiais e não materiais. Tanto o objeto quanto os instrumentos de trabalho são conformados por meio da ação do agente do trabalho, além de serem constituídos historicamente pelos sujeitos, ampliando as possibilidades de intervenção sobre o objeto (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Essa concepção de processo de trabalho também possui uma ideia de homem, que não é somente biológico, mas é construído socialmente, pois vive em um determinado contexto político, econômico e social. Assim o trabalho em saúde lida com homens que possuem necessidades que são constituídas social e historicamente (GONÇALVES, 1992).

A partir dessa perspectiva, ao refletir sobre o modo de produção capitalista e as necessidades construídas a partir dessa lógica, tem-se que o que antes era denominado carecimento passa a ser chamado de necessidade, pois deixa de ser natural e passa a ser humanamente natural. Novas necessidades criam o sujeito para novos processos de trabalho. Aqui, então, questionamo-nos: qual projeto que o trabalhador da saúde deseja executar nessa lógica de produção? A serviço de quem ele está?

As práticas de saúde, ao incorporarem a ideia de trabalho, são determinadas pela sua finalidade social. Tal finalidade refere-se a um projeto de ação que está sustentado por uma

concepção de homem. Esse projeto passa a existir a partir das necessidades individuais e coletivas, buscando atender a sua finalidade. Observa-se, então, que no processo de trabalho sempre haverá alguma coisa a ser transformada, e, para que isso ocorra, faz-se uso de uma gama de instrumentos que cada agente utilizará de formas diferentes, imprimindo aí sua subjetividade (PEREIRA et al., 2000).

E, para olhar essa finalidade, recorremos à micropolítica presente no processo de trabalho de saúde, compreendida como “a questão de uma analítica das formações do desejo no campo social” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 127). Ela trata do processo de produção de desejos, “é a de como reproduzimos (ou não) os modos de subjetividade dominante” (p. 133), portanto nos auxilia a reconhecer quando há ou não a produção e reprodução da subjetividade capitalística.

A subjetividade capitalística compõe-se em um dos modos de subjetivação ao capturar componentes heterogêneos com a finalidade de produzir significados reduzidos com o intuito de garantir a reprodução da lógica dominante. Há um investimento no controle por meio da produção de sentidos. Trata-se de um processo de padronização em que as diferenças são dissipadas (GUATTARI; ROLNIK, 1999; KROEF, 2010).

“Estereótipos são produzidos de forma semelhante às linhas de montagens e incorporados nas existências particulares, modelando comportamentos, distribuindo as pessoas em identidades já reconhecidas, padronizando ações pelas representações” (KROEF, 2010, p. 18).

A micropolítica está presente em tudo e em toda parte, nos encontros, na produção do cuidado em saúde, e ajuda-nos a compreender a produção de subjetividade. Essa reflexão visa a buscar novos sentidos e práticas a fim de propor mudanças no modo de trabalho.

Merhy (2002) utiliza os conceitos de “trabalho vivo” (TV) e “trabalho morto” (TM) para explorar a micropolítica do trabalho em saúde. O TV corresponde ao trabalho em ato, criador em potência, campo das tecnologias leves, enquanto que o TM são as ferramentas e matérias-primas que o homem utiliza para realizar algum tipo de trabalho, campo das tecnologias duras e leve-duras. Pode ocorrer de o TV tornar-se TM no momento em que o primeiro for capturado de forma que o agente/trabalhador fique impossibilitado de exercer qualquer ação autônoma. Podemos ver um exemplo disso quando olhamos as linhas de produção das fábricas de calçado na qual os trabalhadores não possuem autogoverno algum e estão lá apenas para repetir e reproduzir um mesmo produto (MERHY, 1997).

Percebemos que nas fábricas o operário tem sua autonomia controlada, pois decidem por ele o produto final a ser executado. Observa-se, então, que o trabalho fragmentado pode

reduzir o trabalhador e sua ação de trabalho a um conjunto repetitivo de atividades que restringe seu autogoverno sobre seu processo de trabalho.

Em relação ao trabalho em saúde, observa-se que existem algumas diferenças com o trabalho em uma fábrica. Por exemplo, o operário na fábrica tem seu processo de autonomia controlado e “capturado”, e no trabalho em saúde essa “captura” é mais difícil de acontecer, pois se trata de um trabalho vivo, em ato, que se dá num encontro entre trabalhador-usuário, momento em que um conjunto de decisões será tomado pelo trabalhador, observando ou não as regras e normas instituídas, ou seja, num espaço relacional repleto de conflitos e subjetividades (MALTA; MERHY, 2003).

As capturas relatadas anteriormente no trabalho em saúde podem acontecer por meio daquilo que denominamos tecnologias “duras” e “leve-duras”. As tecnologias “duras” são aquelas inscritas nos instrumentos de trabalho, naquilo que é rígido, concreto, pois já estão estruturadas para elaborar alguns produtos da saúde. Já as tecnologias “leve-duras” estão relacionadas ao conhecimento técnico, no qual identificamos uma parte dura, mais estruturada, e outra parte leve, relacionada à forma única e peculiar com que cada trabalhador aplica seu conhecimento a fim de produzir o cuidado (MERHY, 1997).

O trabalho em saúde é sempre relacional, e por esse motivo ele ocorre em ato, sendo, portanto, um trabalho vivo, ou seja, é vivo porque é o trabalho no momento em que se está produzindo. Tais relações podem estar pautadas em burocracias e cumprimento de protocolos, produzindo-se centrada nos atos puramente prescritivos. Por outro lado também podem ocorrer a partir de relações *interseçoras*, sendo esse termo compreendido como o que se produz nas relações entre os sujeitos, no espaço relacional e, por terem esse caráter relacional, são consideradas tecnologias “leves” (MERHY; FRANCO, 2003).

Esse espaço intercessor é conceituado como um espaço de relação que se produz no encontro, nas suas intercessões, e que é um produto que existe para os dois em ato – o trabalhador e o usuário, não tendo existência sem esse momento em processo, e no qual os “inter” colocam-se como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio desse sujeito coletivo novo que se formou (MERHY, 1998a).

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, dentro do processo de trabalho, estabelece-se um espaço intercessor onde há produção de uma *intersecção partilhada*, pois “se o trabalho é em saúde, o espaço intercessor será sempre partilhado” (MERHY, 1998a, p. 05).

Esse conceito de intersecção partilhada é descrito por Merhy (1998a) como o encontro entre o trabalhador e o usuário, em que o este deve ser visto também como sujeito ativo e não

externo ao processo de trabalho em saúde, e corresponsável pela ação terapêutica. Trata-se de um espaço semelhante ao da construção de um espaço comum de intersecção entre dois grupos, diferentemente da *intersecção objetual* em que esse espaço comum não existe, não havendo nenhum tipo de relação.

Nesse espaço relacional de encontro entre trabalhador-usuário, um e outro se afetam mutuamente e pode haver aí a liberdade nas negociações e invenções na produção de cuidado de maneira a criar paixões alegres quando há uma composição dos corpos que amplia a potência de agir e o protagonismo do usuário. E também pode haver a produção de paixões tristes, em que não há uma composição na relação, diminuindo, assim, a potência de agir do usuário (GALAVOTE et al., 2013).

Em relação às tecnologias leves, o ato cuidador é visto como um encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário em que há um jogo de necessidades. O usuário, então, coloca-se enquanto sujeito que busca uma atuação que lhe permita recuperar ou atingir graus maiores de autonomia. Ele coloca sua vida para que seja trabalhada como objeto da saúde (MERHY, 1998b).

Resgatando os conceitos de TV e TM, observa-se no cotidiano dos trabalhadores de saúde, no seu espaço de trabalho e particularmente na micropolítica em que ele se desenvolve que, ao realizar o cuidado, ele opera numa junção entre TV e TM. TM porque ele opera com instrumentos, sendo que sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso, e TV porque se trata de um campo relacional. Portanto nota-se que há uma relação entre TV e TM no campo da micropolítica do processo de trabalho. A essa junção denomina-se Composição Técnica do Trabalho (CTT) (MERHY; FRANCO, 2003).

Conclui-se que a CTT, quando voltada para o TM, estará pautada na produção de procedimentos e cumprimento de protocolos, e, estando relacionado ao TV, poderá produzir cuidado sob o comando das tecnologias leves, relacionadas à invenção de formas de cuidar que atendam as necessidades do usuário. Observa-se que, ao depararmos com os efeitos produzidos por cada um desses movimentos, perceberemos que se trata de dois movimentos muito distintos, pois o TV está aberto à condição de criatividade e autogoverno do trabalhador, e por si mesmo possui uma potência capaz de disparar processos de mudança e inovação (MERHY; FRANCO, 2003; FRANCO, FRANCO, 2012).

Diante da concepção de TV e TM, Franco e Franco (2012) afirmam que o que faz com que o trabalhador tome a decisão por uma ou outra prática é a forma com que ele significa o usuário do serviço e o que é cuidado, sendo que todos esses processos, ao serem olhados em

sua micropolítica, estão permeados de subjetividade. Essa subjetividade é construída social e historicamente e vai se constituindo, em cada um, de acordo com as suas experiências.

O trabalho em saúde, especificamente as práticas de cuidado, está carregado de subjetividade, que é formada por três dimensões: o desejo, compreendido enquanto aquele que se constitui em um processo de produção de universos psicossociais, força propulsora, que põe o sujeito em movimento no lugar social em que vive, mobilizando-o para a ação; as redes rizomáticas, formadas durante o processo de trabalho em saúde; e o trabalho vivo em ato, em que o cuidado é produzido pela ação desejante de cada trabalhador (FRANCO; FRANCO, 2012; BAREMBLITT, 2002).

Essa subjetividade atua na construção do espaço social, sendo marcada por constantes construções e desconstruções de territórios pelos próprios sujeitos que produzem o cotidiano. Trata-se, portanto, de um processo de produção. É impulsionada pelo desejo e ocorre mediante acontecimentos que, de alguma forma, causam um impacto na forma de significar o mundo. Versa sobre uma matéria-prima viva e mutante em que é possível experimentar e inventar diferentes e diversas formas de perceber o mundo e de nele poder agir (FRANCO et al., 2009; MANSANO, 2009).

Franco e Franco (2012) complementam afirmando que a subjetividade contemporânea instituiu nos profissionais de saúde uma ideia de cuidado voltada para o uso de tecnologias duras e leve-duras, ou seja, para que haja um cuidado efetivo em saúde, é preciso muito mais técnica, conhecimento e instrumentos em detrimento das tecnologias relacionais, leves. Assim se observa que a hegemonia do modelo assistencial está pautada por práticas prescritivas, produzindo procedimentos e repetindo protocolos.

O modelo hegemônico propagado na clínica coincide com princípios de fragmentação entre sujeito e vida a partir do momento em que busca uma postura neutra a fim de corrigir o que está desviado ou fora dos padrões propostos socialmente. Tal modelo é constituído com o intuito de enfatizar a ordem e o bem estar impostos: “colocam-se como instrumento biopolítico, por encerrarem em si o poder de separar a vida do vivo, o desejo do ser” (FONSECA; KIRST, 2004, p. 30).

Dessa forma a intervenção clínica pode deixar de ser um alargamento de sentidos e também deixar de vir a ser a possibilidade de comprometer-se com a crítica por um modo de escutar que favorece a criação e potencializa a transformação do cotidiano (FONSECA; KIRST, 2004).

3.2. O processo de trabalho na Atenção Básica

No ano de 1978, paralelamente ao movimento da Reforma Sanitária, houve a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma Ata, Cazaquistão, onde foi definido e outorgado o reconhecimento internacional da Atenção Primária à Saúde (APS) (STARFIELD, 2004).

Ela é compreendida como uma atenção à saúde com tecnologias e métodos práticos, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo favorável. Faz parte do sistema de saúde do país, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas estão (OMS, 1978).

No Brasil o nível de cuidado em saúde referente à Atenção Primária foi denominado por Atenção Básica (AB), pois foi formulada com o intuito de construir uma identidade institucional própria (BRASIL, 2003).

Segundo os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ela é caracterizada por um conjunto de ações tanto individuais quanto coletivas que abarca a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Além disso, ela é desenvolvida por meio de práticas participativas e democráticas, mediante o trabalho em equipe, destinada a populações de territórios delimitados. Trata-se do contato primeiro dos usuários com o sistema de saúde. É regida pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

A PNAB vem para fortalecer a AB e auxiliá-la na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Dessa forma os serviços de saúde na AB devem ampliar sua proximidade e capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade para a sua efetivação como porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011).

Apesar de haver alguns progressos significativos no Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que ainda há muitos desafios a serem superados, pois suas fragilidades ainda põem em risco a sua legitimidade, especialmente em relação à saúde como direito, a concepção de saúde e as maneiras de construí-la. Há um reconhecimento de que a mudança das práticas de

saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são áreas em que o SUS ainda não avançou (FEUERWERKER, 2005).

Então, como tentativa de reorganizar a assistência em saúde, na década de 1990 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF) (hoje designado Estratégia Saúde da Família - ESF), como estratégia central para reorganização da Atenção Básica. Esse programa está instituído como parte das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente é configurado como a maior estratégia assistencial em todo o território nacional com capacidade para estruturar, de forma coesa, a AB, tendo por finalidade voltar o modelo de atenção para a integralidade e qualidade da assistência prestada, e contribuir para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (ALEIXO, 2000).

A Saúde da Família traz como inovação o fato de estar localizada no território próximo às famílias e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como principal novidade devido à sua função de mediar a relação da ESF com a população, possibilitando vínculo e responsabilização, além de o ACS estar inserido e conhecer o contexto local dessas famílias (SOUZA, 2001).

De acordo com Ciampone e Peduzzi (2000), uma questão primordial da ESF seria o estabelecimento de vínculos e a formação de laços de compromisso e corresponsabilização entre profissionais e usuários do serviço de saúde, com o intuito de sair da lógica medicalocêntrica e tornar a população mais ativa na busca de cuidado à saúde, além de possibilitar um trabalho mais relacional e menos tecnicista.

A ESF atua com um objeto de trabalho diferenciado, pois mantém relação direta com a comunidade. Dessa forma a conduta profissional passa a ser mais coletiva, pois trabalha a partir da perspectiva da família, e não apenas do sujeito, resgatando as diversas facetas da dimensão saúde. Tal fato exige uma desconstrução da prática profissional e a incorporação de novos saberes para a produção do cuidado em saúde (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

A questão a ser pensada diz respeito ao fato de a ESF estar ou não modificando o modelo hegemônico e as formas de trabalho em saúde. Será que tem havido, na ESF, essa desconstrução da prática profissional para a produção de cuidado? Para refletir sobre tal questão, retomamos a ideia de finalidade. Qual a finalidade do trabalho em saúde? Pode ser o lucro, se saúde for vista como bem de consumo, ou pode ser defesa da vida, se a tomarmos como direito legitimado (REIS et al., 2007).

Nesse sentido a clínica na ESF deveria ser realmente ampliada, enriquecida pelo resgate da dimensão cuidadora e pela produção de tecnologias relacionais, orientadas pela concepção de saúde como produção social, a fim de melhorar a capacidade dos trabalhadores

em lidar tanto com as subjetividades de cada usuário como as suas necessidades em saúde. Além disso, Feuerwerker (2005) afirma ser possível notar algumas tensões na organização do trabalho na saúde da família, como as práticas com o coletivo, com as famílias, nas casas. Apesar de serem uma atribuição da equipe toda, elas são assumidas muito mais pelos ACSs, enquanto que a atenção por meio de consultas clínicas ocupa, quase que inteiramente, o profissional médico. Aqui, muitas vezes, o cuidado clínico reproduz-se hegemônico.

Sem romper o isolamento, sem a produção de novas tecnologias para o cuidado em saúde e sem colocar a construção de linhas de cuidado na agenda da gestão do sistema (rompendo com o isolamento da atenção básica e com a hierarquização burocrática), dificilmente será possível produzir atenção à saúde de qualidade, atendendo às expectativas dos usuários - todos esses elementos indispensáveis para a consolidação política do SUS (FEUERWERKER, 2005, p. 496).

Junges et al. (2009), ao discorrerem a respeito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), afirmam que ela visa à promoção da saúde, porém são encontradas algumas dificuldades referentes aos processos de trabalho e aos modelos de gestão organizados mediante uma lógica dominante, pois se depara com a presença de modelos antigos que atravessam novas propostas e estratégias de saúde. A questão é não transportar a lógica da prática clínica hospitalar para a atenção básica, uma vez que são contextos bem distintos que se caracterizam por práticas diferentes.

O trabalho no hospital é centrado nos procedimentos, protocolos, exames e submissão do sujeito. Na AB as condutas propostas pelo profissional ficam sujeitas à tomada de decisão do próprio usuário em incorporá-las em seu cotidiano ou não, configurando, assim, uma posição de autonomia sobre a própria vida. Na AB não há caminho terapêutico sem o diálogo, sem a relação e a participação dos usuários. A maioria dos profissionais formados nesse modelo acaba por confundir a clínica com procedimentos hospitalares. Quando há o deslocamento da prática hospitalar para a atenção básica, há uma dificuldade em cumprirem-se seus propósitos, pois os usuários também buscarão um atendimento típico do hospital, não condizente com aquilo que a atenção básica oferece (JUNGES et al., 2009).

No processo de trabalho em saúde, há a necessidade de superar-se a tradição dos procedimentos e protocolos e criarem-se itinerários terapêuticos adequados a cada pessoa usuária do sistema, o que exige um trabalho da equipe que envolva a todos na produção do cuidado.

Em relação às práticas de saúde, nota-se que tem havido um movimento de reconstrução delas por meio da chamada *humanização da atenção à saúde*. Trata-se de uma

humanização norteadas por valores relacionados à felicidade humana e validados como Bem comum. Essa felicidade reporta-se a uma experiência vivenciada e a um valor positivo que não dependem de um completo estado de bem-estar. Tal experiência é o que parece ser de grande potencial nas propostas de humanização atuais (AYRES, 2003).

Enquanto se observa uma indiferença presente nas relações estabelecidas entre profissional e usuário do serviço de saúde, compreendida como uma parede que se coloca entre duas subjetividades impedindo toda aproximação, observa-se, também, que ainda pode haver nas relações o caminho da sensibilidade, entendido como uma porta aberta para o outro, para receber impressões do outro como uma condição de estabelecer uma relação, responsabilizando-se pelo outro (BERNARDES; QUINHONES, 2009).

Compreende-se que as relações são constitutivas do trabalho e elas ocorrem em ato e no espaço relacional, e processam, ao mesmo tempo, a reconstrução dos sujeitos de uma forma mais fecunda para as práticas de saúde (AYRES, 2001).

Na relação estabelecida entre profissionais e pacientes, há certa tendência dos profissionais a considerarem o corpo como máquina no lugar de um corpo complexo e integral, e a doença como um mau funcionamento dessa máquina, ao invés de percebê-la enquanto forma de comunicar algo que não está fluindo adequadamente. Nessa desumanização do corpo, o doente, tanto quanto o médico, vai perdendo as raízes de sua história (ARAGON, 2003).

Outro ponto importante diz respeito ao sofrimento dos pacientes em relação à velocidade com que as coisas acontecem e que vai diminuindo a dimensão do cuidado: “rapidez que está fadada a tornar-se rispidez nos encontros” (p. 16). A rapidez que impele para não ficar, não perder tempo, constrói um homem que está de passagem e gera uma sensação de desenraizamento, inclusive de si de mesmo, que contribui para que as relações não sejam singulares, pois não se pode perder tempo e “tempo é dinheiro” (ARAGON, 2003).

Diante de tal exposição, o autor citado discorre a respeito de fatores como delicadeza e sutileza, que permeiam esse espaço intercessor relacional e que possuem grande importância no momento em que precisamos aprender com o outro o melhor jeito de aproximarmos-nos e construir uma relação. Algumas atitudes, como esperar as perguntas aparecerem, trazer o conhecimento com parcimônia e, na medida em que existe espaço para trazê-lo, usar palavras compreensíveis podem produzir mudanças e abrir portas para o encontro, porém é importante deixar claro que não se trata de uma cordialidade imposta, mas de algo que vai além, que busca o cuidado e enxerga o outro na sua dimensão humana.

Bernardes e Quinhones (2009) afirmam que produzir saúde é um estímulo a tornar-se diferente daquilo que se é, é ultrapassar uma forma preestabelecida, e esse ultrapassar transforma-se em uma prática de liberdade, que cria novas respostas às condições de vida. Produzir saúde é uma forma de afirmação da vida que é passível de mudança. Trata-se de uma potência que transcende aquilo que está pronto e legitimado como verdade. Tal reflexão lança o trabalho em saúde na direção do enfrentamento de modos de vida que se transformam constantemente.

Aragon (2003) traz luz àquilo que muitos profissionais têm conhecimento, mas geralmente não colocam em prática, que diz respeito à demanda que surge diariamente em que a técnica é importante, mas não suficiente, e que “é preciso tocar pelo desconhecido sem rejeitá-lo”, ou seja, para que haja um encontro “entre”, é preciso que o profissional permita-se ir ao encontro do outro e que ele também se deixe encontrar pelo outro, havendo, assim, a formação desse espaço intercessor.

A promoção da saúde abre a possibilidade de outras práticas de cuidado, indo muito além daquelas consideradas pelas formas de governo que tem a saúde enquanto estratégia de controle da vida. Dessa forma, a promoção de saúde compõe um campo de práticas libertadoras. Enquanto a lógica dominante estimula práticas de como as pessoas devem viver para possuírem melhores indicadores de saúde, a promoção de saúde parte da vida, das formas de viver que são constituídas pela cultura e escapam às formas de governo e apresentam-se como invenção do novo: novas sensibilidades, novos desejos. (BERNARDES; QUINHONES, 2009, p. 159).

Ayres (2004), ao discorrer sobre o Cuidado na atenção à saúde, afirma que a questão central é transformar o encontro terapêutico em uma relação de Cuidado que busca relacionar desde aspectos técnicos a aspectos humanistas da atenção à saúde. Nela o Cuidado é conceituado a partir dos pressupostos de Heidegger como o próprio ser do ser humano, e enquanto uma prática que busca ativamente seu sentido existencial. Por meio dessa ideia nota-se que o importante para a humanização é o atravessamento do técnico ao não técnico, o diálogo direto entre eles. É esse diálogo que possibilita uma maior autenticidade e efetividade do encontro terapêutico.

Para que haja produção de saúde, é necessário criar um espaço de decisão conjunta, um espaço de horizontalidade entre os profissionais a fim de haver a troca de conhecimentos que supera o modelo biomédico e alcança um modelo novo de atendimento (JUNGES et al., 2009).

Partindo do que foi exposto, observei em minha experiência profissional dentro das Unidades de Saúde da Família uma prática muitas vezes marcada pelo descaso com o usuário

do serviço, pela falta de comunicação entre a equipe e pela fragmentação do serviço que não tem conseguido obter uma relação de *intersecção partilhada*, mas sim uma *intersecção objetal*, como se o encontro trabalhador-usuário fosse pautado por uma relação entre objetos, desconsiderando muitas vezes a autonomia do usuário.

Observa-se atualmente a necessidade de “realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário-centrado” (MERHY, 2007, p. 116), pois está em evidência também a tensão nos modelos médicos centrados que não estão envolvidos com a produção de Vida (com V maiúsculo), entendida como o alcance da cura, a promoção da saúde, e o despertar da autonomia do usuário enquanto sujeito responsável pelo seu processo de obtenção de saúde.

Sabe-se que a saúde está totalmente relacionada ao cuidado e à ética, porém sua prática também está marcada pelos aspectos totalizadores do mundo ocidental, onde há o aniquilamento do outro (BERNARDES; QUINHONES, 2009).

Ademais, é visível na maioria dos serviços de saúde a escassez da integralidade nas ações da equipe de profissionais, caracterizada pela prática fragmentada e muito pouco articulada. Pode-se concluir que a questão apresentada não está baseada na falta de conhecimento tecnológico para produção de saúde, mas sim na crise assistencial, na derrocada do cuidado e na não produção de encontros. Tal fato é evidenciado pela queixa apresentada pelo usuário dos serviços de saúde que está pautada na ausência de interesse e de responsabilização dos serviços em torno de si e do seu problema, ou seja, “há um sentimento de insegurança, sentem-se desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados” (MERHY, 2007, p. 121).

3.3. A produção de subjetividade nas relações: sobre encontros

Um encontro de dois: olho a olho, face a face
E quando estiveres perto arrancarei teus olhos
E os colocarei no lugar dos meus
E tu arrancarás meus olhos
E os colocarás no lugar dos teus
Então eu te olharei com teus olhos
E tu me olharás com os meus
Moreno, convite ao encontro

O que pode um encontro? O que pode um encontro entre trabalhador e usuário dos serviços de saúde? O que se passa entre?

A palavra encontro, de acordo com o dicionário, significa ato de encontrar ou encontrar-se, e encontrar significa achar; deparar, descobrir, além do significado de choque, embate, colisão.

Um encontro pode ter muitas possibilidades, pode ser um encontrão, um choque, e também pode ser um encontro estimulante e afetivo. O que permeia um encontro? Uma mistura de afecções e subjetividades, afinal são corpos e afetividades em contato e movimento mútuos (CAMPOS, 2005).

A seguir um trecho sobre o que seria um encontro segundo Deleuze e Parnet (1998, p. 6):

Um encontro é talvez a mesma coisa que um devir ou núpcias. É do fundo dessa solidão que se pode fazer qualquer encontro. Encontram-se pessoas (e às vezes sem as conhecer nem jamais tê-las visto), mas também movimentos, ideias, acontecimentos, entidades [...] Dizíamos a mesma coisa para os devires: não é um termo que se torna outro, mas cada um encontra o outro, um único devir que não é comum aos dois, já que eles não têm nada a ver um com o outro, mas que está entre os dois, que tem sua própria direção, um bloco de devir, uma evolução a-paralela. É isso a dupla captura, a vespa E a orquídea: sequestrar algo que estaria em um, ou alguma coisa que estaria no outro, ainda que houvesse uma troca, uma mistura, mas alguma coisa que está entre os dois, fora dos dois, e que corre em outra direção. Encontrar é achar, é capturar, é roubar, mas não há método para achar, nada além de uma longa preparação.

O encontro trabalhador-usuário é composto por um emaranhado de linhas sobre o fazer, interesses, expectativas, desejos que vão se cruzando, multiplicando-se e produzindo ações de diversos campos, acolhimento, vínculo, encontros e desencontros no campo social. É nesse emaranhado que temos a possibilidade de produzir algo novo, a diferença na saúde, porque “no trabalho em saúde, a vida pulsa, do usuário e do trabalhador, no limite do medo, da dor, do sofrimento, da morte” (MATUMOTO, 2003, p. 5).

A subjetividade nessa concepção não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo (GUATTARI; ROLNIK, 1999), ela não está relacionada a posses, mas sim a uma produção incessante que ocorre nos encontros com os outros; o outro aqui é tudo aquilo que produz efeito nos corpos e nas formas de viver (MANSANO, 2009).

Ela é coletiva, produzida por componentes materiais e imateriais heterogêneos. Subjetividade pressupõe territorialidades, em que a noção de território envolve as transversalizações entre os seres humanos e o não humano (KROEF, 2010).

O território aqui é sinônimo de apropriação, de subjetivação, portanto se pode abrir e emaranhar-se nas linhas de fuga e articular-se às singularidades, o que o faz ser portador das cargas de transversalidade, compreendida, segundo Guattari (2004, p. 111), como:

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, quais sejam o de uma verticalidade pura e de uma simples horizontalidade; a transversalidade tende a se realizar quando ocorre uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos.

A ideia de transversalidade vai tomando novos rumos quando sai dos saberes prontos a fim de criar novas articulações em diferentes campos. Ela abre possibilidades de criar o novo, que tem a possibilidade de promover potências de vida que vão para além das divisões de um sujeito que desvela seu objeto, distribuindo conceitos e classificações. Transversalizar é também rizomático, pois não se converge com o que já é pré-estabelecido e homogêneo, ao contrário, trabalha-se com o que é heterogêneo, com o inusitado, com a afirmação da diferença (JAEGER; FONSECA, 2012).

A transversalidade vai na contramão da ideia de verticalidade e horizontalidade, ao possuir ligações com o rizoma, que apresenta sua mobilidade em todos os sentidos, transitando pela multiplicidade e estabelecendo possibilidades infinitas que se desvinculam da tentativa de homogeneização, do modelo para o reconhecimento do múltiplo, do plural e da diferença (MATIAS, 2008).

Ao recorrer à ideia de subjetividade, estamos voltando-nos a uma matéria-prima viva e mutante que nos possibilita criar maneiras diversas e diferentes de enxergar o mundo e nele agir. O encontro com tudo isso nos dá a possibilidade de fazer conexões inesperadas, antecipando movimentos que buscam desvios. Nesse sentido novos componentes são sempre criados, inventados (MANSANO, 2009).

Nesse território de onde emanam subjetividades também estão as relações que se dão no encontro e em ato. Nesse encontro trabalhador-usuário sabemos que o este busca esse encontro movido por demandas explícitas ou não, enquanto que o trabalhador possui finalidades em cada atendimento (CAMPOS, 2005).

O encontro que desejamos e que propomos está relacionado à ação transformadora, ou seja, o usuário enquanto sujeito que produz sua própria história, de sua própria saúde.

Segundo Merhy e Franco (2003), as relações entre trabalhador e usuário podem caracterizar-se enquanto burocráticas, uma vez que a assistência produz-se pautada nos atos prescritivos, compondo, assim, um modelo de saber hegemônico e puramente procedimental,

ou também podem ocorrer na perspectiva da produção de vida, do protagonismo do sujeito e no encontro “entre”, que está relacionado ao uso das tecnologias leves, relacionais.

Quando um trabalhador exerce a sua prática profissional a partir de um projeto terapêutico que seja mais relacional, mesmo que utilize tecnologias duras e leve-duras, consegue reconhecer que o usuário do serviço possui uma dada subjetividade, que precisa ser enxergada e relevada. Nesse sentido ele trabalha considerando a subjetividade desse usuário e valorizando seu protagonismo. Assim, de maneira criativa, esse projeto terapêutico carrega em si a finalidade de obtenção de autonomia para viver a vida (MERHY; FRANCO, 2003).

São essas relações, esses encontros que precisamos potencializar na saúde, porque esse encontro que se dá entre trabalhador e usuário ocorre em um espaço atravessado por subjetividades e singularidades e configura-se na existência de momentos únicos (MATUMOTO et al, 2009).

Em um encontro na saúde partimos da ideia de que é necessário haver um acolhimento, marcado pela subjetividade, pela escuta do outro e de suas demandas e necessidades e pelo reconhecimento da responsabilização entre o serviço e esse usuário, o que permite a construção coletiva do vínculo (MATUMOTO, 2003).

Diante desses encontros que ocorrem na relação trabalhador-usuário, podemos ver que os distintos modelos de atenção variam nessa situação relacional. Mas, sem dúvida, a valise que, por suas características tecnológicas próprias, permite reconhecer na produção dos atos de saúde uma situação de disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e mesmo os seus objetos sejam de uma única ordem, é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário. Os processos produtivos em saúde, que ocorrem nesse espaço, só se realizam em ato e nas interseções do trabalhador e do usuário. É nesse encontro que se dá a singularidade do processo de trabalho do profissional enquanto produtor de cuidado na clínica (MERHY; FRANCO, 2003).

É na clínica enquanto experiência do desvio que faz abrir-se para um caminho de vida na criação de novos territórios existenciais. O sentido da clínica aqui vai para além do movimento de inclinar-se no leito do doente, mais do que o acolhimento, o ato da clínica é compreendido como um desvio. Desvio que tem sentido na filosofia de Epicuro, que permite aos átomos, ao caírem no vazio, chocarem-se e aí se articularem na composição das coisas. A esses pequenos movimentos de desvio é atribuída a potência de geração do mundo (PASSOS; BENEVIDES, 2001).

A partir dessa ideia, a clínica é composta de choques entre os sujeitos com a finalidade de criar movimentos em oposição ao estático e imóvel. Esses choques atuariam no sentido de

gerar linhas de fuga para a produção de cuidado e uma nova relação surgiria entre o trabalhador e o usuário (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

Nesse sentido a clínica está comprometida com os processos de produção de subjetividade. Seu trabalho baseia-se no encontro de sujeitos a partir de afetos produzidos conjuntamente. Esse abrir-se para o afeto que mobiliza seu agir a partir da diferença, não se limitando às intervenções normativas e de protocolos, executa seu trabalho na perspectiva da clínica, que é guiada pela singularidade e pela busca da produção de acontecimentos (MATUMOTO et al., 2013; PASSOS; BENEVIDES; 2001).

No encontro trabalhador-usuário o corpo pode sofrer alguns efeitos que aumentam ou reduzem sua potência de agir. Quais as afecções que o trabalhador e o usuário vão apresentar no momento dos encontros? Quais as variações de sua potência e seus efeitos? No cenário do trabalho em saúde há uma mistura de afetos que vão circulando nas relações, nos encontros e dispõe de uma subjetividade que é flexível, experimental e processual. Tudo isso porque se trata de um trabalho vivo em ato que possibilita a invenção e a criação (MERHY, 2002; GALAVOTE et al., 2013).

Deleuze (2002), ao tratar da Ética em Espinosa, explica que o homem é uma essência única, um grau de potência que diz respeito ao poder de ser afetado. Esse poder de ser afetado é preenchido pelas afecções que são de duas espécies, as ações e as paixões, que, por sua vez, constituem-se de dois modos: as paixões alegres e as paixões tristes. Quando nossa potência de agir é diminuída ou impedida, dizemos que as paixões são de tristeza, e quando há uma relação de composição de corpos que favorece a potência de agir, dizemos que aí há as paixões alegres. Enquanto as paixões tristes são sempre de impotência, as alegres são de ampliação da potência.

Portanto em um encontro pode haver n composições de afetos em que há possibilidades de favorecimento ou redução da potência de agir; pode haver tanto a produção de paixões alegres como a produção de paixões tristes, e o que definirá esse encontro é o modo pelo qual cada sujeito entra nessa relação e como são afetados. Ao encontrar-se com o outro, um corpo pode ter sua capacidade de agir aumentada ou diminuída. Os encontros bons que ampliam a potência de agir produzem paixões alegres, e os encontros maus que diminuem essa potência produzem as paixões tristes (DELEUZE, 2002).

No encontro trabalhador-usuário podemos reconhecer afetos produzidos que os atravessam mutuamente e que são capazes de provocar alegrias ou tristezas com aumento ou diminuição da potência de agir do trabalhador em processos contínuos de construção e desconstrução nas relações que vão se compondo. Esses atravessamentos que ocorrem podem

estar relacionados também ao conceito de uma clínica afetiva que a compõe e complementa-a, demonstrando que:

O sensível que há em nós e no campo de intensidades entre o trabalhador e o usuário, tem força operatória sobre o projeto terapêutico. Assim, um signo gerado no campo de produção do cuidado se conecta à percepção de cada sujeito envolvido e compõe com novos saberes e poderes, sendo o último considerado enquanto desejo de perpetuação do novo, enquanto produção e criação (GALAVOTE et al., 2013, p.580).

A clínica e o encontro dos quais falo estão no plano molecular, ou seja, o plano das matérias não formadas, das energias em potência de devir em que se podem criar agenciamentos e máquinas desejantes. É nesse plano molecular que podemos descobrir e produzir o novo (GUATTARI; ROLNIK, 1999).

O plano molecular e o molar são dois níveis sociais que estão imbricados no campo social. O molar pode ser representado pelas regras, pelo instituído, são os estratos e segmentos. Já o nível molecular é onde temos a possibilidade de descobrir novas formas de viver. Quero deixar claro que não se trata de níveis separados por bom ou mau; não existe essa valoração. Os dois níveis coexistem simultaneamente, ou seja, podemos atuar no nível molar de forma mais libertária e no nível molecular de forma mais instituída. “O molecular, como processo, pode nascer no macro. O molar pode se instaurar no micro” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 128).

Para um encontro de dois, entre, na clínica em saúde, é preciso desterritorializar o instituído a fim de possibilitar as linhas de fuga rumo a um plano conceitual desconhecido, mas em busca de perspectivas para a clínica em seu devir.

Nesse plano de encontro o sujeito é permeado por desejos, compreendidos sob a luz de Guattari e Rolnik (1999) ao afirmarem que o desejo não está relacionado a algo vergonhoso e secreto que a própria psicologia dominante apresenta. Pelo contrário, o desejo permeia o campo social, o desejo é compreendido aqui enquanto “todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas e valores” (p. 215). O desejo está sempre aberto ao novo, à produção de algo. É a força sempre produtiva que possibilita a transformação. O desejo não é compreendido aqui como falta, mas sim como potência, como produção; não implica necessidade e nem falta, ele produz a diferença.

Segundo Deleuze e Guattari (1999), as máquinas acopladas umas às outras são sempre corte-fluxos de onde brota o desejo. Nesse processo “o desejo faz constantemente a ligação de

fluxos contínuos e de objetos parciais, essencialmente fragmentários e fragmentados. O desejo faz correr, flui e corta” (p. 16).

O desejo é o produtor da realidade, constituindo todas as relações. Isso significa dizer que ao desejo nada falta, não existe carência (CASSIANO; FURLAN, 2013). As linhas de fuga atuam justamente na liberação do desejo aprisionado pelos estratos, lançando o homem plenamente nos acontecimentos, permitindo a experimentação que nesses instantes não se assegura em nenhuma identidade.

A clínica que queremos volta-se para esse sujeito desejante. Essa relação de produção subjetiva que é permeada pelo desejo contrapõe-se ao modelo hegemônico que captura, homogeneiza e automatiza a existência. Essa clínica permite que as afecções gerem a produção de afetos, de vínculo, de cumplicidade e de singularidade que são originadas nos desvios produzidos pelos choques ligados ao processo de subjetivação não homogeneizante. “A clínica então se compõe de encontros entre sujeitos onde suas existências de afetam mutuamente” (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011, p. 16).

A busca por encontros que produzam vida requer uma transformação nos processos de trabalho, nos saberes e práticas clínicas a favor da valorização da fala e da escuta do usuário como ponto primeiro para as relações de cuidado. Dessa forma acontece a clínica que produz desvios, que ressignifica sentidos e relações construídas no cuidado, ao valorizar saberes, protagonismo e potências dos usuários (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

No trabalho em saúde existe uma mistura de afetos que circula nas relações e incorpora-se na atuação dos trabalhadores que possuem uma subjetividade processual e uma força potente de criação. Isso ocorre porque o trabalho em saúde é centro do trabalho vivo em ato que possibilita certa liberdade em que o trabalhador pode governar sua própria ação profissional, permitindo a invenção e a criação. Nesse sentido Franco e Merhy (2011) associam a essa ideia a de que a subjetividade tem como energia potente o desejo.

No encontro com o usuário e suas condições de saúde o trabalhador pode operar sob diversas vertentes, pode operar sob um cuidado ético-político-afetivo em que trabalha a autonomia do usuário, como também pode ser um cuidado centrado nos procedimentos e técnicas, impondo um cuidado centralizador e dominador. Ou seja, o trabalhador é múltiplo, pode estar num encontro de diversas formas e sua prática definirá seus modos de produzir encontros em saúde (GALAVOTE et al., 2013).

Ocorre que no cotidiano do trabalho em saúde por vezes somos engolidos pela rotina, pelos procedimentos e modelos. Somos capturados e atravessados pela subjetividade

capitalística e contemporânea do ter, do lucro, do tempo e de sua instantaneidade, e não percebemos que estamos nesse fluxo e os encontros são cada vez mais rápidos porque se prezam a quantidade, as metas, e o outro acaba sendo tratado como mercadoria; a vida torna-se mercadoria, há uma deturpação da vida do ser para o ter.

Estariamos imersos na lógica da produção do espetáculo, na busca de prestígio, de aplausos e admiração por termos feito o nosso trabalho na saúde? Estariamos imersos nessa lógica da civilização da vergonha, tolerando coisas, mesmo às custas de sofrimentos e conflitos éticos? (FORMAÇÃO DE FACILITADORES DE EPS, 2014, p. 254).

Muitas vezes temos nossas ações baseadas em regras e normas que são pouco flexíveis. Assim não conseguimos entrar em contato com o outro e nem com aquilo que nos afeta, atravessa-nos, então produzimos uma separação entre nós e o outro, o que demonstra nossa imersão em um individualismo que corta, interrompe todas as possibilidades de entrega e afeto (FORMAÇÃO DE FACILITADORES DE EPS, 2014).

Hoje convivemos com o tempo que corre, que voa, que urge, fruto da sociedade capitalista em que vivemos, faz-nos habitar o não-lugar, esse território dinâmico que se transforma a cada minuto. Tudo passa muito rapidamente, e essa lógica do tempo faz-nos não dispor de tempo para nada; nem para o encontro, e se há um encontro entre trabalhador-usuário, muitas vezes ele é marcado pela pressa dos trabalhadores, pelos medicamentos com efeitos instantâneos... tudo muito rápido e prático. Porém há um tempo necessário para o encontro na saúde, na construção de um vínculo, de uma relação recíproca, dos olhos nos olhos, do toque, da escuta ampliada (FORMAÇÃO DE FACILITADORES DE EPS, 2014).

Nesse sentido, para que ocorra um encontro de Vida, é preciso enfrentar as tensões e conflitos, e a criação de possibilidades de viver uma vida que faça sentido, produzindo conexões, atentos a brechas e fissuras dessa instantaneidade, e de tudo que está instituído a fim de descobrir a vida e os encontros nessas situações pelas quais somos atravessados cotidianamente.

4. OS CAMINHOS PERCORRIDOS

Caminhante, são tuas pegadas
o caminho e nada mais;
caminhante, não há caminho,
se faz caminho ao andar

Ao andar se faz caminho
e ao voltar a vista atrás
se vê a senda que nunca
se há de voltar a pisar

Caminhante não há caminho
senão há marcas no mar...

Antonio Machado – Cantares

4.1. Natureza da pesquisa

O estudo possui caráter metodológico qualitativo a fim de favorecer a compreensão do fenômeno a ser estudado em sua complexidade e singularidades. Ele é marcado pela tentativa de compreender certos significados nas ações e comportamentos dos sujeitos participantes do estudo que estão inseridos num determinado contexto sem que isso seja representado numericamente (BIASOLI-ALVES, 1998).

De acordo com Minayo (1994), o método de pesquisa qualitativo utiliza-se dos significados das ações, crenças, valores, atitudes que são apreendidos pelo olhar do pesquisador. Trata-se de fragmentos de uma complexa realidade que é construída socialmente, sendo objetivo compreender o processo de produção de subjetividade nesse espaço relacional.

A fim de que o estudo contemple e identifique a ação micropolítica das relações e os processos de subjetivação, são necessários procedimentos investigativos mais abertos e inventivos, um olhar vibrátil, sensível aos movimentos e que consiga captar as vibrações, sendo que isso somente é possível com alguns instrumentos denominados cartográficos, pois possuem um elevado grau de sensibilidade para o estudo, compreensão da realidade social, percepção de fenômenos e da produção de vida no cotidiano com base no protagonismo dos sujeitos em ato (ROLNIK, 1989; KASTRUP, 2007).

Portanto, para atender a essa finalidade de estudar os processos de produção de subjetividade nas relações entre profissionais e usuários da ESF, a pesquisa fará um movimento de aproximação ao método cartográfico a partir da pesquisa-intervenção. Parte-se do princípio de que o processo de conhecer e fazer, pesquisar e intervir são inseparáveis,

considerando, então, que toda pesquisa é intervenção. Isso exige do pesquisador um mergulho no campo da experiência, negando qualquer neutralidade (ROLNIK, 1989).

Ela foi escolhida porque durante todo seu processo é de grande relevância a participação ativa da comunidade implicada na análise da micropolítica gerada, evidenciada em seus movimentos e nas formas de ação. Seu propósito é criar dispositivos de análise da vida dos grupos na sua diversidade qualitativa, tendo como alvo o movimento, os fragmentos e rupturas que são impressas no cotidiano (ROCHA, 2001).

4.2. A cartografia e a pesquisa-intervenção

Pesquisar assim é como surfar em uma onda, em que ao mesmo tempo o sujeito pesquisador conduz a pesquisa, e é conduzido por ela, para caminhos as vezes desconhecidos a priori, fazendo desvios não programados, deparando-se com o inusitado [...]. Assim, ao mesmo tempo que interrogamos a realidade, somos questionados por ela, nossas crenças e verdades são colocadas a prova. O fundamental neste cenário é que o pesquisador se coloque aberto, possibilitando o exercício inventivo do mundo. Deixar-se afetar pelo que devém, e devir junto, possibilitando uma produção de si e do mundo ao mesmo tempo (FERREIRA; FRANCO, 2009, p. 48).

A palavra cartografia a que referimos vem da geografia, mas, ao contrário dela, refere-se ao traçado de mapas processuais e psicossociais de um território existencial, e vai acompanhando movimentos invisíveis e imprevisíveis que transformam, sutilmente, a paisagem vigente. É utilizada enquanto método de estudo das relações de forças que compõem um campo específico de experiências (FARINA, 2008, p. 9).

A ideia de cartografia é apresentada no livro “Mil Platôs”, dos filósofos Gilles Deleuze e Félix Guattari (1980), considerados autores pós-estruturalistas. Para os pós-estruturalistas, é impossível captar totalmente o significado de uma ação, pois a linguagem é entendida como um sistema instável de referentes (ROLNIK, 1989). Seus teóricos estão interessados em capturar processos de produção de subjetividade, e tais conceitos são pautados na Filosofia da Diferença.

A Filosofia da Diferença possui um modo distinto de compreensão daquilo que é sujeito e o que é objeto, compreendendo que as ciências estão sempre se transformando e relacionando-se, e que, por isso, tanto o sujeito quanto o objeto do conhecimento são construções ou criações do discurso científico de que fazem parte. O pensamento da Diferença busca desconstruir o senso comum, descobrir seus paradoxos e contradições para, a

partir deles, chegar ao pensamento sem imagem. É só aí, então, que podemos ser capazes de criar algo novo, num eterno retorno do Diferente (POUGY, 2006).

A cartografia “dá língua aos afetos” que pedem passagem, diz respeito às estratégias das formações do desejo no campo social, aos seus movimentos e suas conexões que podem surgir de diversos lugares, não somente da escrita, mas também de uma música, um filme, uma conversa. O cartógrafo precisa mergulhar nos afetos e, para isso, também sempre vai buscando elementos para compor e complementar suas cartografias. Aqui o conhecimento é dado em processo, sendo inseparável do movimento da vida e dos afetos que a acompanham. Assim sendo ela articula o pesquisador e o campo de pesquisa (ROLNIK, 1989; ROMAGNOLI, 2009).

Seguindo essa dinâmica, a cartografia permite, então, problematizar os nossos modos de ser e agir, ajudando-nos a reconhecer como reproduzimos ou não a produção da subjetividade dominante, como a disputa de forças sociais compõe-nos na vida, e, no caso, na pesquisa. Assim a análise cartográfica orienta-se por uma dinâmica que percorre “os pontos, as linhas e a rede do rizoma, aplicando estratégias rizomáticas de análise e ação, percorrendo e desenhando trajetórias geopolíticas” (PRADO FILHO; TETI, 2013, p. 53).

Nessa perspectiva, Deleuze e Guattari propõem uma reversão de método, portanto a cartografia como um antimétodo. Nos processos investigativos, a cartografia tem sido adotada como método assumindo o princípio de não seguir um caminho pré-definido (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

A investigação cartográfica tem sido adotada no Brasil nos últimos cinco anos no campo da psicologia e saúde coletiva. Podemos citar, por exemplo: Passos, Kastrup e Escóssia (2009), Franco et al., (2009), Fonseca (2007), Merhy (2002). Ainda a vinda de Félix Guattari em 1982, capitaneada por Suely Rolnik, resultou em intenso trabalho cartográfico (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009) em um momento político que impulsionou a construção coletiva do conhecimento nessa abordagem.

Observamos a singularidade que emerge de cada realidade estudada e a abrangência da aplicabilidade do método cartográfico. Esse cenário permite-nos compreender o modo como vem sendo utilizada a cartografia em diferentes pesquisas de campo para o estudo da subjetividade, a qual abarca toda a complexidade ao colocar problemas e investigar os coletivos de forças presentes em cada situação, em cada processo de subjetivação, buscando escapar do reducionismo a que se está sujeito. O pesquisador e o objeto de estudo habitam um “meio” e constituem um espaço que envolve suas conexões e relações (ROMAGNOLI, 2009).

Ferigato e Carvalho (2011) sugerem que há conexões fortes do método da cartografia com as pesquisas qualitativas, porém não exclusivamente, podendo haver possibilidades

cartográficas em pesquisas de cunho quantitativo. Esses autores ressaltam que cartografar envolve produção da realidade que desafia o cartógrafo a pesquisar, intervir e transformar.

Trata-se de um processo de investigação, de produção e aplicação do conhecimento que produz efeitos de transformação da realidade. Como método de pesquisa-intervenção, trabalha sob uma perspectiva não prescritiva, porém não se trata também de uma ação sem direção. Parte do princípio de transformar para conhecer, e não de conhecer para transformar a realidade vigente. Propõe-se a um caminhar que traça suas metas e considera os efeitos do processo do pesquisador sobre o objeto de pesquisa, o pesquisador e seus resultados. Com isso dá outros significados para o rigor metodológico no sentido de que sua precisão é tomada como compromisso e interesse, como implicação na realidade para sua transformação, e o rigor do percurso está mais próximo da produção de vida (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

Na cartografia o conhecer e a ação tornam-se inseparáveis, uma vez que ocorrem pela prática do conhecer que se refere ao fazer e ao criar uma realidade de si e do mundo sem uma neutralidade. O que se propõe é a concretização de um caminho, e não de uma meta, o que faz com que a pesquisa seja uma experimentação, um processo aberto que possibilita produções, conexões, dobramentos e desdobramentos (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009; ROLNIK, 1989).

O método cartográfico consiste em capturar fragmentos, falas, comportamentos, olhares, expressões faciais que são elementos importantes para a vivência desse processo. Dessa forma não há coleta de dados, mas sim produção coletiva dos dados, em que o cartógrafo não deixa de ser parte desse processo (MOREIRA, 2012).

Entende-se que a cartografia é um método da pesquisa-intervenção, sendo essa oriunda do movimento da Análise Institucional que defende a participação do pesquisador na produção de conhecimento, eliminando sua suposta neutralidade. Seu objetivo é propiciar processos de autoanálise e autogestão nos coletivos. Assim toda pesquisa-intervenção gera e possibilita análises de implicação (BAREMBLITT, 2002).

De acordo com Barembritt (2002), a sociedade é composta por uma rede de instituições articuladas com o intuito de regular as relações humanas entre si a fim de colocar em ordem a vida social, tais como a família, as relações de parentesco, a divisão técnica do trabalho, a educação, a saúde, a igreja, entre outros. Por conta disso essas regulações tornam-se bastante cristalizadas. Essa cristalização é denominada “instituído”. Junto ao instituído também há um movimento de criação contínua denominado “instituinte”, sendo uma abertura para a experimentação do novo e para o questionamento das regras vigentes. É do enfrentamento entre o que se encontra instituído e os movimentos instituintes que as

transformações sociais vão se efetuando. Acolher essa dimensão transformadora da vida é a proposta da Análise Institucional.

A sociedade instituinte ameaça a sociedade instituída; porém a sociedade instituída precisa da sociedade instituinte para progredir, ao passo que a sociedade instituinte necessita da sociedade instituída para erguer seu projeto de transformação permanente (LOURAU, 2004, p. 63).

A instituição é vista, portanto, como o grande eixo da sociedade e faz uso tanto do lugar de manutenção daquilo que já existe quanto da sua transformação. As instituições estarão presentes no encontro trabalhador e usuário e em todo o espaço relacional da unidade de saúde da família USF, sendo um dos elementos a serem identificados no processo de análise (BAREMBLITT, 2002).

A Análise Institucional utiliza-se da pesquisa-intervenção enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sociopolítica, rompendo com os enfoques tradicionais de pesquisa e ampliando as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade, uma vez que propõe uma intervenção de ordem micropolítica (ROCHA; AGUIAR, 2003).

“A Análise Institucional tenta, timidamente, ser um pouco mais científica. Quer dizer, tenta não fazer um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento” (LOURAU, 1993, p. 16).

Se o método é o da intervenção, a direção é aquela que se conforma nos processos, ao que se passa entre, ao que está repleto de potência. Nesse processo pesquisador e pesquisa são retirados de qualquer estabilidade; aqui, conhecimento e ação produzem novas realidades e novas subjetividades, pois há uma abertura maior à invenção. Não se trata apenas de ser um agente de mudanças, mas também, e primeiramente, alterar a si mesmo (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

Ao invés de determinar um caminho denominado método, a pesquisa-intervenção traça um hodos-metá, o que compreende uma reversão no percurso metodológico quando comparado às vias tradicionais de pesquisa. Aqui as metas e os caminhos são traçados ao longo do processo a ser pesquisado (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

A formulação da pesquisa-intervenção expande as bases das pesquisas participativas enquanto proposta de atuação na transformação da realidade, pois propõe uma intervenção micropolítica na experiência social (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Na pesquisa-intervenção a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. É um modo de intervenção na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno (AGUIAR; ROCHA, 1997, p. 97).

4.3. A Análise de Implicação

A cartografia tem como amparo do trabalho metodológico a implicação do pesquisador, a concepção de que o conhecimento é inseparável e nele há uma processualidade em relação ao movimento da vida e das afecções (ROLNIK, 1989). Assim a implicação está preocupada em compreender o lugar que ocupamos neste mundo, analisando a interação, a interpenetração, a raiz do contato entre sujeito e objeto, entre analista e analisado.

“Na implicação do pesquisador é que se encontra um dos mais valiosos dispositivos de trabalho no campo. É a partir de sua subjetividade que afetos e sensações irrompem, sentidos são dados, e algo é produzido” (ROMAGNOLI, 2009, p. 171).

A análise de implicação, segundo Lourau (1993), é como se fosse o “escândalo da Análise Institucional”, pois questiona o saber sagrado dos especialistas e nega a ciência positivista neutra. Também contribuiu para a ideia de implicação a fenomenologia de Merleau-Ponty, que afirma que se chega ao conhecimento não apenas pela observação de um objeto exterior, mas pela própria implicação do investigador no momento da observação.

De acordo com Baremlitt (2002), a implicação é definida como “um processo que ocorre como na organização analítica, em sua equipe, como resultado de seu contato com a organização analisada” (p. 135). O termo possui semelhança com o conceito da psicanálise de contratransferência, porém a implicação na análise institucional é um processo não apenas psíquico, mas consiste em uma materialidade múltipla, variada e complexa que deve ser examinada em todas as suas dimensões. “Não começa no ‘cliente’ e é, isso sim, uma interinfluência recíproca, simultânea, que faz parte integrante do processo de análise da organização” (Ibidem).

Sem a esperada neutralidade de métodos tradicionais, o conhecimento é produzido do (no) encontro entre pesquisador e objeto inserido no *socius*, visto que “na implicação do

pesquisador é que se encontra um dos mais valiosos dispositivos de trabalho no campo. Assim, afetos, opiniões e visão de mundo do pesquisador interferem nos resultados encontrados” (ROMAGNOLI, 2009).

A Análise Institucional por meio da implicação trabalhará a análise do lugar em que ocupamos nas relações sociais, na sociedade capitalista, e não apenas no quesito da intervenção, mas em todos os lugares que ocupamos enquanto sujeitos, ou seja, não se reduz a analisar os outros, mas analisar a si mesmo constantemente, inclusive no momento da intervenção (NASCIMENTO; COIMBRA, 2008).

A ideia de analisar nossas implicações é uma maneira de refletir como têm ocorrido nossas diferentes intervenções. O fato de colocar em análise o lugar que ocupamos, nossas práticas e seus efeitos é quebrar com a lógica racional ainda tão demarcada no pensamento ocidental, porque a implicação traz para o campo da análise uma série de sentimentos, ações e acontecimentos considerados como desvios e prováveis erros, o que não permitiria a uma pesquisa ser bem sucedida (NASCIMENTO; COIMBRA, 2008).

Segundo Monceau (2008), a implicação é a relação que os sujeitos desenvolvem com a instituição; ele é tomado pela instituição, querendo ou não. Ou seja, a implicação existe mesmo que não a queiramos, não se trata de uma questão de vontade. Ela está no mundo. É a forma como nos relacionamos com as instituições, como nos encontramos e como somos atravessados por elas.

A análise de implicação pode ser vista como uma ferramenta no acompanhamento de processos de subjetivação porque destaca os jogos de poder e interesses que são encontrados nos campos de investigação. A aproximação ao campo permite a análise das experiências vividas nesse espaço de intervenção e o quanto elas influenciaram a vida do pesquisador e sobre o que está instituído (PAULON, 2005).

A teoria da implicação, nós veremos, tem qualquer coisa que flerta com a loucura. [...] Pois não é a implicação, cada vez mais claramente, o objeto de análise das relações que temos com a instituição e, antes de tudo, com nossa instituição de pertencimentos mais próxima aquela que possibilita nossa inserção nas situações sociais de intervenção, de formação e de pesquisa? (LOURAU, 2004, p. 133).

4.4. Campo da pesquisa

A cidade de Franca está situada na região nordeste do Estado de São Paulo. Localiza-se a 20°32'19" de latitude sul e 47°24'03" de longitude oeste, distante 401 km da capital estadual e à 676 km de Brasília. É a 74ª maior cidade brasileira, sendo sede da microrregião de Franca (14ª Região Administrativa de São Paulo). A cidade tem 189 anos, possui uma área de 605,68km² e uma população estimada em 326.042 habitantes.

Quanto à infraestrutura, a cidade ofereceu abastecimento de água a 99,76% da população, esgoto sanitário a 99,31% e coleta de lixo a 99,96% da população no ano de 2013. A cidade é conhecida em todo o Brasil como a capital nacional do calçado masculino, sendo uma das maiores produtoras de calçados na América Latina (FRANCA, 2013).

Em relação à saúde, a cidade é sede do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII, de que fazem parte, além de Franca, 21 outras cidades. Existem no Estado de São Paulo 17 Departamentos de Saúde responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (FRANCA, 2013).

O município de Franca é dividido em quatro regiões na área da saúde, sendo elas: Norte, Sul, Leste e Oeste.

O sistema de saúde municipal também conta com o Ambulatório de Crianças de Alto Risco (ACAR), Ambulatório de Geriatria, Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR), Hanseníase, Renais Crônicos, Tuberculose, Saúde Mental, composto pelo Núcleo de Atendimento à Infância e Adolescência (NAIA), o Ambulatório de Saúde Mental para Adultos, Centro de Atenção Psicossocial para Tratamento de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CAPSad), Hospital Dia e o Hospital Psiquiátrico; Casa do Diabético; Centro de Prevenção DST-AIDS; Centro Oftalmológico; Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-16) e os Serviços de Urgência e Emergência, sendo um pronto-socorro infantil e outro de referência e o SAMU (FRANCA, 2013).

O município também possui um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), dois hospitais privados, um filantrópico e um psiquiátrico (já mencionado).

A rede básica desenvolve ações assistenciais e coletivas à população. Conta com 14 unidades básicas de saúde (UBS), 01 Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) e 05 Unidades da Estratégia Saúde da Família (USF) que possuem a equipe mínima, como previsto pelo Ministério da Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde oferecem serviços nas áreas de pediatria, clínica geral, ginecologia/obstetrícia, odontologia, enfermagem, fonoaudiologia, serviço social e psicologia (FRANCA, 2010-2013), sendo que a distribuição está realizada da seguinte forma:

- Região Norte: 03 UBS e 03 ESF
- Região Sul: 04 UBS
- Região Leste: 04 UBS e 01 ESF
- Região Oeste: 03 UBS e 01 ESF

A meta pactuada em relação à proporção cadastrada pela ESF está inserida na Prioridade VI – Fortalecimento da Atenção Básica, sendo uma das seis prioridades do Pacto pela Vida (2006).

Nos últimos anos o fortalecimento da AB tem sido fomentado por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo exigidos constantes esforços no sentido de dirigir ações, iniciativas e projetos ao aperfeiçoamento de sua qualidade. Dentre os objetivos propostos para garantir tal expansão, destaca-se a ampliação do número de população cadastrada na ESF remetendo-se às seguintes ações: repasse de incentivo financeiro aos municípios e desenvolvimento de atividades direcionadas ao apoio técnico para qualificação dos processos de trabalho calcados na gestão por resultados (BRASIL, 2008b).

Observa-se no município de Franca que a meta pactuada em relação à proporção cadastrada pela ESF é a mesma desde o ano de 2010, alcançando apenas 5,24% de cobertura da população, sendo que a meta de 5,50% foi a mesma para os anos de 2010 e de 2011.

Por outro lado observa-se que, segundo o Plano Municipal de Saúde para o triênio 2010-2013, há uma manifestação de interesse e compromisso no tocante à Atenção Básica, sendo que o primeiro eixo prioritário diz respeito às linhas de atenção à saúde que objetivam, entre outras coisas, aperfeiçoar a qualidade, resolubilidade e eficiência da atenção básica para reduzir as desigualdades e melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e dos serviços de saúde (FRANCA, 2010).

4.5. A entrada em campo

O início da minha entrada em campo não foi uma tarefa fácil. Durante um tempo fiquei à espera da aprovação da secretaria de saúde da cidade para que eu pudesse dar início à exploração de campo. Enquanto esperava ansiosamente, teve início uma greve na cidade. Os

servidores públicos municipais rejeitaram a proposta de reajuste salarial e começaram uma greve. Educação, saúde... tudo estava parado, e um movimento surgia. Foram às ruas, pediram reuniões, fizeram pressão na porta da prefeitura e lutavam por melhores condições salariais. De acordo com um jornal da cidade, essa greve era histórica, pois há 11 anos a prefeitura não passava por essa situação de grande paralisação. A greve durou aproximadamente duas semanas e foi marcada por passeatas, piquetes, reuniões e paralisações.

Então, diante dessa realidade, estava eu a esperar a liberação da minha entrada a campo e, para minha surpresa, um dia após o fim da greve minha pesquisa foi liberada pela secretaria. Entrei em contato com a gerente das USFs da cidade e combinamos de, naquele mesmo dia no período da tarde, conhecer uma equipe.

A escolha da equipe inicialmente tinha sido planejada no sentido de ela ter aderido ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), porém, como todas as equipes já tinha aderido ao programa, pedi auxílio da gestora Simone, que indicou a USF das Hortências, pois os trabalhadores já tinham recebido antes uma estudante de iniciação científica e a gestora considerou que seria uma equipe aberta e disponível para participar do estudo.

A USF está localizada bem distante do centro da cidade. Entre casebres, pastos e muitas crianças brincando na rua, correndo, soltando pipa, além de muito mato e terrenos baldios encontro, finalmente, a USF.

Deparo-me com uma casa pequena, com porta de bar, aquelas portas de ferro ou alumínio que descem de forma horizontal. Parecia uma casa espremida e, naquele momento, estava muito lotada. Em uma quarta-feira à tarde chego com a chuva repentina, e aí tenho a impressão de que a casa é mais espremida ainda.

Chego tímida, cumprimento a pessoa que estava na recepção e instantaneamente pergunto pela gerente. O moço que estava ali pede para que eu me achegue mais e entre. Peço informações a uma auxiliar de enfermagem, e, enquanto a gerente não aparece, observo o espaço: pequeno, cheio de cartazes sobre prevenção: hanseníase, tuberculose, vacina de HPV (Papiloma virus humano), saúde do homem, além de informações pregadas em um mural, como aniversário dos trabalhadores, avisos e escalas. Como era próximo do horário do almoço, a unidade contava com um ou dois usuários.

A gerente finalmente aparece, recebe-me bem e apresenta-me à enfermeira que me convida a ir conversar lá no fundo.

Nos fundos da unidade havia a cozinha, bem pequena, e uma salinha bem apertadinha com uma ACS, e nos aconchegamos na pequena sala: eu, Simone e a enfermeira, e ali a

conversa fluiu e o encontro aconteceu. Conversamos sobre a pesquisa, contei sobre o que eu gostaria de fazer e as dúvidas foram surgindo... Logo já me acolheu, sem pestanejar, uma preocupação: *Mas será que você vai caber na sala do médico?!? Ela é tão pequena! Custa caber o médico e o paciente. “Nossa, Simone, a gente podia tentar trocar as sala,s né”*, diz a enfermeira como que num pedido de ajuda...

Ali me contaram da saúde na escola que acontece em um centro de atendimento socioeducativo de privação de liberdade ao adolescente infrator, porém o local não está na área adscrita da unidade, e, em decorrência de seu estado de conflitos internos, as atividades foram suspensas até que volte à normalidade. Também falaram do PMAQ e da avaliação que ocorreria na próxima semana.

Falamos sobre a greve. Houve pouca fala e muitas expressões de cansaço, preocupação, cuidado, como se estivessem “pisando em ovos¹”, ou seja, muito cuidadosos e cautelosos com o que falavam. As relações de poder que aparecem compõem as cartografias.

A enfermeira disse que eu já poderia apresentar meu projeto no dia seguinte, pois haveria uma reunião e eu convidaria os membros da equipe os quais, acreditava ela, todos topariam participar.

A enfermeira contou sobre a médica cubana trabalhará na unidade e a expectativa em recebê-la logo. Disse que ela tem especialização em saúde da família e relata tudo isso com um sorriso no rosto.

Na sala da enfermagem ela explica que torce muito para que a médica cubana fique e a outra vá. Ela disse isso não se desfazendo da médica anterior, a Dra. Alba, médica especialista, mas explicou que a prefeitura paga os médicos não por carga horária, mas pela quantidade de pacientes atendidos, evidenciando claramente que esse pagamento por procedimento segue uma lógica capitalista. A prefeitura estabelece com os médicos uma relação de mercado. Assim a saúde é mercado, e não produção de cuidado! Diferentes lógicas em disputa.

Voltei no próximo dia e, durante uma reunião de equipe, apresentei-me junto ao meu projeto de pesquisa, e ali, naquela unidade, permaneci por aproximadamente três meses.

Foi um total de aproximadamente 50h de observação e exploração do campo, nos meses de abril a junho de 2014, intercalando períodos de observação, além do acompanhamento de aproximadamente 70 atendimentos com autorização tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

¹ A expressão “pisando em ovos” diz respeito a uma pessoa receosa, cuidadosa com o que fala e com suas atitudes.

4.6. Ferramentas para a produção dos dados

Para a produção dos dados, foi importante estabelecer algumas ferramentas, dentre elas a observação participante, o uso do diário de bordo, a entrevista semiestruturada. Além dessas ferramentas, o estudo também contou com uma primeira fase, a exploração de campo, o que permitiu um rico diálogo com a realidade.

A fase de exploração de campo possibilitou não apenas uma aproximação com o objeto de estudo, mas também a invenção de um conhecimento que partiu da realidade presente no campo, favorecendo a relação do pesquisador com o sujeito da pesquisa (CRUZ NETO, 1994).

Esse processo de entrada no campo possibilitou a familiarização com o funcionamento da unidade, as rotinas de atendimento e o trabalho da equipe no cotidiano. Além disso, também favoreceu a interação e convivência entre o pesquisador e os participantes, criando uma ambiência favorável para o mergulho dentro desse espaço relacional.

A observação participante realizada na exploração de campo possibilitou a observação do trabalho em ato e das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários do serviço de saúde, aparecendo ali as subjetividades envolvidas e tudo o que permeia a relação. O roteiro de observação encontra-se no apêndice A.

Durante esse período de exploração do campo, a observação foi realizada a fim de compreender ao máximo o funcionamento da USF. Foram observadas a recepção, pré e pós-consulta, sala de espera, sala de vacinas e curativos e copa. Estabeleceu-se previamente observar: a descrição do meio físico, das atividades desenvolvidas, das pessoas (comportamentos, ações, atitudes, traços físicos, expressões) e diálogos, partindo do pressuposto de que esses são os elementos mais concretos que caracterizam a relação do trabalhador com o usuário do serviço.

Toda a observação de campo foi registrada em um diário de bordo, sendo que, junto à descrição, acrescentei reflexões, implicações, comentários e impressões a respeito da experiência vivenciada. Esses registros, posteriormente, foram digitados e armazenados para utilização.

O diário de bordo é o instrumento utilizado na cartografia para registro não apenas daquilo que se é pesquisado, mas também observações, impressões pessoais, conversas informais, incluindo tanto o pesquisador quanto o pesquisado. Ele permite a ampliação da análise das implicações que se cruzam no trabalho da pesquisa. Seu modo de registro de experiência é expresso por meio de uma textualidade que é geralmente nomeada como diário de campo ou de pesquisa (BARROS; PASSOS, 2009).

Na cartografia, o diário foi importante para capturar os movimentos, a novidade e a singularidade apresentada no contexto dos trabalhadores. Dessa forma uma espécie de mapa foi construído e nele estão registrados os sentidos e as perdas de sentidos percebidos pelos sujeitos do estudo e pelo pesquisador a partir do vivido, sendo utilizado para registro de todo o processo de investigação.

Tendo em vista que, se por um lado a cartografia propõe-se a acompanhar processos, por outro a pesquisa só pode ser realizada mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), algumas etapas foram planejadas para apreensão da produção das relações entre trabalhadores e usuários, embora elas pudessem ser modificadas no trajeto do estudo.

O percurso mostrou que o planejado foi atendendo aos propósitos do estudo, assim como as técnicas eleitas para a exploração do objeto, permitindo, assim, acompanhar o processo de produção das relações que se deram entre os trabalhadores e usuários da unidade de saúde.

Podemos perceber que a exploração do campo consistiu como etapa fundamental para a etapa seguinte do estudo, para delinear sua operacionalização: a observação do atendimento em ato, o que envolveu o usuário, o trabalhador, a relação estabelecida entre ambos e a ação de saúde realizada.

Além da observação e do uso do diário de bordo, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que combinou perguntas fechadas e abertas. Nesse diálogo criado, o entrevistado, além de responder a perguntas, tem a possibilidade de discorrer sobre o tema pesquisado. Foram entrevistados todos os trabalhadores da USF, sendo 10 pessoas no total: a médica, a enfermeira, duas técnicas de enfermagem, a escriturária e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Cada entrevista foi gravada e transcrita na íntegra, sendo norteada por um roteiro previamente construído e que levou em consideração as especificidades de cada entrevistado, como o que marcou o trabalhador no atendimento realizado, o que chamou mais sua atenção, qual foi seu objetivo e se ele foi alcançado. O roteiro de entrevista encontra-se no apêndice B.

O objetivo da entrevista foi o de obter informações complementando as observações com o intuito de obter-se uma melhor aproximação da realidade e dar oportunidade ao trabalhador de revisitar o atendimento realizado. Tal roteiro foi conduzido de acordo com o referencial teórico, e os questionamentos do pesquisador em relação ao trabalhador que atende o usuário, como ele enxerga seu trabalho, e o usuário que atende, além de descrições a fim de discorrer sobre seu relacionamento com os usuários do serviço, seus recursos, limitações e sua relação com outros trabalhos.

4.7. Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Protocolo nº 048/2014 (Anexo A), observando as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na Resolução do CNS 466/2012, ressaltando ainda o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, principalmente junto às instituições envolvidas.

Para a obtenção de aceite do CEP, foi necessária também a autorização do município para a realização da pesquisa (Anexo B).

Todos os trabalhadores que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndice C, e no momento das observações dos atendimentos e visitas domiciliares os usuários que aceitaram ter seus atendimentos observados por mim também assinaram o apêndice D.

4.8. A Unidade de Saúde da Família das Hortências

A unidade de saúde da família investigada existe na cidade há 08 anos, sendo inicialmente localizada dentro de uma Escola Municipal de Educação Básica (EMEB), e, após perceberem a inviabilidade do local, transferiram-na para outro espaço que fosse mais propício, sendo utilizada uma casa para funcionar a USF.

Seu funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira, das 07h às 17h, e os trabalhadores dividem-se nos horários das 07h às 16h, e uma minoria realiza o turno das 08h às 17h. Esse grupo compõe a relação das cinco USFs que existem na cidade.

A equipe da USF estudada é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, e uma auxiliar de serviços internos que executa a função de escrituária.

Quadro 1 – Caracterização dos trabalhadores da USF das Hortências

Trabalhadores	Profissão
Trabalhador 1	Técnica de enfermagem
Trabalhador 2	Técnica de enfermagem
Trabalhador 3	Enfermeira
Trabalhador 4	Agente Comunitário de Saúde
Trabalhador 5	Agente Comunitário de Saúde
Trabalhador 6	Agente Comunitário de Saúde
Trabalhador 7	Agente Comunitário de Saúde
Trabalhador 8	Agente Comunitário de Saúde
Trabalhador 9	Auxiliar de serviços internos
Trabalhador 10	Médica

A USF é responsável por aproximadamente 967 famílias, ou 3500 pessoas, e cada ACS é responsável por uma média entre 185 a 200 famílias por microárea (baseado no relatório de julho de 2014 fornecido pela enfermeira).

As ações realizadas pela unidade estão no quadro a seguir:

Quadro 2 – Atividades desenvolvidas na USF das Hortências

- Acolhimento
- Curativo
- Teste de gravidez
- Retirada de pontos
- Enfermagem
- Exame preventivo
- Imunização (vacina)
- Grupos de educação em saúde
- Dispensação e administração de medicamentos
- Médico
- Dispensação de preservativos e contraceptivos
- Nebulização
- Visita domiciliar

- Aferição de pressão arterial e controle de glicemia

Além das ações técnicas, a unidade também possui uma comissão local de saúde, denominada Conselho Gestor, e que tem por objetivo propor melhorias tanto para a população quanto para a unidade de saúde. A maioria dos conselheiros dessa comissão local também integra o conselho municipal de saúde.

Há o Projeto Vida Viva, implantado na cidade no ano de 1999 como proposta de trabalho e estratégia de ações preventivas e educativas, voltado para uma vida mais saudável. Trata-se de um projeto realizado em várias UBSs, e na ESF estudada ele ocorre na “Casa da sopa”, espaço que existe na área adscrita e acontece duas vezes por semana, em que um educador físico orienta atividades físicas para os usuários encaminhados pela USF.

A USF também faz parte do Programa Vivaleite², projeto social de distribuição gratuita de leite in natura. Em janeiro de 2011, a sua gestão foi transferida da Secretaria de Agricultura para a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. O objetivo é oferecer um complemento alimentar às pessoas de baixa renda, além de gerar de forma indireta novos empregos no campo, voltado para famílias carentes. A assistente social faz uma triagem e as famílias buscam uma quantidade de leite na própria unidade.

Há na unidade grupos de Reeducação Alimentar e HiperDia que ocorrem mensalmente, sendo o primeiro dirigido e coordenado por uma estagiária do curso de Nutrição de uma universidade localizada na cidade e o segundo coordenado pela enfermeira e com a participação dos ACSs.

Enquanto estive na USF, não houve grupos pela falta de adesão da população e pela ausência da estagiária do curso de Nutrição.

A USF também faz parte do Programa Saúde na Escola (PSE), cujo objetivo é trabalhar questões referentes ao comportamento que podem gerar hábitos saudáveis, inclusive prevenção de doenças, como do coração, do ouvido, tuberculose e cáries, além de ajudar na alimentação adequada e até os perigos causados pelo álcool e drogas. O PSE estava ocorrendo dentro da Fundação Casa, mas por questões de risco as atividades foram suspensas e havia a proposta de realizar esse trabalho em uma escola que estivesse dentro da área adscrita da unidade.

Na unidade de saúde da família há o costume de pessoas deixarem roupas usadas a fim de doar para a população. Dessa forma uma vez por semana muitos chegam à procura das doações, que são distribuídas pela escriturária.

² Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/vivaleite>

A USF possui uma pequena recepção, uma sala de espera que, quando lotada, não comporta todos os usuários do serviço, sala de curativos, uma sala espaçosa de vacina, um espaço pequeno entre as salas para a realização de pré e pós-consulta, uma sala de repouso bem pequena, a sala do médico, que comporta no máximo três pessoas, uma sala consideravelmente grande da enfermeira, uma cozinha bem pequena, uma sala mínima para os ACSs, um espaço pequeno para nebulização, almoxarifado, e uma horta onde há a plantação de verduras e algumas plantas medicinais para o consumo da própria equipe.

Esse espaço de trabalho onde se produz, ou deveria produzir-se saúde, está permeado pela subjetividade de cada trabalhador e pelas relações estabelecidas ali, sejam entre trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador, usuário-usuário. Cada um relaciona-se à sua maneira, todos perpassados pelas instituições, moral, conceitos aprendidos sobre o processo saúde-doença, concepções diferentes de homem, de saúde, de vida. E é nesse espaço e nessa área adscrita que o estudo aconteceu.

Durante o tempo em que permaneci na unidade percebendo os movimentos, caminhos percorridos, ruídos, afetos, pude observar o comprometimento e envolvimento de cada trabalhador, suas interações, relações de afeto ou não, aproximações e distanciamentos que caracterizam a USF.

No momento em que iniciei as observações, a equipe tinha acabado de passar por uma greve histórica na cidade e alguns dos trabalhadores apresentaram-se cansados, desmotivados pelas condições de trabalho que muitas vezes não possibilitam o mínimo para o exercício da função, pelo salário nunca suficiente, além dos sentimentos de desvalorização. Durante a greve, os servidores reivindicavam reajuste salarial de 15%, aumento do abono escolar de R\$ 200 para R\$ 240, implantação de cartão-alimentação no valor de R\$ 450, plano de carreira, entre outros benefícios, porém entraram em acordo com a prefeitura e encerraram a greve ao concordarem com reajuste salarial da categoria em 5,39% e implantação do vale alimentação no valor de R\$ 230, entre outros benefícios³.

Além dessas questões, a equipe estava recebendo uma médica cubana do Programa Mais Médicos⁴ e estavam todos ansiosos, cheios de expectativas e depositando todas as suas esperanças na nova médica, pois os médicos anteriores possuíam outras especialidades e

³ Notícia disponível em: <http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2014/04/servidores-entram-em-acordo-com-prefeitura-de-franca-e-encerram-greve.html>

⁴ O Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>.

pouco se relacionavam com a equipe, não discutiam casos e nem participavam da rotina da unidade.

A médica foi muito bem recebida e muito esperada. Logo se adaptou à equipe e à população. Sua maior dificuldade foi em relação à sua nova língua, o português, porém com a ajuda da equipe e acolhimento da população logo foi sendo superada. A profissional chegou com o propósito de fazer parte da equipe, discutir casos, realizar educação permanente e manter um contato longitudinal com a população, favorecendo que a unidade desempenhasse sua real função nesse espaço que até então estava marcado por uma prática de pronto-atendimento, descaracterizando a USF.

Outro momento que estavam vivenciando era a transição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o novo sistema de informação, o *e-SUS*, o que estava causando estranhamento e algumas dificuldades referentes a esse novo sistema e o cadastramento das famílias que os ACSs precisavam realizar. Essa equipe foi escolhida como equipe piloto para iniciar a mudança dos sistemas de informação na cidade, sem ter, entretanto, participado dessa decisão; ela simplesmente foi comunicada que seria equipe piloto.

A gestão introduziu uma nova atividade na equipe, e isso gerou desmotivação e resistência por parte dos trabalhadores, principalmente dos ACSs que tinham que cadastrar todas as famílias de suas áreas e não tinham recursos, como computador para passar as informações coletadas para o sistema.

Ali na unidade não havia reuniões para discussão de casos, e uma vez por mês era realizada a reunião administrativa. A enfermeira contou que não há tempo para reuniões e que a unidade não pode parar para reunir-se, então muitos casos são discutidos entre um e outro trabalhador, ou nas “conversas de corredor”.

Na USF os ACS organizam-se para auxiliar nos serviços internos, como ajudar na recepção e na pré e pós-consulta. Quando não estão fazendo as visitas domiciliares, estão em treinamento ou ajudando dentro da unidade de saúde.

4.9. Como foi realizada a análise dos dados produzidos

Ao considerar que a cartografia é um método da pesquisa-intervenção e está relacionada ao acompanhamento de processos, é importante que se esclareça como é compreendido um dado cartográfico.

O processo de pesquisa implica em um rearranjo das fronteiras inicialmente estabelecidas entre sujeito e objeto: a direção da cartografia é a de dissolver o ponto de vista para o qual surge, de maneira correlata, uma realidade supostamente dada em si mesma e dotada de substancialidade (BARROS; BARROS, 2013, p. 374).

A cartografia está voltada para a análise do acompanhamento do processo de pesquisa, a fim de enxergar o conhecimento enquanto um ato de criação. Nesse sentido está comprometida com a análise desse processo, mesmo que ela ainda não esteja voltada para os dados em si. A análise na cartografia chega a um todo de relações que possibilita ao estudo comportar uma heterogeneidade em detrimento da homogeneidade da pesquisa cartesiana. O que a movimenta são problemas, ou seja, a análise cartográfica volta-se a problemas; “o problema não é dado, ele depende da criação dos termos nos quais ele vai se apresentar. Analisar é, assim, um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas” (BARROS; BARROS, 2013, p. 375).

Ao considerar que na pesquisa cartográfica toda análise é sempre análise de implicação, já nos destituímos da ideia de neutralidade, uma vez que o pesquisador está implicado com seu campo de estudo. Nessa implicação há a construção de uma dada realidade atravessada por aspectos objetivos e subjetivos que perpassa tudo: o campo, o pesquisador, os sujeitos, rompendo com a lógica da neutralidade e da divisão de “coleta” e análise dos dados. Tudo ocorre concomitantemente, enquanto o pesquisador está imerso no campo de estudo, ao mesmo tempo em que está “coletando”, produzindo os dados, ele também está implicado.

Foi nesse sentido que se deu o movimento de análise da produção dos dados do estudo. Tal análise processou-se em todo o desenvolvimento da pesquisa, pois consideramos que os procedimentos do cartógrafo são criados a partir do contexto em que ele se encontra. Dessa forma as ferramentas utilizadas, como o diário de bordo, a observação participante e a entrevista semiestruturada foram de suma importância para a produção da cartografia dos encontros.

A criação da cartografia dos encontros foi possível a partir da observação durante os atendimentos entre trabalhador e usuário e as entrevistas realizadas com o trabalhador após os encontros observados. Nesse movimento foi importante destacar dois aspectos a serem discutidos: as relações trabalhador-usuário e o processo de trabalho em saúde. Tudo aquilo que me afetou e perpassou-me foi focado nas entrevistas e depois discutido, abarcando, assim, minhas implicações e afetações. Nessa dinâmica as cartografias foram construídas.

Posteriormente, para a discussão dos dados produzidos, no campo das relações busquei identificar as instituições presentes no encontro trabalhador-usuário, o instituído e o instituinte e a produção subjetiva dos afetos. E, no processo de trabalho, pude identificar o e-SUS como um analisador importante que mobilizou toda a equipe da unidade de saúde estudada, interferindo nas práticas de cuidado e na micropolítica do processo de trabalho em saúde.

Diante disso foi imprescindível o compromisso com a vida e o exercício de análise de implicação, no sentido de colocar em análise também todos os atravessamentos que compõem o campo do estudo (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

5. A CARTOGRAFIA DOS ENCONTROS

5.1. Sobre a produção dos dados: A cartografia dos encontros

Encontros aconteceram... foram observados... e de repente me vi ali, não de fora, mas de dentro... dentro daqueles encontros... inserida naquele espaço relacional onde as subjetividades de cada um pairava ... por que a relação ocorreu daquela maneira? E por que a outra foi tão diferente? O que está por trás de cada encontro? O que se passa nos entres, nas entrelinhas, nas perguntas, nas necessidades apresentadas? Cada pessoa, cada usuário do serviço, cada profissional traçou encontros singulares, únicos... alguns rabiscados, outros mais rebuscados... mas todos foram capturados de alguma forma e formaram, então, paisagens diversas... novas, recriadas, antigas, engessadas, já desenhadas... todos os encontros observados pelo pesquisador-cartógrafo passaram pela captura de suas lentes e foram transcritos à sua maneira.

A seguir serão apresentadas as cartografias dos encontros de cada trabalhador com os usuários do serviço.

5.2. Trabalhador 1

Em uma manhã saio em visita com a trabalhadora 1, a técnica de enfermagem já desgastada pelo seu trabalho, invadida pela complexidade da atenção básica e das tecnologias leves que ali estão presentes. No caminho diz que agora quer trabalhar com beleza, porque assim vai mudar sua forma de olhar as coisas e não ver mais tanta doença como vê em seu atual serviço. Prefere agora só cuidar dos corpos, não quer mais os vínculos estabelecidos pelo seu trabalho. Os afetos da clínica a consomem! Não quer mais levar preocupações pra casa e perder seu sono!

1ª paisagem: chegamos a uma casa; batemos no portão. Casa simples; periferia. Lá dos fundos uma voz feminina e já envelhecida grita para irmos entrando. Ao abrir o portão, a primeira coisa que sinto é o forte cheiro de urina... sinto náuseas... a trabalhadora 1 prossegue

o caminho até a entrada da casa. Ao entrar, o cheiro de “doença” é mais intenso. Sou capturada por aquela paisagem à minha frente: luz baixa, lugar simples, meio sujo, meio limpo, meio desorganizado... a técnica de enfermagem se mostra técnica, meio dura, meio firme e ao mesmo tempo há certa docilidade no seu encontro com dona Maria, esposa e cuidadora do senhor João, um idoso restrito ao lar devido a um AVC. Ali se encontra ele, deitado no sofá da sala escura. A trabalhadora 1 se dirige até onde ele está, cumprimenta-o demonstrando-se bastante afetada por aquela imagem, aquele rosto cansado e desgastado pela doença, corpo jogado no sofá, entregue ao nada. Ela olha para o senhor, sorri e o elogia: “*Sr. Pedro, eu gosto de ver o senhor fora daquela cama, assim eu fico feliz!*” Sr. Pedro responde com um sorriso, pois tem a fala limitada. Ali ela cuida e realiza os procedimentos técnicos próprios de sua prática. Logo depois se volta para a cuidadora. Agora vejo uma trabalhadora mais séria, mais firme, perpassada pela instituição enfermagem que controla, vigia e cumpre procedimentos.

A técnica de enfermagem questiona a respeito de uma declaração acerca da vacina para o senhor João. A cuidadora, analfabeta, não sabe como encontrar, então vai até o armário da cozinha e mostra uma papelada de receituários e declarações... ela não consegue encontrar. A trabalhadora, revestida de sua técnica profissional disciplinadora, faz uma cobrança à dona Maria: “*As receitas precisam estar organizadas, é preciso separar essa papelada toda*”. É preciso uma ordem! A profissional, então, capturada pela sua formação, organiza as papeladas e coloca a ordem no caos. Liga de seu próprio celular para a unidade de saúde a fim de confirmar o dia da vacina. Ao desligar, a profissional revestida pelo imperialismo de sua profissão dá uma ordem à dona Maria: no dia da vacina, a cuidadora não poderia sair da casa. A vigilância iria até lá para vaciná-lo e ela não poderia deixá-lo sozinho... A senhora ouve e diz que talvez eles se mudariam da casa naquela semana.

A trabalhadora 1 é bem enfática ao dizer que eles precisam ficar ali na casa, não sair, a não ser que avisem com antecedência que não estarão no dia, e também adverte dizendo que, ao se mudarem daquela área, perdem o cadastro naquela unidade de saúde. A relação de horizontalidade aqui não existe, a cuidadora praticamente não possui voz, ela simplesmente ouve a ordem e se cala, pois é preciso cumpri-la.

Nuances são perpassadas pela técnica de enfermagem. Ela é capturada pelo senhor João e toda a sua situação que demanda cuidado. Ali, naquele encontro com o senhor, ela é afetada com seu sorriso triste, com sua situação limitada de vida algo a toca, algo aconteceu naquele encontro!

A técnica de enfermagem olha para o senhor como alguém muito limitado, talvez muito mais do que realmente é, e fica inconformada com o fato de a esposa deixá-lo sozinho. Ele não pode ficar sozinho, ele precisa de ajuda constante, é preciso que sua esposa esteja ali, de prontidão, doe-se inteiramente a ele, deixando até mesmo a sua vida de lado. Sua postura demonstra sua visão a respeito desse senhor, visão que traz uma concepção de descrença em sua potencialidade e aquilo que ele mesmo consegue fazer. E o que isso pode gerar? Um assistencialismo? Uma dependência? Uma descrença em si?

A trabalhadora, ao mesmo tempo em que é perpassada pela lógica flexneriana, também possui nuances que remetem à clínica ampliada. Em entrevista, ela compreende e tem dimensão que, durante muitas visitas, o que os usuários do serviço demandam não são ações procedimentais específicas de um técnico de enfermagem, mas apenas querem ser ouvidos, precisam desabafar, afinal, quem os escuta? E são essas características de seu trabalho, essa relação longitudinal, que criam vínculos, em que acontecem conexões, que a deixa tão esgotada. Ela não sabe o que fazer com a dor do outro e leva-a pra casa. E, para proteger-se de um adoecimento, ela esmaga os outros ao se revestir do imperialismo de sua formação, técnica, medicalocêntrica e procedimental, para se proteger das “ameaças” vindas de fora, das dores dos usuários, de suas histórias e impossibilidades (DELEUZE; GUATTARI, 1996).

“Ora, são esses agenciamentos de poder, essas formações despóticas ou autoritárias, que dão a nova semiótica os meios de seu imperialismo, isto é, ao mesmo tempo os meios de esmagar os outros e de se proteger de qualquer ameaça vinda de fora” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 49).

A organização do trabalho da equipe seria também uma ameaça de fora, pois não há espaço para compartilhar os casos, as dificuldades de manejar as situações, a trabalhadora trabalha só, apesar de se tratar da estratégia saúde da família. Essa organização de trabalho não pode produzir outra coisa senão o esgotamento de trabalhador.

2ª paisagem: caminhamos um pouco mais e chegamos à segunda casa. Uma mulher, Joana, estava na rua e nos convida a entrar. Joana é uma mulher que já deve ter seus 40 anos ou um pouco menos, possui um ar meio cansado, meio triste. Entramos, ficamos na sala de jantar e observo os trabalhos artesanais feitos por Joana. Enquanto olho seus trabalhos, Joana começa um desabafo. Ela precisava falar, e conta que seu marido a deixou há 20 dias aproximadamente, e que sem motivo aparente foi embora. Disse que ele às vezes liga e diz que a ama, mas ela não entende porque ele não volta para casa. Aqui apresenta sua demanda, sua dor e sua situação: Chegou até a emagrecer 3 kg! Também parou com suas atividades

artesanais! O que fazer? Ela precisa ser ouvida, sua necessidade é essa, e sou capturada por essa cena, por esse rosto marcado pelo abandono.

A técnica de enfermagem, ouve e consegue dizer apenas “hoje o mundo está muito difícil”. Não havia mais o que dizer, sua finalidade ali, naquele momento, era visitar a mãe de Joana, e também não podia ficar se envolvendo demais com as histórias e desgostos humanos. Por fim, a profissional aproveita e sugere que Joana retome suas atividades artesanais, pois isso poderia ajudá-la a continuar sua vida.

Fico ali afetada pela história de Joana, mas precisamos caminhar e adentramos o quarto de dona Joaquina. Acamada, bastante limitada, bem magra, faz uso de sonda, possui alguma demência e faz apenas alguns ruídos, sua fala é quase inexistente, são só ruídos naquele corpo condoído pela doença. Ao iniciar os procedimentos técnicos da profissão, o celular pessoal da trabalhadora toca. Ela atende e sai do quarto. Enquanto fico ali me compadecendo da situação de dona Joaquina, ouço a trabalhadora conversar no celular. Era uma conversa pessoal, com uma de suas madrinhas de casamento. Ela fica ali durante alguns minutos no celular e depois volta.

Diante dessa cena fico me perguntando: que relação é essa em que deixo o outro, que precisa do cuidado, para atender meu celular? O que se passa nesse encontro? O que pode um celular no meio de um encontro?

Outra cena que chama a atenção nessa mesma casa é quando a cuidadora pede que a técnica de enfermagem meça sua glicemia. O que ela queria dizer com isso? Que demanda existia por trás desse pedido? Ela também precisava ser cuidada, ela estava precisando de atenção. A trabalhadora, então, cumpre o procedimento e orienta; aconselha que ela cuide da alimentação, pois o resultado havia dado um pouco alterado.

A técnica de enfermagem nessa relação limita-se ao biológico. Não consegue abrir-se diante de sucessivos pedidos de escuta e de atenção. O que bloqueia a atenção a esses fluxos que teimam em passar? O que se constata, a reprodução.

Isso que me capturou leva-me a refletir o quanto o trabalho a partir de uma clínica ampliada é complexo. O quanto existe por detrás dos pedidos, das conversas e o que fazer com tudo isso. Como lidar, como cuidar? Acredito que a profissional, devido à sua trajetória, sua história de trabalho na área da saúde encontra-se dessa maneira, às vezes perdida em suas ações.

Após as visitas realizadas com a técnica de enfermagem, voltamos caminhando para a unidade e a trabalhadora fala da situação de sujeira da casa, e conta que uma das ACSs que já trabalhou na unidade, quando fazia as visitas a essa família, fazia faxina para a moradora,

lavava as louças e deixava a casa limpa e organizada, e completa dizendo que se trata de uma família bastante acomodada que se acostumou rapidamente com a “ajuda” dessa profissional.

A partir dessa partilha fiquei refletindo sobre o quanto os profissionais entrevistados, de forma geral, possuem uma ideia de que é preciso fazer tudo pelo usuário do serviço, se necessário, levá-los aos locais, carregá-los, fazer tudo por eles com a justificativa de que havia ali um desejo de ajudar por se tratar de uma “população carente”, que não possui condições de mudar, que não é capaz. Mas onde estão suas potencialidades? E a potência de vida? E a autonomia do cuidado?

Além dessas reflexões, a profissional, durante a entrevista, traz outras facetas de si ao refletir e fazer uma autoavaliação sobre a visita que mais a tocou, a do senhor João. Ela traz consigo um afeto, uma preocupação significativa em relação àquele rosto, àquele corpo marcado por uma subjetividade única e que produz *n* afetos e que é caracterizado por sua fala a seguir:

O senhor João é um paciente que eu já fui fazer visita e peguei várias vezes ele sozinho, é um paciente que sofreu um AVC, é um paciente que tem problema de próstata, é um paciente que tem dificuldade de andar, tem dificuldade de falar, tem dia que a gente chega na casa e ele tá um pouco mais debilitado. Ele tá só deitado na cama e eu sempre chego lá e às vezes ele tava sozinho e isso me preocupa muito, por quê? Se for ver, por um lado legislativo, isso é abandono do idoso, porque o idoso num pode ficar sozinho, principalmente quando ele é doente né [...], então, assim, já foi orientado a não fazer, a não deixar ele ficar sozinho porque ele pode sentir alguma coisa e morrer sozinho, né, só que parece que num entra também na cabeça da família, a organização das receita, num entra na cabeça da família não deixar ele sozinho, sabe, alimentação, quando ele fica mais debilitado que ele começa a fazer xixi na roupa, eles não entendem, eles acham que é um pouco manha, então, assim, você vê que é uma descompensação mesmo, não, assim, não que eles não queiram às vezes entender, eles até quer entender, mas eles também têm um atraso mental (informação verbal).

A técnica de enfermagem toma João como incapaz. Não o trata como sujeito, como uma pessoa com potencialidades, desejos, não busca de sua autonomia. Trata a esposa como irresponsável, como alguém que não sabe cuidar. Não reconhece o que ela faz e nem a vê como um ser de necessidades. Por que será que ela desvaloriza as pessoas e coisas ali?

Ao mesmo tempo em que a trabalhadora quer defender os direitos de senhor João a qualquer custo, também consegue fazer uma breve reflexão e, mesmo que sutilmente, faz um movimento de tentar colocar-se um pouco no lugar da esposa e cuidadora, a dona Maria. Por mais que tenha se revestido de seu traje de técnico e ordenado que a senhora não saísse de

casa, ao refletir sobre o encontro ali naquela visita consegue olhar um pouco para as necessidades de dona Maria como sua próxima fala:

[...] só que assim, a gente também num pode levar a ferro e fogo por quê? Porque a senhorinha, ela fica 24h ali, então se ela sai no supermercado, ela vai comprar alguma coisa na padaria, ela vai, né, ela vai na farmácia, ela deixa ele sozinho porque o filho também num fica 24h ali, né. Só que tem o perigo dele querer se levantar, dele cair, dele se sentir mal [...](informação verbal).

A técnica de enfermagem é marcada por diferentes nuances em seus encontros com os usuários do serviço de saúde. Em alguns momentos, reveste-se de seu jaleco branco, representante de uma soberania, poder sobre o paciente, que é paciente mesmo, nada faz, só recebe, e em outros momentos consegue despir-se dessas vestes e realiza um cuidado mais ampliado. Ao longo da entrevista ela vai apresentando suas implicações com as visitas que realizou, com os encontros de que participou, e em uma de suas falas mostra-se preocupada em estar mais próxima a pessoa, colocar-se no seu lugar e ter mais abertura para receber suas demandas:

[...] muitas vezes é mais fácil você entrar na mania do paciente do que você se opor. “não, eu sou técnico de enfermagem e eu falo as regras e vocês tem que seguir”, sabe? Não. É, muitas vezes você tem que ser o paciente e se igualar a eles pra poder tentar passar. Então às vezes lá eu sinto muito isso, que eu já chego, eu tento falar mais ou menos a mesma linguagem que eles, eu tento me colocar muito no lugar deles, sabe, aí às vezes se eu até chego lá e ela tá fazendo um almoço, uma janta, eu elogio o almoço dela, eu falo que tava cheiroso, que a casa tá limpinha, que tá muito bem cuidado, então, assim, eu tento conquistar a confiança, né, e falar mais a linguagem deles mesmo, se colocar no lugar deles, assim, ser igual a eles porque se eu já chegar lá com o meu nariz empinado, ‘não, eu sou a técnica e eu vou falar isso e você vai ter que’... Isso num vai virar” (informação verbal).

A técnica de enfermagem possui uma ideia de que ser técnica coloca- em uma posição superior ao usuário, então usa de subterfúgios para tentar igualar-se e conquistar a confiança. Mas o vínculo não se faz pelo apagamento das diferenças, e sim pela possibilidade de conviver com elas de modo que cada um sinta-se bem como é, e no encontro isso se potencialize.

5.3. Trabalhador 2

A trabalhadora 2 trabalha como técnica de enfermagem na USF há 7 anos. Terminou recentemente um curso de urgência e emergência.

Pude acompanhar o trabalho da técnica de enfermagem em alguns momentos durante a exploração de campo. Observei a forma como realiza seu trabalho e como interage com os usuários do serviço.

Pude observar um dia em que uma mulher chegou à unidade no final de uma manhã e disse que precisava ser atendida. A técnica de enfermagem pede para que ela volte no período da tarde, pois a médica já havia encerrado os atendimentos. Nesse momento a mulher começa a chorar. No mesmo instante, a profissional para com seus afazeres e vai até a mulher escutá-la.

Percebo que ali algo acontece. Provavelmente a mulher não precisava de um médico, ela precisava ser ouvida, cuidada, e a técnica de enfermagem cumpriu esse papel, conseguiu olhar para a demanda da usuária e atendê-la de alguma forma. E, no período da tarde, da mulher voltou para ser atendida pela médica.

Em uma manhã, saio com a trabalhadora 2 em visita domiciliar. Ela pede que o ACS, trabalhador 6 a acompanhe também, e saímos com seu carro.

A primeira casa era bem próxima à unidade. A profissional chega e cumprimenta a senhora que tem muita dificuldade pra caminhar. A técnica de enfermagem realiza procedimentos voltados para a sua prática, bastante biológicos: afere a pressão arterial e fala da médica cubana e da troca de receita. Disse que vai pedir para a médica fazer uma visita domiciliar a ela antes de vencer a receita, assim ela fica conhecendo mais uma família. A técnica de enfermagem já aproveita e pergunta sobre a vacina da gripe e a usuária responde: *“Ah, eu nunca tomei não”*. Ela explica os benefícios da vacina e fala que se ela quiser pode ir à unidade

Na segunda visita tenho a surpresa de ser na mesma casa em que fui com o trabalhador 7, ACS, de dona Isaura, que tem a mãe acamada. No caso a visita era para a senhora acamada, dona Gilda. Então, quando cheguei e a filha-cuidadora me viu, já me acolheu muito bem, e eu disse que havia voltado à casa para acompanhar a técnica de enfermagem. Ela nos acolheu e nos convidou a entrar e já nos levou direto ao quarto de sua mãe Gilda. Ela estava ali “pelejando” com a sonda que não estava passando a alimentação. Nessa visita percebo uma tensão no ar. Dona Isaura parece cansada e desgastada, e sua relação com a técnica não é a mesma de proximidade como eu percebi com o trabalhador 7.

Dona Isaura, então, pede auxílio com a sonda. A trabalhadora ajuda e orienta a passar a seringa de água a fim de tentar melhorar o funcionamento da sonda. Ela também explica que provavelmente a sonda esteja dobrada.

A cuidadora, por sua vez, diz que a sonda fica entupindo e a dieta não é grossa, e reclama dizendo que desde outubro tem sofrido com a sonda da mãe.

A técnica de enfermagem, então, tenta colocar água na sonda com seringa pra ver se consegue desentupir e percebe que, na verdade, provavelmente a sonda estaria dobrada. Então a técnica orienta a cuidadora a chamar o SAMU, pois somente um médico ou enfermeiro poderia retirar e colocar a sonda novamente. A cuidadora reage dizendo que não irá chamar o SAMU, que ela já está acostumada com a sonda que vive dando problemas e que, se chamar o SAMU, teria que fazer todos os dias. A técnica de enfermagem respeita a cuidadora e explica que pode ser que a sonda se desdobre sozinha, mas que isso é muito difícil de acontecer. A cuidadora, então, passa na sonda o mandril, que pode perfurar alguma parte do corpo da paciente. A trabalhadora pergunta se o médico a orientou a fazer aquilo e a cuidadora explica que não, e que vai “dando seu jeito”. A técnica demonstra preocupação e, mais ao final da visita, pergunta se ela aspira a sonda, e a cuidadora responde que sim, sempre.

Em alguns momentos a cuidadora diz que está cansada, porque ali na casa para tudo é ela quem “dá jeito”. Seu pai e seu marido não se responsabilizam tanto pelo cuidado de sua mãe.

A técnica de enfermagem, então, faz os procedimentos, afere P.A. e glicemia, e ajeita novamente a paciente na cama com a ajuda do ACS, além de orientar que qualquer problema procure a unidade, porém não há ação alguma voltada para as questões pessoais e de desabafo de dona Isaura. Ela precisava ser ouvida, mas a relação ali não estava indo tão bem. Então nos despedimos e saímos.

Percebi certa resistência da cuidadora. Será que ela estaria resistente ou cansada? A cuidadora é a única quem realmente cuida. Sua vida foi limitada ao cuidado de sua mãe. Seu pai e seu marido pouco ajudam. Quem a mexe na cama, pega peso, entre outras coisas, é a filha da paciente. Será que a cena em que ela dispensa o SAMU seria um pedido de arrego? Ajuda?

Ao sairmos da casa, a trabalhadora disse que ela não poderia utilizar o mandril para colocar na sonda, que aquilo era usado apenas pelo médico ou enfermeiro, mas disse também que ela soube até onde ir com o mandril dentro da sonda. – nessa visita me senti incomodada com a situação da cuidadora com a técnica de enfermagem. Houve uma ruptura na relação.

De forma geral as visitas foram realizadas para ver o estado geral dos pacientes acamados. Não houve tempo para conversas mais longas com os cuidadores. Cada visita teve

em média 15 minutos e se limitou à aferição de pressão, glicemia e retirada de dúvidas sobre medicamentos e receitas.

Percebi certo cuidado demonstrado pela técnica com cada paciente visitado, mas acredito que esse cuidado tenha ficado restrito à questão biológica mesmo. O que mais ela poderia acrescentar em suas visitas? Haveria algo a mais que esteja nas suas funções? Talvez um olhar mais ampliado e um cuidado menos tecnicista?

Durante a entrevista, a trabalhadora afirma que seu trabalho enquanto técnica de enfermagem é cuidar do paciente como um todo, porém suas ações ainda são muito voltadas para o modelo tecnicista, faltando um cuidado mais ampliado:

R – Eu trabalho aqui no PSF de técnica de enfermagem, e o meu trabalho é atender o paciente como um todo. E além do atendimento que eu faço aqui, eu vou na casa do paciente também. Aqui a gente faz curativo, glicosimetria, afere pressão, retira ponto, entrega medicamento, faz aerossol, faz orientação pro paciente, separa remédio. A maioria dos procedimentos aqui é a gente que faz. É isso e mais um pouco.

[...] E o atendimento em casa também, né, que é o que a gente faz aqui e mais um pouco, né, porque aí a gente vê as receitas, se tá em dia, se num tá, você viu, eu num peguei as receitas, mas porque os meus pacientes são bem orientados, eu pergunto, né “a receita tá em dia?” Aí também faz destro, fala de mudança de decúbito. Eu num falei, porque eu já falei várias vezes lá, você vê, os pacientes são bem cuidados, a gente orientou que tem que mudar de decúbito pra num dar ferida, né, e eles já fazem isso no dia-a-dia (informação verbal).

Ao ser questionada sobre a visita que mais tinha lhe chamado a atenção, fala da família de dona Gilda e as dificuldades enfrentadas por ela em relação ao cuidado com os usuários do serviço de saúde:

R – Hoje me preocupou mais na casa da dona Josefa. Hoje eu fiquei mais preocupada lá, inclusive por causa da sonda que a gente viu que pra mim tá entupida, que tem que fazer outro procedimento, que tem uma coisa que ela faz, que num é certo, né, que é passar o mandril na sonda, num é certo, né (informação verbal).

Em relação aos seus objetivos, acredita que o atendimento poderia ter sido melhor se a cuidadora de dona Gilda tivesse ouvido suas orientações. O que remete ao saber técnico e ao profissional como detentor do saber e ao usuário do serviço enquanto alguém desprovido de qualquer conhecimento e que precisa seguir as “ordens impostas”:

R – Então, era pra ser mais útil hoje, era pra ser mais evolutivo, igual, eu propus pra ela chamar o SAMU pra retirar a sonda e ver, né, o que que aconteceu, e ela num quis. Você viu que ela num quis, né, então, podia ter sido mais útil. Ela vai ficar brigando com aquela sonda lá, vai ficar brigando até ela chamar. A não ser que a sonda por si própria se desdobre, mas tá dobrada aquela sonda. (informação verbal).

A técnica de enfermagem entrevistada possui claramente seus objetivos e todos são voltados para questões biológicas. Não há uma preocupação ou objetivo mais ampliado que considere o outro como um todo, não apenas biológico, além das orientações passadas verticalmente sem considerar as peculiaridades de cada um:

P – E quais eram seus objetivos em relação a essa visita?

R – É avaliar o paciente, ver como é que tá, se tá sendo bem cuidado, se todas as orientações que a gente passou pra ele, se a família tá fazendo, se eles tão precisando de alguma coisa, de alguma ajuda nossa, de alguma consulta, de uma troca de receita, de um formulário preenchido, é mais pra isso que a gente vai na casa, pra ver como é que eles estão sendo tratados.

P – E em relação a essa visita, você acha que conseguiu alcançar seus objetivos?

R – Ah, eu acho que sim, porque se ela precisar, tudo que eu falei pra ela, ela vai procurar, ela vai atrás, sim, se ela achar que num tá dando conta mais, ela vai atrás. Ah, ela vai sim. Ela é bem orientada (informação verbal).

A profissional também atribui a dificuldade no atendimento à família à decorrência do recente contato que possui e que os vínculos ainda não foram firmados. Isso demonstra a importância do vínculo nesse tipo de atuação do profissional da saúde.

Em relação ao seu olhar sobre a população atendida pela unidade de saúde, fala sobre lidar com as necessidades deles, porém questiono: será que ela compreende as reais necessidades dos usuários? Ou está olhando para sua necessidade de cumprir protocolos? E realizar procedimentos puramente biológicos?

A técnica de enfermagem também consegue perceber a resistência que a cuidadora de dona Gilda apresenta, e sua ação é respeitar. Não há ação alguma no sentido de perguntar mais, conversar com a cuidadora e tentar explorar o que está acontecendo ali realmente, de saber do que ela estava precisando naquele momento, sua real necessidade naquele momento. Mas aqui seu objetivo não era olhar a necessidade da cuidadora, e sim da enferma, dona Gilda, reduzindo o cuidado a ser oferecido:

R – É, também. Eu achei assim que, eu num sei se você percebeu, as coisas assim que a gente falou hoje pra ela, ela falava assim: “ah, mas eu já tô

acostumada! Ah, mas eu faço assim! Ah, mas desde outubro acontece isso!” Entendeu. Hoje eu senti um pouquinho de resistência, lá, então, assim, às vezes as coisas a gente tem que falar na hora certa, né. Hoje eu percebi que ela tava um pouco resistente. Então, mais numa próxima visita a gente vê, se a gente encontrar mais liberdade pra conversar, né; as coisas têm que ser na hora certa, porque, senão, que que acontece: vamos supor que eu fale algumas coisas que ela não goste, da próxima vez que eu for lá, ela num vai abrir a porta pra mim entrar. Então as coisas tem que ser certas na hora certa, porque assim, tem umas coisas que ela num quer ouvir, né (informação verbal).

Durante a entrevista, em alguns momentos a técnica de enfermagem faz a reflexão e o movimento de se colocar no lugar da cuidadora de dona Gilda, porém parece ser muito árduo esse tipo de intervenção quando não se conhece qual a proposta verdadeira da clínica ampliada na atenção básica:

*R – E a gente vê que, quanto menos precisar chamar alternativas fora, né, igual o SAMU, melhor, né, porque é cansativo, ela tem que pegar, colocar na maca, ir pro pronto-socorro, passar sonda, e tem que ir junto, num pode ir sozinha. Então, assim, vai cansar mais ela, ela vai largar de fazer as coisas na casa dela, porque ela também tem o serviço de casa.
[...] R – É porque é muita coisa, né. O marido dela ajuda assim, ele vai atrás das receitas, vai atrás das coisas que precisa, mas lá, cuidando, é ela. E tem a casa, e tem os netos, e tem a família que vai, e tem almoço pra fazer, e janta, aquelas coisas tudo, é isso que é desgastante mesmo, porque cuidar do paciente acamado não é fácil. Num é fácil, é muita coisa, tem que virar o paciente de duas em duas horas. O jeito que ela vira é certo? Não, num é, mas ela tá sozinha, como que ela vai virar igual eu e o trabalhador 6 virou? Pegando no pano, né, ela tá sozinha, então é o jeito mais fácil que ela achou né, de fazer. (informação verbal).*

5.4. Trabalhador 3

A enfermeira da unidade atua na USF há 06 meses, e possui 27 anos de carreira nessa área. Terminou uma especialização em saúde da família em 2013. Há 14 anos trabalha na estratégia de saúde da família e conta as horas que faltam para sua aposentadoria.

Acompanhei os atendimentos da enfermeira em alguns momentos e pude perceber nuances diferentes que perpassaram sua prática profissional em diferentes momentos, com diferentes pessoas e em diferentes situações.

Pude acompanhar a enfermeira na realização de um grupo para mulheres a pedido do CRAS, nos atendimentos de exame colpocitológico, conhecido como papanicolau, e em encontros não marcados, com mulheres chegando à unidade em prantos e outras numa preocupação mais recatada.

Pude conhecer a profissional mais humana, mais próxima, e a profissional mais distante e voltada apenas para o técnico e o biológico.

Durante a observação de campo, pude observar alguns encontros não marcados com a trabalhadora 3 e sua postura diante da situação. Um desses acontecimentos foi quando estávamos em sua sala conversando e uma técnica de enfermagem chegou dizendo que havia uma mulher que acabara de passar pela consulta médica e estava com sangramento constante há um mês, e esse fato estava trazendo muita preocupação, pois a mulher também estava perdendo peso.

Ao ouvir o relato da técnica, a enfermeira pede que a mulher entre na sala: era uma mulher com a aparência surrada pela vida, tinha apenas 29 anos de idade, mas aparentava ter 40. Havia tido um acidente vascular cerebral que trouxe sequelas na fala e na marcha.

A trabalhadora 3 acolhe a mulher e pergunta sobre os médicos pelos quais já passou ou qual tem preferência em ser atendida. Após ouvir, a enfermeira liga nos lugares a fim de conseguir agendar uma consulta próxima para a paciente com o médico que desejasse, e a consulta foi agendada para aquela mesma semana.

Percebi que a mulher saiu da sala sem sua expressão de preocupação e com um largo sorriso no rosto, além de muito agradecida. A enfermeira também se mostrou satisfeita, pois havia resolvido uma parte da situação.

Aqui se pode perceber que, mesmo que voltado somente para o biológico, houve um encontro em que a profissional da enfermagem conseguiu olhar para as necessidades da mulher e auxiliá-la.

Além dos encontros não marcados observados durante a exploração de campo, combinei que observaria os atendimentos de papanicolau, porém sairia durante a realização do exame para que não houvesse constrangimento.

Em uma manhã chego à unidade logo cedo a fim de observar os atendimentos agendados da enfermeira. Nesse dia estavam agendadas 03 mulheres, porém fazia muito frio e compareceu para a consulta apenas uma.

Ali tem início o atendimento. A enfermeira cumprimenta a mulher e inicia fazendo perguntas sobre seus dados pessoais. Trata-se de uma mulher de origem muito simples, tem 32

anos, estudou até a quarta série do ensino fundamental e trabalha na colheita de café. Ao ser questionada sobre o método utilizado para evitar a gravidez, a mulher diz: *“ah, eu sou operada e faço o exame todos os anos”*. A mulher aproveita para perguntar se tem como saber se ela é “operada ou amarrada”. Nesse momento a enfermeira, vestida com seu jaleco branco imperialista, diz que isso não é o mais importante de ela saber e pergunta há quanto tempo está operada. Depois diz que se ela quiser mais detalhes precisa passar pelo ginecologista e pedir um ultrassom.

Nesse momento há um desencontro entre a necessidade da mulher e a ação da profissional, há uma quebra no encontro que não trouxe respostas para a demanda da mulher.

A enfermeira continua com suas questões e pergunta quando foi sua última relação sexual. A mulher responde que foi há dois dias. Nesse momento a profissional olha para a usuária e pergunta se quando marcou o exame não entregaram um folder de orientações para a realização do papanicolau. A mulher responde que não recebeu nada, nenhuma orientação. Então prossegue com a entrevista.

Tenho a impressão de que aqui tenha ocorrido outro desencontro. A pergunta da enfermeira e depois sua explicação parece constranger a mulher, que se cala diante da situação. Nesse momento a enfermeira poderia ter agido diferente? Poderia ter sido mais empática?

Após terminar suas questões, a trabalhadora 3 dá início às explicações sobre a importância de se fazer o exame. Ela, então, apresenta um material de acrílico que representa o aparelho reprodutor feminino e vai mostrando para a mulher onde está o útero, por onde sai a menstruação e como é feito o exame. Nesse momento também utiliza o material para a coleta do exame e mostra como é realizado. Explica que é um exame que causa certo incômodo, e que é preciso que a mulher esteja bem relaxada. A trabalhadora também dá uma aula sobre a mama e a importância do autoexame. Então pergunta se a mulher realiza o autoexame e depois explica como é feito.

Saio da sala para a coleta do exame. Enquanto espero do lado de fora, a enfermeira chama a médica para ajudá-la. Após uns quinze minutos a enfermeira me chama novamente, pois o exame já havia acabado. A enfermeira explica que não conseguia achar o colo do útero, por isso pediu ajuda para a médica. Contou que quando não acha o colo do útero o exame não é bem feito. Ao final explica para a paciente que tudo ocorreu bem, que aparentemente estava tudo certo e que houve um pequeno sangramento.

A trabalhadora 3 explica para a paciente voltar dali um mês aproximadamente para pegar seus exames, e assim a consulta é finalizada.

Combino de voltar outro dia para observar mais atendimentos e, na próxima semana, quando chego de manhãzinha na unidade, deparo-me com uma cena ainda incomum para mim.

A enfermeira e a técnica de enfermagem, trabalhadora 1 estavam na sala da pré-consulta com uma mulher que chorava muito. Ela estava assim porque seu filho de 19 anos sofreu um acidente de moto e provavelmente ficará paraplégico. As duas profissionais ouvem e consolam a mulher, além de aconselhar e orientá-la em relação ao seu filho que se demonstrava muito agressivo.

A enfermeira e a técnica mostram-se muito preocupadas e condoídas com a história da mulher que ficou de tentar levar seu filho até a unidade para uma consulta com a médica.

Aqui fui capturada por um encontro inesperado. Tudo parecia ter se voltado para o cuidado dessa mãe sofredora. A enfermeira e a técnica pararam suas atividades técnicas para escutar, oferecer seus ouvidos e suas palavras para consolar a dor da mulher. Elas ouvem e orientam, parecem estar ali com aquela mulher. Elas também foram afetadas, capturadas pela situação. Antes de a mulher sair de cena, combinam com ela de tentar trazer o filho até a unidade ou de fazerem uma visita. Ali elas tentam elaborar algum cuidado mais efetivo, conversam com a médica e pensam em alguma estratégia.

Após esse encontro, fico a esperar as mulheres que agendaram o exame do Papanicolau. Por volta de quase 10h chega a primeira mulher. Dona Isaura, 56 anos. A enfermeira a cumprimenta, pede o cartão SUS e dá início às suas perguntas. Ao questionar sobre relações sexuais, a senhora responde da seguinte forma: *“Já faz mais de 02 anos que to viúva, mas nunca tive sangramento”*.

A enfermeira ouve a resposta, mas continua suas perguntas e não questiona sobre o fato de a mulher ainda ser jovem, buscar outro companheiro ou questionar sobre o falecimento do marido, demonstrando que seu estrito objetivo é a realização dos exames.

Em algum momento pergunto sobre o marido, e ela responde que ele tinha câncer no pênis, que começou como uma ferida e foi se agravando. A trabalhadora 3 não se estende nesse assunto e se volta para as orientações do Papanicolau e do autoexame da mama. Ao orientar sobre o autoexame, não questiona como a mulher o realiza; ela, já revestida pelo seu saber técnico, precisa explicar qual a forma correta de realização do autoexame. A maneira como a mulher o realiza não a interessa.

Outro atendimento me chama muito a atenção. Sou profundamente capturada pela relação que ali se estabelece.

A última mulher do dia chega para o exame. Eva, 38 anos, 02 filhos, chega à sala demonstrando ansiedade e inquietação. Logo começa a contar que perdeu uma irmã que sofreu de câncer nas axilas (linfoma) e espalhou pelo corpo e que durou de seus 21 anos de

idade até os 30, quando faleceu. Ao ouvir o relato da mulher, logo fui perguntando mais sobre a irmã, e complementou contando que foi ela quem cuidou da irmã. Eva disse “ficar com coisa na cabeça” e que fica preocupada por conta do câncer da irmã e, por fim, também diz que às vezes toma remédio para regular a pressão arterial.

A enfermeira, então, de tudo que ela falou, preocupa-se mais com a história do medicamento da pressão que é tomado de vez em quando. Então aproveita a situação e fala sobre o que é HAS, explica sobre a doença. Ela também faz algumas orientações sobre alimentação e explica que não é bom parar com os medicamentos só porque está se sentindo melhor.

De acordo com a demanda apresentada por Eva, podemos observar que houve um desencontro no cuidado e a trabalhadora cai novamente na prescrição. A enfermeira está focada em fazer orientações relativas ao Papanicolau, e não em tratar de questões subjetivas que envolvem o câncer da irmã de Eva e como a mulher se sente em relação a esse fato.

Observa-se um vínculo formatado no técnico e no protocolo. Puramente tecnicista e nada voltado para as questões subjetivas que perpassam as demandas dos usuários.

Após explicar sobre a HAS, a enfermeira pergunta se há dúvidas, e a paciente diz se sentir mais esclarecida, e completa dizendo que começará a tomar os medicamentos corretamente. Então a trabalhadora mostra o instrumento do aparelho feminino, explica que se trata de um exame para detecção de câncer de colo de útero e faz todas as explicações que também havia feito para a primeira paciente.

A mulher diz que faz mamografia todo ano por conta do problema da sua irmã e a profissional explica que aquilo é uma exceção, porque tal exame é feito em mulheres após os 40 anos de idade. A enfermeira pergunta sobre o autoexame da mama, e a mulher diz que faz, mas se queixa de ardume, ela então explica que pode ser efeitos da tensão pré-menstrual ou alguma coisa do tipo. Após conversarem sobre as dúvidas, saio da sala para a coleta do exame.

Após 10 minutos retorno à sala da enfermeira, que explica para Eva o que percebeu no exame e já orienta a marcar consulta com um ginecologista. Ao final, entrega o pedido de exame da mamografia e pede para que ela traga o cartão SUS.

Nessa consulta percebi que a mulher estava preocupada com sua saúde porque sua irmã morreu de câncer, mas percebo que a enfermeira não se preocupou e nem se voltou muito para esse aspecto, mas sim para a questão da HAS da paciente. Ali, naquele encontro, havia uma necessidade de falar mais sobre o câncer de mama ou escutar mais a paciente, porém a enfermeira não conseguiu acolher todas essas demandas.

Durante a entrevista, a trabalhadora 3 demonstra ser uma trabalhadora bastante ativa, que, como ela mesma disse, “gosta de colocar a mão na massa”:

Mas eu gosto de enfiar a mão na massa, eu gosto de ter o contato com o paciente, né, então eu meço pressão, eu faço vacina, eu to sempre em cima da enfermagem. Faço visita domiciliar, faço para as puérperas, para as mulheres que ganham neném, a gente faz a visita até o sétimo dia pra tá orientando sobre os cuidados com o recém-nascido, principalmente do aleitamento materno, é, o que mais... Ah, e a gente faz a reunião de equipe, né, e a gente tem, pra organizar tudo isso, né, a gente tem um cronograma, uma folhinha mesmo, um calendário, onde a gente vai tentando jogar aquilo lá pra tentar se organizar da melhor forma porque as coisas vêm acontecendo e vêm atropeladas, entendeu? Então se você falar assim, “ah, como é que você se organiza”. Ah, do jeito que dá, tem que ter jogo de cintura, né, porque você tá fazendo alguma coisa e, de repente, você programa uma coisa e a demanda é outra, né, então você vai se adequando (informação verbal).

Outra questão demonstra em sua fala o gosto pelo poder, por poder esclarecer, o que remete a essa questão do saber técnico verticalizado, de cima pra baixo, em que pouco considero o saber do outro, sobretudo se não for instruído:

Ai, eu gosto, eu gosto da enfermagem, eu gosto de tá junto, eu gosto de orientar, principalmente quando eu consigo esclarecer as coisas, explicar e passar, desmistificar algumas coisas, eu acho interessante isso, então eu acho interessante isso, tá mudando um pouco a concepção, né, de saúde da população. Eu sei que a gente tem que respeitar os tabus, as crendices, eles têm mesmo, “ah, eu num vou comer isso porque, depois que eu ganhei neném, se eu fizer isso vai fazer mal”, lógico que com respeito, mas tentando tá orientando melhor, né. Então eu gosto muito dessa parte, então eu gosto, principalmente da parte da orientação (informação verbal).

Ao ser questionada sobre o atendimento que mais a chamou a atenção e qual ela gostaria de conversar, ela citou o da senhora viúva e, ainda assim, parte de uma concepção de saúde puramente biológica, em que olha para a questão da perda, mas foca no biológico, no câncer do marido, sem olhar para a subjetividade da viúva, como ela se sentiu com a perda do esposo, como era estar ali para fazer o exame:

R – Ah, aquela senhora que tava contando, né, acho que era a dona Isaura, a primeira que entrou. Ela tava falando alguma coisa do marido, que ela perdeu o marido, é, então a gente, assim, fica meio que assim, penalizada, né, com ela, com a situação dela, né, da forma como que foi. É, eu tentei, você viu que eu tentei buscar da onde que foi, como que ele pegou esse câncer, da onde veio, né? De repente ela poderia ter falado assim, “ah, foi uma doença sexualmente transmissível” então [...] Ela disse uma feridinha,

mas e essa feridinha... num ficou bem claro, né. O que era essa ferida? Então isso deixa mesmo uma preocupação, um ponto de interrogação. Será que foi um câncer mesmo de uma DST? (informação verbal).

A trabalhadora também considera que seu atendimento com a senhora viúva foi satisfatório:

R – Porque eu consegui escutar, né, eu consegui perguntar, eu consegui colher dados dela, né, eu consegui fazer o exame, eu consegui orientar após a coleta, entendeu, e depois eu vou conseguir encaminhar se for o caso de tá encaminhando, né.

P – Foi satisfatório porque...

R – Porque ele fluiu, né, foi um atendimento, assim, que eu consegui ouvir, consegui visualizar, né, avaliar, né, e depois tá encaminhando se for o caso (informação verbal).

Em relação aos seus objetivos, mais uma vez se volta para o biológico. Seu foco durante todas as consultas agendadas para o exame colpocitológico era esse, realizar o procedimento. Tudo que saísse desse foco não era escutado, olhado. Com certeza seu objetivo foi cumprido porque cumpriu protocolo, conseguiu realizar os exames nas mulheres que compareceram. Mas e para as usuárias do serviço? Será que tiveram suas necessidades satisfeitas de alguma forma?

P – Você tinha algum objetivo ou expectativa em relação a esse atendimento?

R – Ah, o objetivo vem de encontro ao próprio exame, né. A descoberta precoce do câncer de mama, então a gente já faz pensando nessa, e aí iniciar o mais precoce possível o tratamento, né. Então você já vê isso, né. E a saúde da mulher que eu gosto, eu acho assim que, ela flui, ela evolui, ela cresce durante o tempo que você tá aqui, então eu num tenho pressa de atender, né, talvez a coisa ruim é que as outras fiquem esperando, mas as meninas tomam cuidado de marcar de meia em meia hora por quê? Porque eu ouço mesmo, eu explico, eu converso, eu tiro dúvida. Num sai sem a dúvida. Então a minha expectativa é essa mesmo, de tentar descobrir de forma precoce o câncer de mama e orientar essas mulheres. (informação verbal).

Em uma de suas falas, afirma a prática do acolhimento, assim como foi observado em situação de encontros não marcados, imprevistos, pelo qual ela não esperava ocorrer, realizando um acolhimento e atendendo às demandas do outro:

P – Entendi. E como você lida com as demandas que os usuários trazem pra você?

R – Ai, como eu lido, assim, primeiro que eu num mando ninguém embora. Quem chegar aqui e quiser falar, a porta tá aberta. Se eu tô fazendo alguma

outra coisa, eu peço pra aguardar e a gente combina um outro horário, mas quem procura o serviço, a gente tem que poder, né. Eu posso até não conseguir resolver o problema, mas eu estou solidária a ela, né. Eu acho que isso é muito importante. (informação verbal).

Enfim podemos observar que a enfermeira também possui suas nuances. Em alguns momentos apresenta-se bastante rígida com o protocolo, com a realização daquilo que é seu foco de trabalho, e isso fica perceptível quando se trata do agendamento, da consulta agendada, da hora marcada. Percebo que o cuidado não agendado, não marcado, ocorre de forma muito mais ampliada e real do que quando há algo agendado que precisa ser realizado como está no protocolo.

Ela também consegue olhar para as necessidades dos outros em alguns momentos.

Ao final da entrevista, a profissional tenta se voltar para o cuidado, porém retorna ao protocolo:

R – Mas olha só, é, tem alguns que falam sim, mas a saúde da mulher interessa a todas nós. Então é um assunto que você canaliza, não tem jeito. Sabe, ela pode até falar de algum outro problema, mas como é uma coisa interessante, ó, lembra aquela palestra que a gente foi fazer? Aquilo é canalizado ali, você num... eventualmente sai disso, mas na maioria das vezes a dúvida é isso, porque que eu tenho isso, porque que eu sinto isso, porque que me apareceu isso. Entendeu?

[...]R – Então, menina, é isso que eu tô te falando, é complicado e, por exemplo, quando eu vou, antes de colher, eu já vou na agenda ver quantos tem, porque aí eu tento organizar o meu tempo, porque, por mais que ela queira ouvir, a gente pode até combinar um retorno pra gente ,né, pra gente continuar batendo papo, né, conversando, mas aí eu já tenho que ver quantas tem ali na agenda pra eu poder falar assim, ó, “não, aqui dá pra encaixar um pouquinho mais, dá pra ficar um pouquinho mais ouvindo, ou então eu vou ter que dar uma acelerada aqui, né, e vai contornando a situação. (informação verbal).

5.5. Trabalhador 4

As cenas que se seguem serão protagonizadas pelo trabalhador 4, um ACS que possui algumas singularidades bem peculiares em relação às suas questões profissionais. Além de seu trabalho como ACS, exerce a função de técnico em radiologia em um hospital da cidade, possui um bar em sociedade com um amigo e já deu aulas em uma escola técnica. Enquanto estava na exploração do campo, cheguei até a perguntar por onde andava o ACS, pois nunca o via, então alguns trabalhadores me contaram sobre seus outros ofícios. Aí ficava me

perguntando: Como dar conta de fazer bem todos esses serviços? Um não excluiria o outro? Realmente, o ACS sempre descontara suas saídas no banco de horas e nunca parecia estar por inteiro no serviço lá dentro da USF.

O trabalhador 4 também contara em entrevista que seu sonho sempre fora trabalhar em um hospital renomado, já demonstrando sua preferência pela alta complexidade:

A minha primeira vez aqui, eu via a administração da Santa Casa e tinha aquele peso, o nome Santa Casa de Franca, e eu nunca imaginava que eu ia tá um dia trabalhando aqui, eu sonhava, né: “um dia quero tá num lugar tão grande como esse, né” [...] Eu não consigo trabalhar fora, e se possível, dentro do hospital. Eu tô fazendo gestão hospitalar, terminando em agosto agora. (informação verbal).

O ACS também se mostrou um profissional já desgastado pelos problemas de gestão que têm influenciado sua ação dentro da saúde da família. Além disso, também é visto como aquele profissional que fala, reivindica, reclama, “coloca a boca no trombone”, como uma “ovelha negra” do serviço:

Por questões de gestão eu já me sinto desvalorizado, desmotivado, por questão de gestão. Às vezes, vou citar, a limpeza de um terreno no bairro que você vê que tá ali, que pode comprometer a saúde de todo mundo que tá no bairro, inclusive a nossa, e você não ser atendido, entendeu? Mas aí passa um tempo x e continua a mesma coisa, aí você vai tentar expor numa reunião, igual aconteceu comigo, você expõe numa reunião e os outros colegas, talvez são agentes, mas de outro setor fala, vira a cara pra você, nesse sentido. (informação verbal).

Diante de todas essas questões que permeiam o ACS, narro agora seus encontros com a população de sua área.

Enquanto íamos caminhando até chegar à sua área, que não era tão próxima à unidade, o ACS ia reclamando da gestão do sistema de saúde, da enfermeira de sua unidade e dos inúmeros cursos desnecessários e obrigatórios que o impossibilitavam de realizar suas visitas mensalmente.

Fomos a uma casa e ali ficamos, na calçada, conversando com uma senhora que cuidava da casa de alguns padres, e ela contava esse fato com muito orgulho, mas o trabalhador não estava interessado no seu trabalho com os padres, ele queria mesmo era preencher a ficha do e-SUS, uma vez que, na caminhada das visitas, o ACS havia me explicado que, nesse momento, só faz visitas de cadastro pro e-SUS porque eles têm uma meta a ser cumprida até o mês de julho.

O ACS não se estende muito ali, já que a senhora não tinha os dados para fornecer, e já parte para a casa da vizinha.

Essa vizinha era Rosa, não aparentava ter mais que 40 anos de idade, magra, braço marcado por cicatrizes de queimadura. O trabalhador a cumprimenta e questiona sobre sua pressão arterial; ela responde e ele aconselha que ela procure a unidade de saúde. Logo em seguida o ACS já lança mão de seu único objetivo e pergunta se pode entrar porque tem um questionário para responder, o e-SUS. Rosa consente e nos indica o caminho de entrada. Casa simples, bem limpa e cuidada. Passamos pela cozinha e nos sentamos na sala. Ali, naquele encontro, sou capturada pelas suas marcas de queimadura espalhadas pelo corpo. Não consigo ver todas, mas acredito que seu corpo contenha muitas marcas. O que se passou com aquela mulher? Seria um acidente doméstico?

O ACS parece não se preocupar com as marcas, talvez já saiba da história e mantém seu foco. A mulher fala que há 7 anos não passa no hospital, sendo que a última vez foi quando foi queimada com álcool. A história me chama a atenção, mas ela fala pouco, então respeito. O trabalhador não entra no assunto e apenas, de cabeça baixa, escreve na ficha do e-SUS. Além dessa fala das queimaduras, Rosa complementa contando que tem um filho de 19 anos que está preso e que já passou até pela Fundação Casa por tráfico e roubo. O ACS não interage muito com essas informações, sempre de cabeça baixa, vai completo o cadastro do e-SUS. Ouço a história da mulher, porém ela não ecoa para o lado do trabalhador 4. Seu único ruído é em relação ao cadastro do filho; assim que ele sair da prisão, é colocado novamente no cadastro da unidade.

Ali parece que nada repercute. O trabalhador mantém seu foco e nada mais ecoa ou faz sentido para ele, parece que nem ouve o que está sendo dito! Após certo tempo a visita termina, afinal, foi cumprido o objetivo de preenchimento de protocolo e nos despedimos. O ACS diz que as visitas “formais” acabaram e que agora ele me mostraria outra área sua: *“Agora vamos conhecer minha área”* (referindo-se à área em que tinha mais intimidade e amizades), e me leva para outra rua. O profissional agora parece ter sofrido uma mudança, parece ser outra pessoa, agora solto, mais “informal”, mais próximo. Ele deixa o e-SUS de lado. Agora vai saber como estão seus “amigos”. Enquanto íamos passando pela rua, o ACS cumprimentava a todos que ali estavam, sendo um deles o Sr. Carlos, que fala de uma receita que precisava ser trocada, porém havia ido hoje à unidade e não tinha médico. A ação do ACS, então, é olhar e ouvir sua necessidade. Ele está atento àquele encontro, consegue ouvir o outro, há uma conexão que

acontece nesse momento. Envolvido com a situação, pega a receita para ver se consegue trocá-la, afinal é de um medicamento de uso contínuo, e o paciente não pode ficar sem!

Ao chegar à unidade, a primeira coisa que o ACS faz é procurar um médico e passar pela consulta no lugar do usuário, o senhor Carlos, para trocar sua receita e pegar o medicamento. O médico que atendia concorda e essa troca de receita é contada como consulta no sistema.

Depois o trabalhador 4 afirma que deixaria a receita na casa do paciente, pois poderia fazer isso para seu paciente, que não precisaria ir até a unidade.

O ACS parece ter me mostrado duas facetas de sua relação com as pessoas de sua área. Primeiramente se mostra totalmente focado no preenchimento do e-SUS. Não quer saber de mais nada, apenas de preencher o tal cadastro. Já em outro momento me leva a ver um outro lado, mais próximo dos usuários, mais íntimo. Parece que naquela rua se sente até amigo de todos, busca saber do que estão precisando, quais suas demandas, e as levam para a unidade de saúde. Chega até a contar que entra nas casas, senta, toma café, vai ao bar e come uma bolacha com as crianças, para na casa de um, senta e ouve rádio.

Durante a entrevista, o trabalhador 4 descreve seus atendimentos marcados pelo modelo biologicista e pautado em orientações superficiais.

O ACS também se mostra bastante próximo de seus “pacientes” e reproduz um discurso de cuidado e de ajuda a esses usuários do serviço de saúde, definindo suas ações enquanto de orientação e estabelecimento de vínculos:

[...] Aí você vai lá, conversa com ela, “ah, posso ver a receita?”. Olha a receita, confere com os medicamentos, ah, a pessoa num tem leitura? Você pega a caixinha, desenha um solzinho lá, e explica que esse toma de manhã e desenha uma lua no outro e toma a noite. Instrui certinho. É uma atenção que às vezes a pessoa num tem na família e a gente dá. Isso fazemos em vários casos. Até questão de higiene mesmo, às vezes, orientar, “você almoçou agora, mas num precisa ser agora, tem que manter a louça limpa porque pode vir uma varejeira, pode vir moscas”. Tem que assim, dar uma orientação. É bem devagar esse trabalho porque, assim, até você entrar na casa da pessoa, mas por causa de confiança, demora um pouco, porque num é no primeiro dia que a pessoa te viu que ela vai abrir as portas das casas pra você, mas devagarzinho você vai conseguindo conquistar e aí você vira um ente da família praticamente (informação verbal).

Ao falar de sua visita na casa de dona Rosa, explica que cumpriu seus objetivos porque conseguiu preencher o cadastro do e-SUS, e ainda completa dizendo que foi um caso

de sucesso. E esse sucesso foi por parte do trabalhador, pois sua demanda naquele momento era cumprir com os cadastros. Mas e a demanda de dona fulana? Quais eram suas necessidades? Ele conseguiu ouvi-la? Parece-me que não. Ficou ali, focado no seu objetivo, voltado para si e suas necessidades.

Outro atendimento que chamou a atenção em relação à sua prática foi o caso do senhor Carlos, em que o ACS pega sua receita e passa pela consulta no lugar do paciente. Durante a entrevista, ele justifica sua prática:

[...] igual o Carlos que tava fora da visita mas que ele me procurou por ser agente da área, porque ele tava precisando de uma consulta pra hoje pra não acabar os medicamentos dele. Ele tem só oito comprimidos e vai dar só pra quatro dias. E só tem consulta pra daqui quinze dias. Então ele ficaria nove dias sem medicamento, mas no caso não vai ficar, porque deu certo. Teve uma desistência e eu encaixei ele através da recepção, a enfermagem autorizou eu passar na consulta por ele pra poder trocar a receita, era só troca, o médico não precisava ver ele, era só troca de receita e eu entreguei pra ele (informação verbal).

Outro fato que chamou a atenção foi em relação ao ACS querer fazer tudo pelo paciente, como se ele não fosse capaz de ter atitudes em relação às suas questões, demonstrando mais uma vez o olhar de piedoso e de incapacidade para com o outro:

[...] eu procuro fazer tudo que dá pra fazer pra entregar o produto final pro paciente. Se eu não conseguisse fugir da minha limitação e precisasse de uma segunda pessoa.

P – Você acha que isso é função sua?

R – Eu me sinto. Num é... num seria obrigação, mas eu sinto o dever de fazer por estar ali trabalhando com isso. Num vou fazer só o básico ali e pronto.

P – Por exemplo, pra você não seria suficiente orientar, por exemplo, falar: “ô, fulano, vai e liga lá em tal lugar”.

R – Não, até mesmo porque se eles forem atrás, corre o risco dele não fazer, ou por rotina da casa ou por comodismo e como parte do trabalho nosso é prevenção, se ele não fizer vai faltar medicamento dois, três dias e aí ele pode ter uma convulsão, aí ele vai voltar no postinho de novo pra poder precisar realmente de uma consulta e pode ser que não tenha.

5.6. Trabalhador 5

Em uma manhã saio em visita domiciliar com a trabalhadora 5, ACS que trabalha na USF há cerca de 10 meses. É uma mulher bastante tímida, que possui dificuldades para falar em público e se expor. Quando precisa participar de algum grupo dentro da unidade, prefere auxiliar de outra forma, como na organização do material. Ao falar sobre seu trabalho, afirma que *“é um serviço muito gostoso. Sei lá, acho que é muito humano, sabe você poder ajudar as pessoas, e eu gosto”*.

Ao sairmos para as visitas domiciliares, a trabalhadora 5 me mostra sua área, a mais próxima da unidade. Em poucos segundos já estávamos na primeira casa, onde não havia ninguém. A ACS nem precisou bater, pois já sabia que ali não havia ninguém. Ela já conhece muito bem quando não estão em casa. Ela diz que, sempre que há alguém em casa, pelo menos uma janela fica entreaberta.

Então subimos uma rua em direção a uma próxima casa. Também não havia ninguém.

Partimos para a terceira casa. Era uma casa com uma banca de pespontos⁵. Aqui a casa é também local de trabalho! Do lado de fora, onde estávamos, era possível ouvir o barulho da máquina de pesponto. A trabalhadora 5, então, bate no portão. Algum tempo depois ouvimos o barulho da máquina parar e uma mulher sai para nos atender. A visita é realizada ali mesmo, na calçada. Por questões do trabalho, a mulher se mostra bem objetiva, parece que queria que a visita fosse breve, pois estava trabalhando.

A ACS, mesmo assim, sem perguntar se seria melhor que voltasse em outro momento, realiza a visita em cima das perguntas da Ficha A! Pergunta se houve internações, exames, a última aferição de pressão arterial, questiona sobre as outras pessoas da família, e depois pergunta do exame papanicolau. Ali a mulher conta que há 6 anos não faz o exame. A ACS demonstra preocupação: *“Nossa, mas é bom fazer! Quer que eu marque pra você?”* Nesse momento a mulher diz que por enquanto não e que precisa passar na unidade de saúde naquela semana, e que então já aproveitaria para marcar esse exame. A ACS consente e agora tenta ser breve, ao perceber que a mulher precisa voltar para o trabalho. Então já aproveita e fala do cadastramento do e-SUS e avisa que vai deixar as fichas para que a mulher responda num momento melhor, uma vez que ali não daria. A mulher concorda e nos despedimos. Ao sairmos da casa, a trabalhadora desabafa em relação à dificuldade de as mulheres aderirem ao exame Papanicolau e disse não saber o que fazer em relação a isso. Demonstra preocupação sobre a mulher que há 6 anos não faz o exame.

⁵ Banca de pespontos são oficinas de trabalho localizadas no ambiente doméstico que prestam serviços à indústria de calçados.

Aqui percebo que algo a afetou nesse encontro. Ela precisaria fazer alguma coisa em relação a esse exame de Papanicolau, mas se sentia de mãos atadas, não sabia como lidar com situações como essa. Era uma necessidade em saúde! A mulher precisava estar em dia com seus exames! O que poderia ter sido feito nessa intervenção?

Enquanto as perguntas pairam sobre cabeça da profissional, chegamos à próxima casa, e quem nos atende é uma adolescente. A ACS pergunta pela dona Aurora, a menina então a chama e vem a senhora, lá dos fundos, nos recepcionar. Logo nos convida a entrar. É uma casa com reboque, muito simples e bem suja, parece que está passando por reformas. Entramos e nos sentamos num sofá muito velho e empoeirado.

A ACS cumpre seus protocolos e sua meta de fazer as perguntas da ficha A, e já emenda dizendo que precisa fazer um novo recadastramento, o famoso e-SUS, e para isso precisa fazer algumas perguntas. A senhora concorda em responder.

A trabalhadora 5 dá início a uma série de perguntas que constam do cadastro do e-SUS: faz perguntas sobre a situação da casa, sua estrutura, e depois pergunta se a senhora utiliza plantas medicinais, faz uso de chá. Aqui algo me chama muito a atenção, pois a senhora, envolvida nas questões, responde afirmativamente a última questão e diz que gosta muito de alecrim, hortelã e babosinha – *“Ó, eu tomo a babosinha, mas num conta pro médico não, tá, porque eles num pode nem saber. Num usa mais isso, né?”* e a ACS apenas sorri. Não consegue explorar a resposta da senhora, afinal ela foi treinada apenas para fazer perguntas e orientações pontuais. Como é difícil sair do modelo imposto!

Outra cena muito interessante foi quando dona Aurora contou que também usa alecrim como tempero e que ela compra em pó no supermercado. E disse que depois nos mostraria seu pé de babosinha e o alecrim.

Ao término do questionário, quando foi nos mostrar o alecrim, na verdade ela estava usando *“sazon com toque de alecrim”*. A ACS olha espantada, sorri e explica que aquilo era um tempero que havia uma quantidade de sal muito alta, então ela teria que diminuir seu consumo, pois era hipertensa. Aurora explicou que usava bem pouquinho (e quando estávamos na sala, contou que em tudo ela e suas filhas usavam o tal do alecrim).

A ACS ouve as explicações da senhora ao nos mostrar suas plantas e, logo em seguida, nos despedimos e partimos para a próxima visita. Era a casa de dona Marta. A trabalhadora bateu palmas e logo apareceu uma mulher de pijamas. Ela abriu e nos convidou a entrar. Sentamo-nos na sala. Era uma casa grande, fechada, com garagem, e até organizada. Marta cuida de seu sogro de 75 anos de idade. Logo que nos sentamos, Marta já apresenta sua

angústia: “*O que eu faço? Ele (sogro) tem resistência em relação à vacina da gripe. Ele não toma porque disse que seu antigo médico o proibiu de tomar a vacina*” (por ser alérgico a alguma substância, como se também não pudesse comer ovo).

Marta conversa muito. Após ouvi-la, a ACS orienta a mulher a procurar a enfermeira ou o médico da unidade para sanar a dúvida, porque ela não saberia responder se o senhor poderia ou não tomar a vacina, mas que seria muito importante investigar junto à unidade de saúde.

Além da situação apresentada, Marta conta que cuida sozinha do sogro porque seu marido faz uso abusivo de álcool, então não ajuda, e os outros filhos também não ajudam. A ACS ouve, porém não faz nenhuma intervenção em relação a esse desabafo da cuidadora. Após ouvir, a trabalhadora 5 se volta para o seu único objetivo, o cadastro do e-SUS, mas como a mulher não tem muita informação do marido, ela interrompe e deixa as fichas na casa da mulher.

Enquanto estávamos realizando a visita à dona Marta, um fato curioso acontece: uma senhora bate à porta; é a vizinha, dona Clotilde. Marta sugere que a ACS já faça a visita para dona Imaculada na sua casa mesmo, ela concorda e começa a fazer perguntas para a senhora. O que me chama a atenção nessa visita dupla é que a maioria das respostas da vida de Clotilde quem dá é Marta. Clotilde não fala muito por ela. Ao ser questionada do marido, dos seus problemas de saúde, quem responde é Marta, e Imaculada apenas concorda. Após ouvir as senhoras, nos despedimos e voltamos para a unidade.

Durante a entrevista, a ACS mostra-se uma profissional bastante comprometida com suas atribuições e focada nos seus objetivos:

R – Ah, eu acho assim, no caso, tá sempre ajudando as pessoas, como eu já disse, no que elas precisarem, entendeu? O que mais eu posso falar. Ah, tá levando informação pras pessoas, orientação, que é nosso trabalho, orientar, é prevenir, o preventivo. Mais é orientação, você vê que as pessoas, cumprem, né, tá passando pra elas, elas acolhem. Mais é isso, é orientação.

P – E todas as visitas que você faz são iguais? No sentido das perguntas que você faz...

R – As perguntas que a gente tem geralmente são iguais (informação verbal).

Em relação aos seus objetivos, mostra-se bastante voltada para o modelo hegemônico e enxerga saúde enquanto um completo bem-estar físico e vê sua função como de orientação e prevenção de agravos:

R – Ah, quando a gente entra numa casa, a gente espera que todas as pessoas, no caso, estejam bem, né. estejam bem de saúde, se tratando, se prevenindo contra doença, fazendo exames. É isso que eu espero em todas as casas que eu vou.

P – Entendi. E quando você vai, você tem algum objetivo a ser cumprido?

R – Ah, assim da visita realizada, do trabalho sendo feito, né. Ai, o que eu posso dizer é isso, a gente tá levando nossa área que é orientação e prevenção. Espero que seja isso.

P – Entendi. O seu objetivo é chegar na casa, orientar e passar informações.

R – Isso, e o que ela tiver precisando também, e a gente puder ajudar em alguma coisa que ela tiver precisando. Eu penso assim, vamo supor, eu chego na casa de uma pessoa e se ela tiver precisando de uma consulta, um exame. É o que eu posso fazer por ela e depois levar a informação até lá (informação verbal).

Há um misto na fala da ACS em buscar realizar as necessidades dos usuários do serviço de saúde e as suas próprias necessidades. Aqui as suas necessidades se misturam às das pessoas atendidas, e ela já não consegue distinguir o que é seu o que é outro, ou, ainda, não consegue enxergar qual a necessidade do usuário por estar tão focada nas metas a serem cumpridas ou nos protocolos a serem preenchidos.

Por outro lado, em alguns momentos, ela consegue reconhecer a necessidade do outro e tenta ajudar à sua maneira, buscando orientações e ajuda com outros trabalhadores da equipe:

E que nem a gente ficou preocupada com o negócio da vacina do seu Osvaldo. Eu num sei se ele vai poder tomar. Eu passei a orientação e pra procurar a ajuda médica, da enfermeira, alguma coisa assim. Espero estar fazendo o certo, né, porque eu também num posso dar uma orientação que ele talvez, né.

[...] Então, muitas coisas que eu vejo na casa assim, eu sempre trago pra enfermeira, o que eu posso tá fazendo. Da outra senhora lá eu perguntei sobre a amoxicilina, se tem injetável que eu não sei, então muita coisa eu trago pra cá, pergunto e depois eu levo a resposta, porque muita coisa eu num sei, entendeu? Mas também não oriento, esse negócio de remédio caseiro, o pessoal começa a contar nas entrevistas na visita que a gente faz, sabe. Eu num oriento não. Que nem a senhora lá da babosa, vai e passa aquilo. Eu nunca vi e então a gente fica meio assim, mas eu num aconselho não (informação verbal).

A ACS mostra-se uma trabalhadora envolvida com suas funções e bastante disponível. Ela procura cumprir todos os protocolos e atribuições, porém permanece no modelo biologicista de atuação, tornando-a limitada a orientações; ela se preocupa em orientar bem os usuários em relação a questões puramente biológicas. Além disso, também demonstra total

disposição em ajudar, orientar e retirar dúvidas. Ela se coloca, vai até a casa do outro quantas vezes forem necessárias a fim de exercer sua função da melhor maneira que encontra:

R – Eu passo lá, às vezes ela deixa um telefone, eu ligo, mas como eu tô sempre na rua, de manhã eu tô sempre na rua, aí eu passo na casa da pessoa e dou um recado.

P – Você não chega a esperar o próximo mês da visita?

R – Não, não, de jeito nenhum. Porque eu falo assim, amanhã eu vou tá voltando nessa rua de novo, eu num terminei a rua, né, como minha área é próxima, né, eu falo “não, amanhã eu tô voltando aqui, eu passo aqui e dou uma resposta pra senhora.” Consulta é a mesma coisa, eu venho aqui e marco, marco no papelzinho e levo pra pessoa (informação verbal).

Outra questão que chama a atenção é seu olhar em relação ao outro, como se fosse desprovido de autonomia para lidar com suas questões ou não fosse capaz de ter uma ação favorável, além de demonstrar sua dificuldade em conversar sobre questões que fogem do seu protocolo:

P – Tem alguma coisa que você não consegue fazer as orientações?

R – Não, tem uma casa assim que a gente conversa bastante e acaba às vezes que muda um pouquinho de assunto, né, mas eu acho que é, o caso da, tem uma senhora que ela é bem carente, bem carente e ela gosta de conversar muito sabe; é só ela e o marido, os filhos num vem visitar, então ela acaba... sempre que eu chego lá sou bem acolhida, ela me chama pra entrar, fico muito tempo também, só num fui lá hoje porque eu já tinha ido na casa dela. Mas então, e aí ela acaba mudando um pouquinho do assunto, né. Quando eu vou lá sei que vou demorar mais um pouquinho, mas eu acho que compensa, é gratificante. Como ela é muito carente dá pra... ela gosta de conversar. Eu acho que ela gosta sim. Quando eu vou lá, né, mas, assim, da saúde dela, né, dá pra passar bastante coisa pra ela sim. E ela num tem com quem conversar.

[...] São pessoas simples, humildes. No caso é isso. São pessoas que necessitam mesmo do serviço público.

A trabalhadora mantém um foco biológico no desempenho de suas funções, em muitos momentos não consegue dar vazão para a necessidade do outro, porém tenta ouvir a demanda e fazer o que acha que cabe a si mesma. Na maioria dos casos reduz sua intervenção a marcação de consultas e orientações biologicistas. Também busca tirar dúvidas com outros trabalhadores e depois busca dar uma resposta para o usuário.

5.7. Trabalhador 6

Em uma manhã meio fria chego à unidade logo cedo, e um clima estranho pairava no ar, um clima tenso; pensei que talvez fosse por conta da reunião de equipe que teria na próxima sexta-feira. Mesmo com esse clima, saio em visita acompanhando o trabalhador 6, ACS que trabalha na ESF há 08 meses. É uma pessoa que possui um discurso coerente com sua prática. Diz que o trabalho como ACS tem sido uma boa experiência, inclusive para que ele possa saber quais caminhos a rede possui para poder oferecer aos usuários do serviço, além de ser uma forma de ajudar.

O trabalhador 6 acredita que seu trabalho é muito importante devido ao contato que possui com o paciente em sua própria casa, pois aqui há a possibilidade de observar os pontos críticos que há no domicílio, como a convivência familiar, a higiene da pessoa com a casa dela e a questão de vetores também, como os terrenos baldios que existem na sua área. Ele acredita ser o elo entre a unidade e a casa do paciente.

A primeira casa em que paramos era de alambrado e tinha aproximadamente 4 cachorros. Quem nos recebe é uma senhora, a dona Rita, que já vai explicando que não nos convidaria a entrar por causa de seus cachorros. Então a conversa acontece ali na calçada.

Nessa primeira visita já me sinto afetada pelas necessidades da senhora. Ela estava sobrecarregada, precisava desabafar, falar das suas dores e de tudo que havia acontecido nos últimos dias. O ACS parece ser afetado de alguma forma, inclusive deixa o cadastro do e-SUS de lado para realizar a escuta de dona Rita. Em alguns momentos faz algumas orientações, aconselha e interage naquele momento.

Dona Rita começa a descarregar tudo que estava guardado há dias. Ela conta de seu filho, que havia alguns dias que estava numa casa de recuperação para dependentes químicos por conta de problemas com o álcool. Disse que foi porque estava bebendo muito, já havia batido o carro e tinha perdido tudo gastando com bebidas. Contou que ele começou a beber depois que sua esposa o largou. Após desabafar sobre seu filho e escutar palavras de consolo do ACS, também contou sobre seu outro filho, Sérgio, que tem um problema grave na medula. Então o ACS pergunta mais sobre o problema do filho. Depois de conversarem um pouco mais, dona Rita ainda conta de seu sobrinho que morreu na semana passada e que estavam todos muito abalados porque teve um infarto e era muito novo. Depois de contar tantas coisas, disse que se sente muito sozinha e por isso era muito boa a visita, porque assim ela tinha com quem conversar um pouco.

Após ouvir, aconselhar e orientar a senhora, o trabalhador 6 se dispõe, dizendo que quando ela quisesse e sentisse necessidade, poderia procurá-lo na unidade para conversar, além de fazer orientações sobre primeira saída de seu filho da casa de recuperação. A senhora agradece as orientações e a escuta, afinal ela tinha uma necessidade que foi vista e acolhida.

Caminhamos alguns passos, o trabalhador demonstra preocupação com dona Rosa, e chegamos à segunda casa. Percebo que essa visita do ACS também é marcada por um cuidado sutil e pelo “ouvir”.

O ACS chama pelo senhor e, após alguns segundos, ele aparece ali na porta, um senhor alto, branco, com pouca barba, de uns 70 anos aproximadamente, meio desconfiado até conseguir identificar que quem o chama é o ACS que o cumprimenta e ele nos atende do lado de fora da casa.

O ACS começa questionando a respeito de seu estado de saúde. Senhor Pedro conta que sua filha iria até a unidade de saúde da família tentar uma consulta pra ele. Então o ACS faz perguntas relativas ao seu exame das vistas; senhor Pedro responde, e logo em seguida, com pesar no olhar e na voz, conta que seu carro foi depredado por adolescentes na porta de sua casa.

O ACS ouve toda a história, conversa sobre o assunto, o acolhe com palavras e faz orientações a respeito do que poderia ser feito em relação a essa situação, e depois já pergunta sobre a revalidação de sua CNH. O senhor diz que ainda não havia dado certo por conta dos seus exames de vista.

O trabalhador 6 diz que, se sua filha não tiver conseguido marcar a consulta, ele a marcaria e depois voltaria pra avisá-lo e aproveita e se volta para questões biológicas, questionando se o senhor já havia tomado a vacina da gripe, e ele responde prontamente, como se aquela pergunta não fosse feita pra ele: “*Não tomo vacina*”. O ACS ouve a resposta do senhor Pedro, não o condena, porém fala da importância de tomá-la num tom de orientação e deixa o senhor livre para escolher o que fazer.

Aqui o ACS não impõe seu saber, ele apenas orienta e deixa que o usuário escolha aquilo que achar melhor.

Durante a entrevista, o trabalhador trouxe o que pensa sobre seu serviço:

[...] Pra mim eu acho que é de orientação e diminuir os agravos, né, porque uma pessoa orientada ela vai conseguir evitar que uma doença desenvolva pra uma coisa mais grave. Igual no caso de uma pessoa que tem diabetes. Se ela souber que ela num pode comer doce, num pode exagerar no arroz, no carboidrato, ela vai conseguir evitar que aquela coisa desenvolva pra alguma coisa pior (informação verbal).

Trata-se de uma visão também voltada para o biológico, porém, ao falar sobre seus atendimentos, consegue ir além do biológico e perceber questões de outras ordens, como no caso da primeira visita, em que consegue realizar o acolhimento da demanda:

R – Então, ela é uma pessoa que vai precisar de ter mais atenção, né, por conta do filho dela tá internado e é um tipo de coisa que envolve todo mundo. Não só ela e o filho, mas os irmãos dele também. Todo mundo precisa tá ajudando nesse momento que ele está passando.

P – E como vê essa visita? Que avaliação você faz dessa visita?

R – Ai, num sei te falar. Foi bom por conta que ela desabafou, né, que era uma coisa, igual ela falou que num tem vizinho pra conversar, num tem amigo, e é uma forma que ela tem de tá passando pra alguém o que que ela tá sentindo, o que que ela tá vivendo e é bom também que a gente pode tá orientando onde ela buscar, que atitude que ela pode tá tendo, e é, tipo, a gente recebe ela com porta aberta. Tudo que ela precisar ela pode tá vindo aqui e o que a gente puder ajudar.

P – E quais eram seus objetivos em relação a essa visita?

R – Essa visita? De conseguir minimizar a angústia dela ao máximo. Num tem muito o que fazer. O que a gente pode tá é conversando e falando pra ela o que que, que atitudes ela pode tá tomando (informação verbal).

A fala do ACS expressa o seu envolvimento durante esse encontro. Apesar de tentar realizar o cadastro do e-SUS durante essa visita, percebeu qual era a demanda de dona Rita, abriu mão de suas necessidades e teve uma prática coerente com o que ela precisava naquele momento. Isso demonstra o quanto o trabalhador está envolvido e aberto ao cuidado do outro.

Outra questão que chama atenção é sua tentativa de se adaptar às famílias, uma vez que isso o auxilia a reconhecer suas necessidades e seu funcionamento, o que remete inclusive até à certa capacidade de se colocar no lugar do outro:

[...] Eu tento me adaptar com o perfil da família. Igual, se é uma pessoa que é mais fechada, eu tento respeitar o máximo, eu não tento ficar forçando a pessoa me falar o que tem, porque eu acho que vai chegar um momento que ela mesma vai querer desabafar. Se ela não quiser, eu não forço muito, mas eu acho que vai, é adaptação no perfil da família mesmo. Mudar o jeito de abordar pra conseguir uma coisa a mais.

P – Igual, o Sr. Pedro já é mais fechado.

R – O Sr. Pedro ele é mais fechado. Eu deixo ele falar, aí conforme eu vou vendo que ele vai dando brecha, eu vou brincando, pergunto (informação verbal).

Aqui ele trata sobre se ter perfil para trabalhar na ESF e o quanto isso influenciaria os encontros com os usuários do serviço

[...] Eu acho que é mais isso mesmo, que é a questão do perfil, do saber ouvir, saber conversar com a equipe, ter o apoio de todo mundo. Num tem muito segredo, mas só que se não funcionar direito, o pouco que você faz vai por água a baixo.

P – Tem que tá todo mundo envolvido, né, nesse mesmo objetivo, independente de acreditar ou não, mas tem que tá disposto a...

R – Tem que tá disposto a tentar, mesmo que você não acredite naquilo (informação verbal).

5.8. Trabalhador 7

Em uma manhã saio em visita com o trabalhador 7, ACS, uma pessoa silenciosa, não possui muito entrosamento com os outros trabalhadores da equipe, nunca tem hora pra chegar à unidade e sempre sai mais cedo do que seria permitido, ou seja, muito raramente cumpre sua carga horária na USF.

Ao ser questionado sobre sua postura diante do seu trabalho, justifica dizendo:

Tipo, porque é assim, sabe o que que é, se você faz 10% ou se você faz 100%, você vai ganhar do mesmo jeito. Então porque você vai fazer 100%? Por que você vai se dedicar 100%? Vai dedicar 10% e vai ganhar do mesmo jeito. A maioria dos funcionários públicos pensa assim e todo mundo sabe que funcionário público tem mais ou menos essa mentalidade. (informação verbal).

Ao falar sobre seu trabalho, reflete sobre o funcionário público no país:

O problema é que... assim, o trabalho é muito bom, de agente comunitário, o que é ruim é ser funcionário público, porque funcionário público você num é valorizado por sua eficiência, você pode ser o cara mais eficiente, talvez algum dia alguém vai te reconhecer, mas é muito aquele jogo de amizade, cara. Tipo, se você é amigo de certa pessoa, você tem muitas vantagens (informação verbal).

Chegamos à primeira casa. O ACS bate no portão e logo aparece um senhor, que já diz que no momento estão dando banho em sua sogra, e pergunta se poderíamos voltar mais tarde. O trabalhador 7 concorda e continuamos caminhando pela rua. Paramos em frente a uma casa em que havia três pessoas. Duas estavam sentadas costurando sapato e a outra mulher conversava com o casal.

A cena se assemelha a um bate-papo entre vizinhos. O ACS ali os escuta, passa algumas orientações e aproveita para deixar com as pessoas ali presentes o questionário do e-SUS para que elas o preencham, e combina que dali alguns dias retornaria para recolher as fichas.

O ACS explicou que acha melhor deixar a folha com a família porque se trata de uma ficha muito extensa, e que isso ocuparia muito o tempo das visitas, então deixa com as famílias e depois as pega preenchidas (pensei: seria essa a melhor maneira? E as famílias com dificuldades na leitura e escrita? Ou com dificuldades de compreensão? Como ele faria?)

Após um tempo ali, com aquelas pessoas, nos despedimos e partimos para a próxima casa. O ACS bate no portão e quem nos atende é um senhor que nos convida a entrar. Entramos na casa e ficamos na sala (ali havia uma estante com vários livros e CDs e também um computador) conversando com o senhor cheio de opiniões. Fico impressionada com suas falas, sua orientação e o quanto estava em contato e envolvido com notícias e temas atuais. Então, entre uma conversa e outra, o trabalhador 7 perguntava de cada membro da família, perguntava dos problemas de saúde (principalmente hipertensão arterial - HAS e diabetes mellitus - DM), evidenciando seu foco também no biológico.

O trabalhador então o orienta e entrega informativos de uma alimentação melhor para quem é hipertenso e sofre com problema relativo ao ácido úrico.

Toda a ação do ACS é movida pelas questões biológicas. Ele ouve os usuários, tem essa abertura ao ouvir, porém se limita a fazer orientações de ordem biologicista. No final da visita, ele deixa as fichas do e-SUS para serem preenchidas pela própria família.

Após as orientações, nos despedimos e voltamos à primeira casa em que havíamos batido. Logo nos recebem com um sorriso no rosto e nos convidam a entrar.

Ali fomos recebidos por dona Isaura, seu marido e seu pai. Ela conta que, quando chegamos pela primeira vez, estava dando banho em sua mãe, idosa, com mal de Alzheimer. Ela nos convidou a ficar na cozinha e disse que acha que a cozinha acolhe mais que a sala. Ali sentamos, nós dois e os três.

A ação do ACS é pautada em questões biológicas ao fazer orientações, olhar os exames, olhar a carteirinha com a curva pressórica, além de falar a respeito da importância do acompanhamento médico. Sugeriu que dona Isaura tentasse pegar os exames nesse mesmo dia porque no outro dia teria a possibilidade de já receber uma visita domiciliar da médica

Isaura conta que cuida de seus pais há um ano e que eles moravam em outro Estado, onde está parte de sua família. Há um ano, então, Isaura assumiu os cuidados dos pais.

Explica que sua rotina mudou totalmente, antes caminhava, participava das inúmeras reuniões pastorais da igreja, e que hoje o máximo que consegue fazer é ir à missa aos domingos.

Diante de todo o desabafo, o ACS ouve, porém não possui nenhuma ação ou orientação para dar à senhora. Talvez ele não considere isso como uma necessidade em saúde, ou como uma demanda que ele tivesse que acolher e/ou auxiliar.

Aqui o trabalhador também deixa a ficha do e-SUS pra que eles preencham e os informativos sobre cuidados na alimentação pra quem é hipertenso. Além de entregar os folders, ele também convida para os grupos de reeducação alimentar e hiperdia.

Durante a entrevista com o ACS, muitas coisas surgem. A primeira delas é sobre o cumprimento do seu horário de serviço, em que ele demonstra não estar preocupado com seus horários e o desconto de seu salário pelas horas não trabalhadas:

R – Ah, eu prefiro salário descontado porque banco de horas, até que, nesse primeiro semestre, até daria pra eu ficar pagando, porque eu num to tendo que sair mais cedo, mas no ano passado eu tinha aula, uma que eu tinha que tá às 19h lá na faculdade e aí também, daria, mas aí eu queria fazer academia também, num queria deixar de fazer academia e aí eu saía duas horas antes, né. Tinha dias que eu saía às 15h, 16h. aí era todo dia da semana pelo menos umas 04h a menos, né, então pra mim ficaria melhor eu descontar no salário porque eu sabia que eu num ia ficar pagando

P – E a cobrança por parte da enfermeira e do resto do pessoal?

R – É. Ainda mais por causa do ponto eletrônico, né, porque se a gente num tivesse o ponto eletrônico aí taria mais sossegado mesmo. Se fizesse um acordo, conversar com a enfermeira, “será que eu posso sair duas horas mais cedo e colocar a hora certa”, aí eu num sei se ela iria aceitar, né, aí seria bem mais flexível, né, porque ninguém fica muito aqui em cima assim “ah, você chega esse horário, ah, você saiu esse horário”. Num tem (informação verbal).

Essa fala demonstra seu pouco envolvimento e a forma como lida com seu serviço. Quais as influências dessa postura na relação com o outro? Com o usuário do serviço de saúde?

Após essa fala, conta um pouco sobre suas funções enquanto ACS:

P – O que você faz, como é seu trabalho?

R – Pelo menos o que eu vejo é mais o que eles pedem. Tipo, se você chegar lá e eles num querem, num perguntam nada você num faz nada. Você vai lá e passa o serviço do postinho. Se você passou uma vez você num tem que passar de novo, se você passar de novo é porque...

P – E como é passar esse serviço? O que você passa?

R – Eu chego, toco a campainha. “Quem?” “Ah, eu sou lá do postinho de saúde, né, vocês sabem que tem o postinho lá e que vocês podem consultar lá, o pessoal cadastrado pode consultar, mas pra consultar lá precisa ser

cadastrado pelo agente”. “Aí se vocês tiverem interesse de serem cadastrados vocês falam comigo que eu cadastro, porque vocês podem consultar lá!”

Algumas coisas da ficha eu pergunto, outras não. Aí você também tem que perguntar se ela recebe o Bolsa Família. Aí você faz, né, o relatório, escreve o nome da pessoa.

[...] R – Aí eu sempre pergunto, né. Tá tendo algum problema de saúde? Tá precisando de alguma orientação? Aí o pessoal fala “ah, tem num sei o que...” Ou você pode tá perguntando se teve alguém da família hospitalizado, gravidez...é isso (informação verbal).

Outra questão apontada diz respeito sobre seu envolvimento com o trabalho, em que afirma trabalhar de acordo com a demanda do usuário: se ele apresenta alguma necessidade, o ACS procura uma ação. Mas se nada é manifestado, ele também não explora e busca “respeitar”.

O ACS, assim como a maioria dos trabalhadores dessa unidade, também possui uma visão reducionista acerca dos usuários da unidade de saúde. Ele associa a pobreza à falta de informação, como se pobreza e carência impossibilitasse a busca por informações ou até mesmo autonomia do usuário:

Mas sabe o que eu acho que falta muito, o pessoal é muito mal informado por causa da, é carente, tem problema de dinheiro, é difícil ter acesso à informação. Eles não sabem que pode consultar com o clínico geral numa UBS, num sabe, os cara têm problema de saúde e vai em hospital, pronto-socorro, num tem essa noção.

*[...] R – Que nem a Rute mesmo, ela dava dinheiro pra, porque tem uma família na área, a da **Aline**, que ela é bem pobre, a casa é bem ruim, já entrei várias vezes na casa e é zoada, é feia. Às vezes eles fazem comida na fogueira pra economizar gás. Ela tem que pegar insulina lá na casa do diabético e às vezes não pega porque não tem dinheiro pra ir lá pegar. Aí as vezes a Rute levava ela de carro, dava dinheiro pra ela ir. Só que, pra falar a verdade eu num to podendo fazer isso. Eu posso até fazer uma vez ou outra... (informação verbal).*

Em relação às famílias que visitou, o ACS explica que se envolveu mais com a família de dona Isaura, que cuida de sua mãe, Gilda, porque demonstra que é uma família carente, analfabeta e que precisa de ajuda, inclusive para conseguir algumas coisas na justiça, como leite e dieta para dona Gilda, que é acamada.

Aí, nessa família, seu objetivo não se restringiu ao cadastro do e-SUS, mas estava relacionado às necessidades e demandas apresentadas pela família:

R – Ah, o objetivo mesmo era dar sequência àquilo lá que eu tava fazendo de tentar o leite, né, de tentar ajudar eles a se organizar melhor em relação a pedir o leite, as receitas, essas coisas, tanto é que eu nem vi as receitas e nem nada, mas eu acho que eles num tão com muita dúvida, porque o seu Aderbal ajudou bastante, porque eles vieram um dia aqui pra filha da Isaura

mostrar o exame do Aderbal pra enfermeira que estava com o de infecção de urina, e aí ela pediu uma vaga e ela deu uma vaga pra ele, era numa terça-feira, aí já fez metade do que eu iria fazer na casa, né, já fez tudo, né. Então eu acho que hoje foi mais, mais de ver se tinha uma coisa nova que eu poderia ver e tá dando essa informação (informação verbal).

O trabalhador 7, durante a entrevista, também consegue expor algumas dificuldades suas em relação ao seu trabalho, afinal nem de tudo conseguimos dar conta, e uma de suas dificuldades é abordar questões que possam ser constrangedoras para os usuários do serviço, como o caso do senhor Aderbal, marido de dona Gilda, que tem apresentado alguns esquecimentos que têm comprometido sua qualidade de vida:

R – O senhor Aderbal tá com um problema, por causa da idade tá dando um pouco de Alzheimer nele também. Aí teve até um dia que ele saiu e num sabia voltar. Nem parece e ele ainda é bem jovial.

P – E ele tem essa noção?

R – Então, eu fico meio receoso de falar disso.

P – Você não chegou a fazer nenhuma pergunta voltada pra isso.

R – Não, não. Só mais assim “você tá bem, né?”, pergunta assim, pra ele me passar, né, senão porque às vezes parece meio indelicado, né “nossa, mas você foi e num voltou?”, então fica meio chato, né, assim, apesar de você saber.

P – Você sabe porque...

R – Porque me contaram. Acho que foi a Isaura ou o Vando que me contou.

P – Então eles já estão preocupados nesse sentido.

R – Tanto é que eu até falei pra ele “Ah, o senhor num vai mais poder sair, dar aquele rolezinho”, pra ver se podia, mas eu já sabia. Porque o mais importante mesmo é o médico, né.

P – Mas você ainda não conseguiu abordar esse assunto com ele.

R – Não, com ele não. Só desse problema dele não seguir as orientações do médico. Aí já é a terceira vez que eu toco no assunto.

[...] Importante mesmo é o médico. Tudo que eu faço ali, eu num faço nada, só dou orientação (informação verbal).

Na fala do ACS acima nos deparamos com questões bastante interessantes relacionadas às suas dificuldades enquanto profissional e também em relação à sua visão sobre o papel do profissional médico, “*porque o mais importante mesmo é o médico, né.*”

P – Você acha que o mais importante é o médico?

R – É o médico. Não, isso é importante. Tudo é importante, mas o alicerce mesmo, se num tiver o médico, eu num faço nada.

P – Por que você acha isso?

R – Ah, porque, o que eu faço? “ah, você toma o remédio!” Quem passou o remédio, se esse é o remédio certo? Se tá fazendo efeito ou não. É o médico, né. Se o médico pediu pra tomar o remédio e a pessoa fala não, eu acho que eu não preciso não. Aí eu falo, não, é o médico quem falou. É sempre em

função do médico. Você nunca vai substituir o médico e nem nada (informação verbal).

5.9. Trabalhador 8

Em uma manhã saio em visita domiciliar com a trabalhadora 8, ACS, que trabalha na USF há 8 meses. Durante o caminho, que não era curto e marcado por alguns relevos, fomos conversando um pouco. Ela pouco conversa, e é bastante tímida.

Em uma casa uma mulher nos atende entre as grades do portão e não nos convida a entrar por causa dos cachorros e por lavar roupas naquele momento. A ACS a cumprimenta e pergunta se quer que volte em outro momento. A mulher diz que não. Quer conversar ali mesmo. A ACS faz perguntas referentes à ficha A e já dá início ao cadastro do e-SUS. Ao começar a questionar sobre seu marido, a mulher o chama e nos pede licença para continuar seus afazeres domésticos. O marido também responde às questões, e nos despedimos. Esse encontro é marcado pelos protocolos: ficha A e o e-SUS... nada além disso.

Os encontros vão acontecendo, e a trabalhadora 8 voltada às suas necessidades de realizar perguntas prontas, da ficha A e do e-SUS. Em dois momentos consigo perceber que apenas uma ou duas cenas que acontecem na rua mesmo a afetam. Parece que ali ela, com aquelas duas pessoas, consegue enxergar suas dores e necessidades.

Foi um encontro inesperado no trajeto. Ali algo acontece. O primeiro é um senhor bem idoso, maltrapilho, que aparece na porta de sua casa. Ali parece haver um encontro de dois. Ela se afeta naquele momento, talvez por aquela imagem, aquele rosto marcado pelas dores da vida e por aquela vida tão frágil e sofrida. Ali ela o escuta. Trata-se de um senhor sozinho, não tem ninguém e é catador de recicláveis. Mesmo com esse olhar para com esse senhor não perde a oportunidade de tentar fazer o cadastro do e-SUS, mas em vão, porque ele não estava com o cartão SUS em mãos. Ali ela mais ouviu do que falou. Ela olhou e cuidou na simplicidade do que podia fazer na rua.

E o último caso era uma mulher. A ACS se comovia com sua história e se compadecia da mulher que cuidava sozinha de seus 4 filhos, todos ainda muito pequenos.

A queixa da mulher era de que sua pressão arterial estava muito alta e não conseguiu atendimento. Disse que estava preocupada e que, na última vez em que passou por uma consulta especializada, o médico disse que ela evitasse o estresse. Aí ela zombou e riu: “Como assim? Então como que faz isso?”. A ACS a ouve e também se indigna com as

palavras do médico, afinal, ela, sozinha, cuidando de 4 crianças, em uma situação econômica nada favorável!!! Como não se estressar?

Após ouvir tudo muito bem atenta, a ACS faz orientações em relação à pressão arterial e aconselha que a mulher vá até a unidade de saúde tentar uma consulta, e sem perder seu foco também enquanto uma trabalhadora comprometida com suas metas, já pede que seja levada a ficha do e-SUS preenchida.

Cada encontro acontece à sua maneira. Alguns mais cheios de afecções, outros bem menos. Alguns permeados por uma lógica dominante, e outros mais vivos, mais abertos à vida. O que influencia esses encontros?

Na volta para a unidade, já cansadas, o discurso da trabalhadora 8 me chama atenção. Ela começa um desabafo sobre os problemas e dificuldades em relação às pessoas que não moram mais na área e que ainda insistem em passar por consulta e segurar a vaga de outros. E depois foi aprofundamento mais e começou a falar de si, a entrar no seu universo e compartilhá-lo. Contou que estava muito desanimada, que não sabia que ia passar por isso, por essas coisas erradas que estavam acontecendo em seu serviço. Disse que estava no seu limite e que, inclusive, na semana passada passou por uma crise de choro com aumento de sua pressão enquanto estava na USF. Confessou que se encontrava nesse estado por causa dos problemas que estava vendo e que não sabia até quando iria aguentar. Disse também que não sabia que eram tantos problemas.

A ACS começa um discurso sobre as dificuldades de gestão e o quanto isso a influencia negativamente no seu trabalho. Em um dos seus casos, diz que uma profissional que dava um curso de treinamento oferece muitas oportunidades que eles podem indicar para os pacientes, mas que na hora que vão tentar há muita burocracia e, na verdade, as vagas não são tão fáceis assim de conseguir. Também disse que falta infraestrutura, já faltou até papel sulfite e caneta. “Isso é um descaso, falta de respeito”.

Naquela situação, percebo que a ACS se sente impotente em relação ao seu trabalho e que muitas de suas questões e crises estão relacionadas à gestão do sistema de saúde na cidade.

Durante a entrevista foi bastante difícil que ela falasse algo, afinal, estava submersa em problemas e sua frustração com seu emprego.

Em relação ao seu trabalho, o reduz a preenchimento de fichas e cadastros:

[...] tem as ficha lá, os cadastro que já tava pronto. A gente vai nas casa, visita, pergunta se tem hipertenso, diabético, criança tem prioridade, gestante. A gente tem que passar pelo menos uma vez por mês, mas num dá tempo (informação verbal).

Ao ser questionada sobre qual visita gostaria de falar, optou pela última, da mulher que cuida sozinha dos filhos. Sua preocupação foi porque a usuária não tinha conseguido consulta e estava com a pressão alterada. Aquilo a tocou, a deixou perturbada e querendo poder ajudar.

Ela também afirma que seu objetivo naquelas visitas era o cadastramento para o e-SUS:

P – Então hoje o seu objetivo maior era preencher o e-SUS.

R – Então, eu queria ter feito mais, porque, igual eu te falei aquela hora lá. Eu quero fazer as coisa certa. Eles fica falando que tem tempo (pra entregar o cadastramento do e-SUS)

P – Quando você fez a visita pra Viviane você tinha algum objetivo?

R – Ela tinha diminuído o sal, que eu já tinha até dado aquelas ficha de orientação da prefeitura e pegar o cadastro do e-SUS e como sexta ela veio aqui e eu num tava, hoje ela passou, né ,porque tinha passado mal de novo, mais pra isso (informação verbal).

Aqui suas ações, seu compromisso e sua preocupação estão todos voltados para a saúde física da mulher. E seu estresse? E seus quatro filhos? Além disso, seu afeto está relacionado ao dó que sente pela paciente, por vê-la cuidando sozinha dos filhos.

A maneira como enxerga os usuários da ESF também influencia a sua ação, ao olhar, assim como os outros trabalhadores, para essas pessoas como carentes e incapazes:

R – Ah, igual eu te falei. É uma população carente, sofrida, tem muito idoso, muita criança. Sei lá. Eu procuro fazer o que eu posso, porque é igual eu te falei; num é tudo que a gente pode fazer. Então, o que eu consigo, o que tá no meu alcance eu faço (informação verbal).

A ACS finaliza a entrevista dizendo que busca fazer um vínculo e não perder a confiança que os usuários possuem em seu trabalho:

R – Não, mas todos são assim. Muitas das pessoas te vê como até mais que um membro da família, eu já ouvi muita gente falar “você é uma filha pra mim”, te conta a vida memo. Então, é o vínculo, e eu sempre fiz de tudo pra num perder essa confiança (informação verbal).

5.10. Trabalhador 9

A trabalhadora 9, atualmente trabalha como auxiliar de serviços internos na USF há 1 ano, mas suas atribuições extrapolam seu cargo, pois faz todo o trabalho da recepção também.

É funcionária pública na cidade desde 1996. A profissional diz se sentir desvalorizada e que sempre preferiu trabalhar na vigilância epidemiológica, pois lá fazia o que estava à sua altura e tinha reconhecimento. Ela faz uso de medicamentos para tratamento contra a depressão, faz acompanhamento psiquiátrico desde a morte de sua mãe, há 3 anos. Os profissionais da equipe falam que a trabalhadora 9, após essa depressão, ficou mais limitada, atrapalhando, de certa forma, seu rendimento na recepção.

Durante grande parte da exploração de campo estive em contato com a trabalhadora em seu trabalho na recepção. Pude perceber uma profissional dedicada, que buscava proximidade com os usuários do serviço e que falava muito, além da conta. Nem todos que passavam por ela ficavam felizes: uns reclamavam porque ela falava demais e atrapalhava ou a fila não andava; outros, mais pacientes e/ou tolerantes, aceitavam seu jeito de trabalhar.

Em alguns momentos a profissional reclamava das dificuldades encontradas para marcar consultas e fazer encaixes. A auxiliar de serviços internos reclama que às vezes vira uma confusão, reclama, reclama, reclama.

A recepção é um lugar muito pequeno em que a profissional fica meio apertada e muito próxima aos pacientes. Muitas pessoas chegam ao mesmo tempo e não cabem todos na recepção. A fila vai para o lado de fora da unidade.

No momento em que fazia as observações na recepção, muitas pessoas iam aparecendo. Um tinham retorno, outras tentavam uma vaga de encaixe com a médica, e a trabalhadora realiza os procedimentos e orientações aos usuários que ali chegavam. Enquanto conversava, navegava pela internet em um site de compras e moda.

As pessoas vão chegando e saindo e a trabalhadora sempre orientando, entrega a papelada, explica o que fazer, a quem procurar, em qual lugar ligar, aguardar por quanto tempo para o retorno.

No momento da observação, uma cena me chama a atenção: um homem que deveria ter mais de 50 anos de idade sai da consulta e a auxiliar de serviços internos dá orientações sobre os exames que terá que realizar. Explica em alto e bom som que para o exame de sangue são necessárias 12h de jejum e para o exame de próstata eram necessários 3 dias sem ejacular “*não pode fazer nada – andar de bicicleta, cavalo etc.*”.

O usuário não se intimida com a altura da voz da trabalhadora 9 ao fazer as orientações e nem com as pessoas que estavam ali próximas. Ele brinca e diz que sua religião não permite essas coisas, e também já anda meio velho pra essas coisas.

Outra cena que chama a atenção é a de um paciente de aproximadamente 28 anos de idade que retorna do atendimento médico e pede para marcar consulta com algum determinado médico especialista, e, então, questiona a trabalhadora 9 se pode marcar a consulta apenas se os medicamentos não resolverem seu problema. Ela mostra-se preocupada e começa a orientar o paciente. Explica que ele não poderia perder a consulta porque provavelmente na consulta com o especialista poderia conseguir o tratamento correto. Então, orienta, aconselha e escuta o usuário, que, aos poucos, vai se abrindo e falando mais sobre seu problema. Contou que viciou nos remédios para nariz e que praticamente nada mais resolve sua situação. Mais uma vez a trabalhadora ressalta a importância da ida ao médico especialista e a conversa flui, até que o homem se convence a marcar e ir à consulta de um médico especialista.

Percebo que o trabalho na recepção também é complexo. Requer um jogo de cintura ao lidar com os diversos usuários do serviço de saúde, paciência, organização e inclusive disposição para se trabalhar em um espaço tão apertado, muitas vezes muito quente e outras vezes muito frio. Se chove, nada fica seco, e onde as pessoas ficam, todas muito perto umas das outras, por vezes, amontoadas, além do risco de poder ser agredido e etc.

Durante a entrevista, fala sobre seu trabalho e suas atribuições:

R – Atendimento ao paciente, ao cliente, a qualquer um que procurar a unidade pra informação, qualquer tipo de informação que nem sempre é da unidade, assim, de pessoas que moram aqui, do bairro, atender o telefone, dar o recado ou já levar imediatamente pra própria pessoa que tá sendo solicitada pra atender e atender na hora, porque se for marcar aí eu esqueço, de cabeça, assim, eu esqueço. Todo o receituário, verificar a data, se tá vencida, se num tá. Se tiver vencida já procura agendar consulta e ver se tem a possibilidade de tá disponibilizando a medicação até no dia da consulta, das consultas, o agendamento das consultas, troca de consultas, agendamento fora da unidade que é no AME, no NGA (informação verbal).

Seu objeto de trabalho se resume nas orientações que dá à população:

Orientar em relação aos laboratórios, os mais próximos, os que ficam mais longe, até horário de fechamento a gente tem que saber. Tá sempre tentando saber deles com qual médico eles querem consultar, quando é o especialista, se eles já conhecem algum, se eles já têm seguimento com algum e se num tiver é o primeiro que tem a vaga, agora se não, se não tiver a vaga com aquele que precisa, tem que aguardar surgir a vaga. Fazer a agenda do médico, né, fechamento mensal, fazer fechamento de agenda de troca de horário, troca de dias, férias (informação verbal).

A trabalhadora 9 também fala dos cuidados que procura ter com os usuários que aparecem, pois se coloca no lugar deles e tenta dar um atendimento mais humanizado e próximo:

P – Pegando como exemplo esse moço do problema no nariz; como você vê essa conversa em relação a ele, como você avalia seu posicionamento em relação ele, o seu atendimento?

R – Ai, eu faço isso com tanta naturalidade. Eu procuro, assim, passar o que eu sei, porque eu sei que é importante. Uma coisa puxa a outra. Ele é alérgico, essa alergia vai levar a uma sinusite crônica, aí depois acabou, num tem volta. Sinusite não tem volta, alergia num vai sarar nunca, só que se ele num tem sintoma de sinusite é porque ela pode tá incubada, né, e ele num sabe que tá usando medicamento só pra desentupir o nariz, sabe, ele num entope sozinho, precisa tá fazendo alguma coisa, mas eu falo com tanta assim, que eu nem... é natural. Simplesmente porque eu sei, e eu gostaria que ele entendesse “ah, mas então eu num vou não.” “não, você vai sim, porque não?” (informação verbal).

Ao falar sobre seus objetivos em relação ao atendimento, mostra-se preocupada com a saúde do usuário e envolvimento em querer ajudar de alguma maneira:

P – Nessa conversa com ele você tinha algum objetivo, alguma expectativa?

R – Ah, dele tá indo e fazer um tratamento que é o correto, pra ele mais pra frente pra ele não ter um problema maior.

P – Seu objetivo maior foi tentar mostrar

R – Mostrar que é importante pra ele. Num adianta ficar procurando a unidade pra ficar tomando Loratadina. Loratadina, assim, é um medicamento que te tira de uma crise, mas ela não resolve o problema, só o sintoma (informação verbal).

A auxiliar de serviços internos conta que escolheu escutar e orientar esse usuário em questão porque acredita que tem um conhecimento e pode auxiliá-lo com sua experiência, e também acredita que esse cuidado e orientações maiores com esse usuário poderia não ter ocorrido se a recepção estivesse lotada, o que afetaria sua intervenção mais prolongada:

R – Bom, e olha que se tivesse muito lotado, eu acredito que não ia dar tempo de dá tanta orientação. Num outro momento se tivesse pessoas “ah, eu to com pressa”, “ah, eu vou perder o ônibus e tal”. Todo momento que me surge a oportunidade de tá passando o que eu sei, eu passo, só quando num dá mesmo, quando eu tô sendo pressionada por outras pessoas pra andar mais rápido, aí eu perco. E eu fico sentida por perder, porque eu poderia ter, olha, por causa de carimbo eu perder a oportunidade de tá orientando melhor. Eu fico sentida, depois eu fico “nossa, eu devia”, mas eu já num vou poder mais ligar pra tá orientando, aí já num é a mesma coisa. Você tem que pegar na hora, ali, assim, no ato pelo menos pra tá tentando fazer funcionar (informação verbal).

A profissional se mostra bastante íntima e conhecedora dos casos dos pacientes que são atendidos ali, e o quanto isso favorece na hora do cuidado ou de um encaminhamento ou até mesmo para agilizar alguma consulta, e seu foco no cuidado biológico também:

P – E como você lida com as necessidades que os usuários trazem pra você? Como você lida com essa demanda?

R – Olha, os pacientes aqui da área, os que pertencem ao PSF, eu já conheço uns 30% deles e quando eles vêm eu procuro saber sempre com a enfermagem, num é xeretice nem nada, “o que que essa pessoa tem”. Eu já conheço o medicamento, porque o medicamento que eu vejo na receita qual é pra diabetes, qual é pra hipertenso e fico sabendo dos casos mais graves de câncer, de cirurgias do coração, alguém que sofreu acidente, então eu fico sabendo de todos esses e eu fico sabendo porque eu procuro saber, porque eu acho que o certo seria eles me passarem isso. E eu procuro saber porque quando um parente vem procurar ajuda, ele fala “olha, eu tô precisando” e pra quem que é? “ah, é pra tal pessoa, aí eu já sei, “ah, tal pessoa é aquela que sofreu um tal acidente, aquela que tem câncer”. Então eu agilizo, eu num preciso de pedir permissão pra ninguém. Eu mesma já agilizo, eu faço qualquer coisa pra colocar eles na frente, o mais rápido possível, sem ter que pedir permissão.

P – E aí você fala no sentido de conseguir as consultas mais rápido.

R – Isso, de agilizar porque é uma pessoa... é uma forma de lidar com a necessidade da pessoa porque eu já conheço aquelas que vêm aqui pra trocar receita, que num querem fazer novos exames, só querem continuar com o mesmo tratamento porque tá funcionando. E num é assim (informação verbal).

A trabalhadora também aponta que em seu trabalho preza por respeitar cada pessoa e que age de acordo com a abertura da pessoa a ser atendida. A profissional também complementa dizendo que faz aquilo que gostaria que fizessem pra ela, o que pode auxiliar na sua capacidade de se colocar no lugar do outro:

R – É, se fosse um idoso ou uma mulher, independente. Agora, se eu sentir que a pessoa, se ele tá endurecido, eu falo “não”, se ele num quisesse ouvir também eu ia respeitar. Num quer ouvir, num quer, mas se quiser eu vou falando, eu vou até.

R – No fundo eu acho que eu faço algo que eu gostaria que fizesse, e, eu gostaria de ser tratada assim. Isso é uma coisa bem natural. Eu sinto essa importância no serviço de saúde porque as pessoas são assim, muito, porque, se você deixar, quem sai do Janjão e vem aqui, eles num têm orientação nenhuma, de espécie alguma, nem do médico, nem do enfermeiro, de ninguém, principalmente, a recepcionista também tem esse contato com eles, né. Lá eu não tinha tanta, tanta, essa facilidade de tá lidando e nos outros lugares eu já tive, só que aqui eu tô tendo mais um pouco de oportunidade de tá passando o que eu sei (informação verbal).

5.11. Trabalhador 10

A trabalhadora 10, médica, está como médica da unidade de saúde desde março de 2014. É cubana e veio para o país pelo Programa Mais Médicos. Terminou sua graduação aos 25 anos de idade. Iniciou os estudos em enfermagem, pois não tinha conseguido passar no vestibular de medicina, e foi estudante de enfermagem por 3 anos. Como era uma aluna exemplar, foi escolhida para fazer um exame em que, se passasse, entraria no curso de medicina, e assim foi feito. Após terminar medicina, foi trabalhar em Cuba, em um local similar a uma UBS, onde ficou por quase dois anos, indo depois trabalhar na Venezuela, ficando no país por dois anos e meio. Posteriormente foi para o Panamá trabalhar também por três meses. Voltou para Cuba e trabalhou no aeroporto por cerca de três meses. Após trabalhar no aeroporto, conseguiu passar nas provas do programa e veio para o Brasil.

A médica diz que medicina é uma vocação e que desde criança sonhava em ser “doutora”. Também falou sobre suas dificuldades em relação à língua e adaptação a um novo país, além dos inúmeros protocolos que acha, muitas vezes, desnecessários, pois em Cuba não é assim.

A trabalhadora 10 disse que a medicina é tão importante quanto as outras profissões, e que o trabalho entre eles precisa estar muito bem entrosado, articulado para que haja os resultados. Não acredita no médico que não olha o paciente, que não o toca.

Pude acompanhar o trabalho da médica em uma manhã inteira. Observei desde atendimentos no consultório até visitas domiciliares. No dia da observação cheguei à unidade, pedi autorização para os pacientes e fui para o consultório médico.

Era uma sala muito pequena, com uma maca, uma mesa, três cadeiras e uma pia pequena. Então me ajeitei ao lado da médica e esperei pelos pacientes.

A médica havia me dito que a maioria das consultas ainda era de retorno e muito voltadas para troca de receitas, ou para analisar os exames que foram pedidos, em sua maioria, pelos médicos que já passaram pela unidade e atualmente não estão mais.

A primeira pessoa a ser atendida era Leila. Ela chega, a médica a cumprimenta e é uma consulta de retorno a fim de checar os exames dos rins.

A médica pega os exames, os analisa e diz que há presença de bactérias na urina e que, por isso, é necessário fazer um tratamento com antibiótico. Ela explica sobre o tratamento para a paciente e orienta.

Outra consulta bastante interessante foi a de dona Lúcia, que fazia acompanhamento com a médica anterior. Ela possui DM que atacou seus rins e conta que hoje sua glicemia estava alta. Justifica o valor dizendo que fez pão caseiro e comeu. Após contar sobre sua alimentação, a senhora pede encaminhamento para o cardiologista.

A médica, demonstrando paciência, explica que seu problema pode ser tratado ali mesmo na unidade de saúde da família. Dona Lúcia insiste e diz que sua filha queria um encaminhamento da mãe para o cardiologista.

Ouçô a conversa e fico pensando o quanto a população está habituada a pedir e receber encaminhamentos para as especialidades, considerando que tanto diabetes quanto hipertensão podem ser tratadas na atenção básica.

A trabalhadora, mais uma vez, explica que vai iniciar o tratamento ali mesmo na unidade e depois, quando houver necessidade, faz o encaminhamento para o cardiologista. Após a conversa, a senhora concorda.

Uma questão que chama a atenção é que a médica oferece dois tipos de medicamentos em que a senhora pode escolher, demonstrando aqui, em todo o decorrer da consulta, não um típico monólogo em que o médico está sempre de cabeça baixa escrevendo ou olhando no relógio. A consulta é marcada por um encontro que houve acordos, combinações, olhares, palavras que expressavam o cuidado e a possibilidade de escolha do usuário.

Após consultar dez pessoas, a médica ainda tinha três visitas para realizar. Saímos, então, eu, ela, a enfermeira e um ACS, todos no carro da enfermeira.

A primeira visita foi a uma mulher, de aproximadamente 37 anos, que apresentava atrofia muscular. Quem nos recebe é sua irmã, que divide os cuidados da irmã com sua filha.

A postura da médica é chegar, cumprimentar as pessoas que ali estavam e já ir examinando. Vê os olhos, a garganta e o peito, que está carregado. A médica explica que vai precisar de antibiótico e sugere fazer inalações de vapor de água e também a ingestão de muito líquido. Orienta a marcar um retorno.

Quando cheguei ali naquela casa, me senti capturada pela situação. Vejo uma mulher nova, acamada, agitada e sem perspectiva nenhuma, que fica ali, à espera do nada. Mas como ela é jovem! E tão sem possibilidades! A cuidadora diz que é uma vida inteira cuidando dela. A visita também foi puramente biológica. Em nenhum momento se ouviu a cuidadora, como ela estava se sentindo, como era estar cuidando, se precisava de alguma ajuda. O foco da visita não era a cuidadora, e sim a paciente.

A última visita também me chamou muito a atenção. Fui capturada pela sensação de morte na última casa.

Nesse dia fazia frio, mas quando adentramos a essa casa o frio era mais intenso. O sol quase não entrava na casa, que era sombria, triste e fria, muito fria. Quem nos recebeu era a esposa de Douglas; ela era sua cuidadora, e ele vinha enfrentando um câncer de garganta.

Chegamos, ela nos recebe e nos leva até a sala. Um lugar pequeno, escuro e bem simples. Douglas já perdeu a visão de um olho e tem um inchaço na bochecha esquerda.

Ele aparece na sala com a marcha bem lenta. A médica e os profissionais o cumprimentam e dá-se início aos exames com o paciente.

Durante a visita, dona Cícera fala num tom de voz meio desesperador *“Não me fala que isso é normal”*. E completa dizendo que já não aguenta mais ouvir dos médicos que isso tudo é normal.

A médica, ao ouvir o desabafo de Cícera, lamenta e explica que para essa patologia esses sintomas são previstos. Aqui, nesse momento, acredito que a médica também não soube lidar com a situação. Afinal, quem sabe lidar com a brevidade da vida? Como preparar a família para um possível caso sem solução e terminal? Como lidar com a morte e auxiliar quem não vai partir?

Nesse ambiente e diante dessa situação, percebo que a cuidadora busca saber sobre o tratamento, é ativa, busca apoio na religião, vai atrás de várias coisas para o marido, como a dieta e as fraldas. Com os dizeres, acredito que esteja preocupada e cansada. A médica não lhe diz mais nada. Apenas afirma o que os outros médicos já disseram, e a cuidadora parece inconformada.

O senhor Douglas fala com muita dificuldade e tem uma aparência cansada e muito sofrida. Olhar tristonho e cansado. A médica o examinou, orientou, respondeu as dúvidas da mulher e nos despedimos.

Saí da casa com uma sensação estranha. Um misto de tristeza e impotência. O que poderia fazer? Era muito delicada a situação.

Na saída, quando chegamos até o carro, a médica disse que ele não chegaria muito longe e que estaria em fase terminal, não tendo o que ser feito.

A trabalhadora 10 mostra algumas facetas, mas a maioria voltada para o modelo biológico de cuidado, porém é diferente, busca uma prática mais próxima e acolhedora. Olha nos olhos de quem está sendo cuidado, faz acordos, abre possibilidades de escolhas, não faz apenas o que acha, mas conversa com o usuário, escuta, faz parcerias.

Durante a entrevista, a médica fala um pouco sobre seu trabalho e a cultura da população de já pedir o remédio que está acostumada, o exame que precisa, como se o médico não fosse capaz de atuar nessa área:

R – O paciente chega aqui na consulta com a triagem já realizada pela enfermagem. A primeira coisa que o médico deve fazer é perguntar ao paciente o que acontece com ele, mas o exame físico mesmo começa desde que ele atravessa a porta, que estamos olhando sua voz, seu jeito de caminhar, a posição, a postura, essas coisas, tá. Depende da queixa principal da consulta, se faz a consulta, assim como você observou. Quase tudo são retornos ainda, tá. Eu acho que a população já está predeterminada a pedir remédios. Eles chegam aqui, falam qual é o diagnóstico e “eu quero este tipo de remédio”, então isso não é muito bom pra mim porque pode ser que ele quer um remédio, mas eu estou pensando em outro remédio e é como é o meu tratamento, eles não ficam contentes (informação verbal).

A médica reconhece sua atuação enquanto aquela que promove um cuidado mais ampliado, e não como o trabalho dos médicos anteriores a ela:

R – Eu acho que sem a medicina eu não vivo. É a principal razão, desde que eu era pequenininha eu falei que ia ser doutora. Primeiramente o crescimento profissional, tá, e também o gosto de poder fazer bem às pessoas, ajudar as pessoas. Para a comunidade, acho que a importância é que ganharam um médico que está no posto 8h, que não vem, faz a consulta e vai embora e é um tipo de medicina que eu acho que é mais de contato, que não é uma consulta fria e que se trata de examinar bem os pacientes, ter tempo com os pacientes. É isso (informação verbal).

Em relação ao atendimento que mais a preocupou e chamou a sua atenção, ela cita o caso do senhor Douglas pela situação em que ele se encontra e pelo fato de a visita domiciliar não possibilitar ações mais complexas:

Câncer nasofaringe avançado mesmo, com metástase nas parótidas, tá.

P – Como você avalia o seu atendimento? Como você vê?

R – [...] O que acontece? É que visitar a família não é o mesmo que a consulta aqui na unidade. A visita familiar fica muitas coisas por fazer: peso, altura do paciente pra poder fazer uma avaliação nutricional, tá. Lá não se faz isso também, não tem as condições (informação verbal).

Seus objetivos em relação à visita eram puramente biológicos. Não estava interessada em saber o processo pelo qual vem passando o senhor Douglas e nem as dores da cuidadora. Isso não existia enquanto objetivo.

P – E quais eram seus objetivos em relação a esse atendimento?

R – Nesse atendimento, primeiro, conhecer o paciente que eu não havia conhecido. Ficar sabendo como está a saúde dele, avaliar o tratamento imposto anteriormente, pesquisar se tem algumas doenças agudas junto à doença crônica que ele tem, fazer promoção de saúde e prevenção (informação verbal).

A médica também entende que seus objetivos foram cumpridos, pois conseguiu satisfazer as suas demandas enquanto profissional. Mas e as necessidades e demandas da cuidadora? Como a cuidadora deve ter se sentido ao não encontrar respostas para o caso do marido?

R – Porque avaliamos o tratamento dele, achamos que faltava o antibiótico, se inserir o antibiótico e fazer todos os passos para fazer melhor para que o paciente possa pegar os tratamentos mesmo, falamos da importância da nutrição do paciente, a importância de que o paciente não fique em lugares frios, que precisa tomar banhos de sol...

P – E essa foi a casa mais fria que fomos.

R – Então. Isso se promoveu a prevenção, se fez o tratamento, conheci o paciente, avaliei o paciente, dei um diagnóstico e um prognóstico, tá, fiz tudo (informação verbal).

A trabalhadora 10 acredita que teve uma boa relação médico-paciente porque conseguiu, de forma parcial, retirar as dúvidas tanto do senhor Douglas quanto de sua esposa.

Uma questão que me chamou a atenção foi quando ela foi questionada a respeito do que disse quando saímos da casa do senhor Douglas, de que ele tinha uma média de vida de um ano aproximadamente. Ao ser questionada, a médica responde que é preciso que a sua cuidadora busque ajuda e que não parte dela a comunicação, mas sim preparar a cuidadora a partir do momento em que ela buscar ajuda:

P – Como é pra você ter essa noção e depois como é passar isso para o paciente ou não se passa essa informação?

R – Não, não se passa não, mas você vai preparando a cuidadora, tá. Vai preparando pouco a pouco a cuidadora. Por isso que falamos que era o esperado, que era normal. Mas pra mim, como pessoa, é devastador. Ficar sabendo que uma pessoa vai passar é devastador e que nós não temos meios para parar a doença, tá. Mas a medicina, eu esperar, às vezes pode resolver o problema do paciente e às vezes não.

P – Então o trabalho agora é de orientar a cuidadora. Prepará-la...

R – Sim. Prepará-la pra esse momento.

P – E como é essa preparação? Você faz nas visitas ou tem possibilidade de fazer um atendimento só com ela... como que isso é organizado?

R – Sabe, é mais difícil na visita porque na visita o paciente está presente e escuta, mas quando a cuidadora vem procurar aí aproveitamos e falamos com ela (informação verbal).

6. NUANCES... LINHAS QUE PERPASSARAM AS CARTOGRAFIAS E SE ENCONTRARAM NUM PONTO COMUM

6.1. Sobre os encontros que se fizeram: linhas, traços e caminhos entrecruzados...

Façamos da interrupção um caminho novo.
Da queda um passo de dança,
do medo uma escada,
do sonho uma ponte, da procura um encontro!
Fernando Sabino

Diante dos encontros observados, percebidos e vividos refletimos acerca dos pontos, das linhas... quais são os pontos, quais são as formas, os desenhos das paisagens de cada encontro? Desse conjunto olhado, visto e vivido, quais elementos que me afetam que posso destacar? Quais são as linhas que perpassam de forma comum todas elas? O que ligaria essas cartografias dos encontros?

É preciso apresentar e discutir as relações! Que relações foram essas? Quais as nuances capturadas pelo olhar vibrátil da aprendiz de cartógrafo nessas relações, nesses encontros entre os trabalhadores e usuários da ESF estudada?

No cenário do estudo capturei muitos movimentos que foram delineando uma paisagem psicossocial. Todos os encontros vivenciados tinham alguns aspectos em comum e que colocavam em evidência um próprio movimento da USF, sua conformação a respeito do processo saúde-doença, do usuário do serviço e da prática de cada trabalhador.

A primeira nuance observada diz respeito à relação que a própria unidade de saúde estabelece com o usuário do serviço. Possui um movimento de ofertar serviços, uma prática de assistencialismo que não colabora para a autonomia, mas que o leva a uma dependência da unidade, como a distribuição de roupas usadas e do leite pelo Programa Viva Leite. Desta forma, as relações estabelecidas entre a equipe de trabalho com os usuários cria uma realidade na qual esse espaço de saúde vai na contramão do protagonismo do usuário ao impedir seu agir autônomo.

O que nos parece ocorrer nesse espaço permeado por subjetividade e processos instituídos é a tutela outorgada, de agir castrador, que está relacionada a uma posição de doação com processos caritativos e de vitimização (MERHY, 1998a).

Nesse sentido a equipe de saúde sutilmente entra em um processo de expropriação da autonomia da população, de sua máquina desejan⁶, compreendida como subversão às teses mecanicistas. É binária, uma máquina sempre acoplada à outra, em que uma produz o fluxo e a outra que está conectada extrai esse fluxo; ela não representa o funcionamento do homem e da natureza, mas sim a produção incessante, máquina que produz por si mesmo, portanto não é uma metáfora da realidade, mas a realidade em si mesma da relação equipe-usuário, e castra possíveis movimentos de produção de vida por meio de ações que colocam o usuário em uma posição de carente, incapaz e desprovido de forças para assumir seu protagonismo (DELEUZE; GUATTARI, 2010; MERHY, 1998a).

Mas sabe o que eu acho que falta muito, o pessoal é muito mal informado por causa da, é carente, tem problema de dinheiro, é difícil ter acesso à informação. Eles não sabem que pode consultar com o clínico geral numa UBS, num sabe, os cara tem problema de saúde e vai em hospital, pronto-socorro, num tem essa noção (trabalhador 7, ACS – informação verbal).

O sentido da palavra “carente” muito utilizado pelos trabalhadores de saúde para caracterizar os usuários como alguém que não tem posses também se remete ao conceito de ignorante, que, de acordo com o dicionário, é uma palavra que diz respeito a uma pessoa que ignora, que não tem instrução, e revela falta de saber. Desse modo o sentido carente/ignorante compõe uma maneira de produzir relações que destitui esse usuário de suas capacidades, colocando-o enquanto alguém sem protagonismo.

Da mesma maneira em que o trabalhador de saúde coloca o usuário na posição de ignorante, de desprovido de conhecimento, podemos perceber, ao longo dos encontros, que esses trabalhadores também desconhecem o universo desses sujeitos. As cartografias dos encontros, em muitos momentos, desenham um mapa da falta de conhecimento do profissional de saúde em relação àquilo que o usuário é em sua totalidade. O trabalhador sabe muito pouco da vida desses usuários, ignorando-o de certo modo enquanto sujeito, e então faz um recorte e olha apenas para algumas partes, não o reconhecendo na sua integralidade.

⁶ Isso funciona em toda parte: às vezes sem parar, outras vezes descontinuamente. Isso respira, isso aquece, isso come. Isso caga, isso fode. Mas que erro ter dito o isso. Há tão somente máquinas em toda parte, e sem qualquer metáfora: máquinas de máquinas, com seus acoplamentos, suas conexões. Uma máquina-órgão é conectada a uma máquina-fonte: esta emite um fluxo que a outra corta. O seio é uma máquina que produz leite, e a boca, uma máquina acoplada a ela. A boca do anorético hesita entre uma máquina de comer, uma máquina anal, uma máquina de falar, uma máquina de respirar (crise de asma). É assim que todos somos “bricoleurs”; NT cada um com as suas pequenas máquinas (DELEUZE; GUATTARI, p. 11, 2010).

Essa questão pode estar ligada ao modelo hegemônico que amplia a potência da doença em detrimento da potência do cuidado e do sujeito em sua totalidade, vinculado ao uso inadequado da tecnologia, trazendo como consequência o afastamento entre profissionais da saúde e usuários. Nesse sentido o profissional assume o papel de onipotente, e o usuário, de subjugado. “*O profissional diz: ‘eu sei’ – conhecimento científico [como se isso fosse tudo] – e o usuário: ‘nada ou pouco sei’*” (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009, p. 350). O resultado dessa situação é quase sempre o mesmo: a dependência desse usuário à unidade de saúde, levando muitas vezes à perda de sua autonomia em relação ao seu cuidado.

Tais características apresentadas podem ser evidenciadas pelas falas de alguns trabalhadores, que se apresentam como detentores do saber técnico e profissional, e o usuário do serviço enquanto alguém desprovido de qualquer conhecimento e que precisa seguir as “ordens impostas”. Os profissionais em geral levantam a bandeira de que tem que se fazer tudo pelo usuário do serviço, como levá-los aos locais de saúde, carregá-los em seus próprios carros, enfim, fazer tudo por eles com a justificativa de que há ali um intenso desejo de ajudar, afinal é um povo “carente”, que não é capaz e que não possui condições de mudança, como na fala a seguir:

P – E como é pra você trabalhar com essa população?

R – Com essa população do Jardim das Hortências? Eu gosto mais ainda, porque assim, eu tive a experiência de trabalhar em outros PSFs também [...] eu já fui cobrir férias em outros PSF então assim, a gente vê a diferença que tem a população das famílias mais carentes, com famílias assim, menos carentes, mais orientadas, né. A população aqui é mais humilde.

P – De tudo que você já viu, a população é mais humilde assim?

R – É, eu acho [...] Eu achei que aqui no PSF a população é mais carente. E eu gosto de população assim, entendeu?

P – Por quê?

R – Não, porque eu gosto assim, de ver o resultado, igual, se eu vou passar alguma orientação, eu vou tá passando uma orientação que eu tenho quase certeza que eles num vão tá sabendo, que eles num sabem o que que é, que vai ser proveitoso pra eles. É por isso que eu gosto de trabalhar aqui (trabalhadora 2 - técnica de enfermagem – informação verbal).

A fala acima evidencia os sentidos do trabalho da técnica de enfermagem. Os sentidos compõem mundos e esse é seu universo de referência. Seu trabalho só existe se for para um ignorante, considerando o sentido dado pelo dicionário. Ademais, mostra que ela está a serviço de suas próprias necessidades, ou seja, ela necessita de um “carente” para que seu trabalho exista e seja valorizado e reconhecido, assim como o homem das paixões tristes que explora essas paixões, pois precisa delas para estabelecer o seu poder. O tirano precisa da

tristeza das almas do mesmo modo que as almas tristes precisam de um tirano para se prover e propagar. De qualquer forma, o que os une é o ódio e o ressentimento (DELEUZE, 2002).

Tais reflexões também remetem a críticas da paixão piedosa em que Caponi (1998/1999) afirma que ela instaura um modo do exercício de poder que é estabelecido a partir do duplo servir-obedecer, contribuindo para a existência de relações diferenciadas entre quem cuida e quem é cuidado, gerando em quem é cuidado mecanismos de submissão e docilização dos corpos, ao passo que a caridade provoca em quem a pratica a sensação de libertar-se do sentimento de dor e de um medo que é muito pessoal. No caso da técnica de enfermagem, revela um sentimento de valorização do seu trabalho, pois leva o saber pra quem não tem.

A compaixão e a piedade podem ser mecanismos obscuros e prejudiciais de poder que aparecem mascarados de um falso humanismo, ao promover um espetáculo sutil de submissão e ameaça, pois, ao se manifestar piedade por alguém, ela parece possuir uma debilidade que só consegue ser superada pelo socorro que uma pessoa piedosa pode oferecer, ou seja, há uma “divisão binária entre aquele que se engrandece ao realizar a ação e aquele que se diminui ao recebê-la” (CAPONI, 1998/1999, p. 95).

Essa divisão binária pode gerar relações de submissão e dependência, como visto em algumas relações estabelecidas entre os trabalhadores e usuários do serviço de saúde estudado e como ele está conformado ao distribuir leite, roupas e onde os próprios trabalhadores compreendem ser seu trabalho:

[...] Mas eu vejo no curso que tem muito agente que leva no colo mesmo, pega no colo, leva no negócio, vai... pra alguns casos eu acho que é o que tem que fazer, mas eu sei que eu num vou conseguir dar conta de ficar levando. Eu posso até ajudar um, caminhar um pouco mais, mas não desse jeito, tipo, pegar, dar dinheiro pra ir de ônibus lá, vai junto de ônibus. Eu ainda não cheguei nisso, mas tem agente que tá lá há 6 anos.

P – Mas será que assim vai resolver o problema? E outra, num dá pra pagar pra área inteira.

R – Que nem a Rute mesmo, ela dava dinheiro pra, porque tem uma família na área, a da Aline, que ela é bem pobre [...] Aí às vezes a Roberta levava ela de carro, dava dinheiro pra ela ir. Só que, pra falar a verdade, eu num to podendo fazer isso. Eu posso até fazer uma vez ou outra... (trabalhador 7, ACS – informação verbal).

Outra questão reveladora diz respeito às dores de ser trabalhador na área da saúde. Diariamente os profissionais lidam com questões que fogem de seu controle. São atendimentos em que não se sabe o que fazer: a dificuldade de lidar com a morte de um ser humano, o fato de lidar com procedimentos ou orientações que podem ferir a nossa moral, dentre inúmeras coisas. Tudo isso está aberto a uma infinidade de caminhos. Seus extremos

estão na possibilidade do novo, de recriar e superar o imprevisível, enxergar e aceitar as limitações que perpassam a prática profissional, e também de não aceitar e enxergar as limitações e se entregar a doença, compreendida não enquanto processo interrompido, mas parada de processo. Porém é diferente de Espinosa, que faz de sua fraca saúde o testemunho de uma nova visão à passagem da qual ela se abre (DELEUZE, 1999, p. 14).

Pelo contrário, a trabalhadora 1 rende-se à dor do outro e adoece porque não consegue dar vazão a essas afetações. Ela é consumida pelos afetos da clínica, e por isso suas dores e sofrimentos não encontram fissuras para fazer passar fluxos de vida, de busca, de luta, e ela, então, fica no sofrimento e vive como o homem das paixões tristes, a cada dia enfrentando uma tensão.

Matumoto et al. (2013) fala especificamente das dores do cuidar enfrentadas pelos enfermeiros, porém, aqui, amplo para todos os trabalhadores da saúde que também vivenciam tais dores e tensões.

As tensões enfrentadas pelos trabalhadores na atenção básica podem ir desde problemas estruturais, de organização do trabalho, a demandas apresentadas pelos usuários. O desafio está na busca pela operacionalização do cuidado a partir de uma concepção de saúde ampliada, pois seus saberes e técnicas, muitas vezes, não têm sido suficientes. Essa situação provoca, não só no enfermeiro, mas no médico, no técnico de enfermagem e nos outros profissionais diferentes formas de manejo, podendo criar estratégias novas ou reproduzir práticas já instituídas (MATUMOTO et al., 2013).

A seguir um relato do diário de campo que remete a essas dores e limitações do trabalhador:

No caminho para as visitas a trabalhadora 1, técnica de enfermagem conta que está muito cansada e desgastada de seu serviço. Ela explica que os pacientes chegam lá para desabafar e muitas coisas ela acaba levando pra casa, perde o sono, se preocupa e fica pensando o que poderia fazer e que não fez pelo paciente. Então conta alguns casos como forma de desabafo. Contou de uma mulher que chegou na unidade querendo fazer um aborto, o caso de uma criança que era molestada pelo pai e de uma gravidez entre o útero e a bexiga em que sabia que a mulher poderia morrer na hora do parto com o bebê. Disse que esses desabafo realizados pelos usuários do serviço a deixam muito esgotada, então fala da proposta que recebeu da prefeitura de ir trabalhar no serviço de urgência móvel. “Pelo menos lá a gente não se apega; aqui as pessoas nos procuram pra desabafar. Aí teve um dia que eu surtei pensando na filha daquele senhor”. A trabalhadora 1 disse que, se der certo, acredita que vai pedir transferência pra esse serviço de urgência, porque lá ela cuidará apenas do corpo e não criará vínculos

com o paciente, diferente da saúde da família onde o vínculo é forte e ela acaba ouvindo de tudo e ainda tendo que orientar.

O que esse relato representa? Quais seus sentidos? O que está sendo produzido na vida da trabalhadora 1? Ela não tem conseguido produzir vida!

Ela, nesse desabafo, demonstra que as demandas e dores do cuidado a consomem. Já se sente desgastada e até se implica na busca de outras possibilidades de trabalho. Em entrevista, afirma seu desgaste e a vontade de trabalhar com outra coisa que cause menos dor:

Eu hoje, eu tô tentando fazer uma coisa diferente da área da saúde. Eu tô tentando fazer o curso de beleza, né? Que é cabeleireiro pra que eu consiga montar um salão e sair. Não sei se vai ser a melhor opção pra mim, entendeu? Mas eu queria tentar algo diferente.

P – Fora da saúde...

R – Fora da saúde. Apesar de eu gostar demais. Eu gosto muito mesmo, eu gosto muito do que eu faço, sabe. Eu acho que o que me mantém ainda vim trabalhar, ficar, é por eu gostar muito, sabe. Se num fosse isso eu já tinha saído porque eu tô cansada, muito esgotada, assim, sabe, e entrando agora na área da beleza a gente vê que as coisas é de uma outra forma, sabe. Não assim, é beleza, você vai ver coisa bonita, se a pessoa chega feia, você vai transformar ela e ela vai ficar bonita. Agora na área da saúde você só vê coisa ruim. Você sai de casa às 7h e você só vê tristeza, só vê tragédia. E eu absorvo muito pra mim, eu levo muito pra mim (informação verbal).

A técnica de enfermagem, em seus relatos, aponta para a relação dor-desprazer-trabalho. Essa tríade desemboca na busca de soluções que, em alguns momentos, estão voltadas para o adoecimento do trabalhador ou em reivindicações voltadas para o coletivo. Para Dejours (1992), o sofrimento e a dor estão ligados a sentimentos de “indignidade, de inutilidade e desqualificação”, e são vivenciados pelos trabalhadores quando realizam uma ação que está abaixo de sua capacidade de criação, durante seu processo de trabalho.

A função do trabalho seria operar contra o adoecimento, na medida em que possui uma capacidade inventiva que pode recriar o trabalhador e seu próprio processo de trabalho, porém não é o que ocorreu com a trabalhadora 1, sendo, então, um desafio a ser superado esse de desfazer a relação dor-desprazer-trabalho (BARROS; BARROS, 2007).

Ela experimenta o sofrimento do outro, tenta ser compassiva, quer ajudar na sua resolução, entretanto o que acontece é que ela enxerga sua impotência diante das fragilidades humanas:

O contratempo sofrido por outra pessoa nos ofende, nos faz sentir nossa impotência e talvez nossa covardia, se não acudirmos em seu auxílio. ... Ou na dor alheia vemos algum perigo que também nos ameaça, pois ainda que só seja como sinais da insegurança e da fragilidade humanas, os infortúnios alheios podem produzir em nós penosos efeitos. Rejeitamos esse gênero de ameaça e de dor e lhe respondemos por

meio de um ato de compaixão, no qual pode existir uma sutil defesa de nós mesmos (NIETZSCHE, 1978, p. 133).

A trabalhadora 1, técnica de enfermagem, não conseguiu ver na doença possibilidades de abertura ao novo. Ela se entristece diante da condição humana. Não há espaços para sua dor sair, escapar, ir por entre as linhas. Então a dor do outro se torna sua dor e seu corpo profundamente afetado adoece junto às pessoas das quais suas histórias a atravessou.

Ainda sobre as limitações encontradas, deparei-me com um atendimento da médica em que ela, à sua maneira, tentou lidar com essas fragilidades humanas.

O atendimento foi uma visita domiciliar a um usuário com câncer. Ao chegar à casa, senti o frio e o escuro do ambiente: eles já anunciavam o que vinha pela frente. Um senhor e sua esposa, já apresentando sinais de grande preocupação com as condições precárias de saúde do marido. Ele estava à beira da morte e ela lutava contra a situação. Em certo tom de desespero, questiona a médica: *“Não me fala que isso é normal!”*, e termina dizendo que não aguenta mais ouvir dos médicos que tudo que seu marido está passando é normal. Essa esposa estava pedindo socorro, precisava ser ouvida, até porque ninguém conseguia ouvi-la. Por que era tão difícil escutá-la?

A médica também não conseguiu dar outra resposta, disse que aquilo era previsto para o diagnóstico de seu marido.

Ao sairmos da casa, a médica disse que ele não teria muito tempo de vida. Também fiquei chocada ao ouvir isso e logo questionei o que ela faria. A médica, por sua vez, disse que orientaria essa esposa se ela procurasse a unidade.

No relato, o senhor e sua esposa, que também é sua cuidadora, em muitas situações procuram os serviços de saúde, incluindo esta, de dor e expressa expectativas que por vezes os trabalhadores não serão capazes de atender, como no caso dessa esposa. Então o sentimento de angústia e tensão permanece na família. A mulher recorre ao médico, aquele que possui o saber, procura resposta, mas nem mesmo ele, em sua soberania, consegue uma resposta para essa situação (INOJOSA, 2005).

Diante desse relato, fico a refletir sobre o quanto os trabalhadores são tomados diariamente por questões que fogem de seu controle e nas quais eles também são limitados. Tanto os trabalhadores quanto os usuários necessitam trabalhar tanto com seus limites quanto com os limites do outro, por limites impostos por agravos que vão além do poder e do seu saber. De um lado uma pessoa marcada pela dor e pelo sofrimento, do outro lado um

profissional pressionado e por vezes até endurecido em decorrência de sua prática e de suas formas de defesa na lida com a dor e o medo (INOJOSA, 2005).

Quem é atendido quer resolver o problema que sente, ainda que o problema esteja para além das possibilidades de intervenção de quem atende. Quem atende às vezes fecha cuidadosamente o seu coração para não aumentar sua própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde (INOJOSA, 2005, p. 2).

O que a médica consegue realizar, na sua prática, em relação a esse senhor, é reduzi-lo a protocolos:

P – E como que você vê a relação entre o seu trabalho e as necessidades da população? Por exemplo, no caso da visita do senhor Douglas, como que é pra você lidar com as necessidades dele pra desenvolver o seu trabalho.

R – É que no caso do Sr. Douglas é difícil, mas, por protocolo, um paciente que tem essa doença crônica, deve receber ao menos, duas visitas em três meses, um mês sim e um mês não (informação verbal).

Todas essas características apresentadas também remetem à produção de paixões tristes em detrimento da produção de paixões alegres. Diante da fala acima, questiono: onde estão as potencialidades dos usuários? E a potência de vida? E a autonomia para o cuidado?

Em uma relação, quando um corpo se encontra com outro pode haver aí, no ato, uma gama de composições, dentre elas dois extremos de composição, que pode formar um todo mais potente, e também pode haver uma decomposição, em que um destrói o outro, e aí não há coesão entre as partes. Ou seja, nessas relações somos afetados; quando há composição, sentimos alegria, porém, em outras situações, quando um corpo ou uma ideia ameaça nossa coerência, sentimo-nos tristes. Nesse sentido Deleuze (2002), ao explorar Espinosa, afirma que ele denuncia três espécies de personagens: o escravo, o tirano e o padre, que em nossa cartografia estiveram presentes de alguma forma, como a trabalhadora 1 que representou o padre ao se entristecer com a condição de alguns usuários, gerando nela o adoecimento: “o homem que se entristece com a condição humana e com as paixões em geral (que tanto pode zombar como indignar-se, mas não deixando a própria zombaria de ser um mau riso)” (DELEUZE, 2002, p. 31).

O tirano não existe sem o escravo, sem as almas tristes, pois precisa triunfar sobre elas, e elas precisam do tirano para se propagar, criando aí um círculo vicioso no qual um precisa do outro para existir. Essa relação gera um ressentimento contra a vida, ou seja, há aí a produção das paixões tristes, que são todos os valores dos quais desprezamos a vida: “nós não vivemos, mantemos apenas uma aparência de vida, pensamos apenas em evitar a morte e toda a nossa vida é um culto à morte” (DELEUZE, 2002, p. 32).

Quando as relações entre trabalhadores e usuários são permeadas pela lógica da compaixão piedosa, havendo ou não sobreposição do saber médico sobre o popular, em que o outro fica na posição de submissão e de não protagonista de seu cuidado, há aí a produção de paixões tristes, porque o saber técnico, instituído, opõe-se à potência do usuário, fazendo com que sua capacidade de agir seja diminuída (DELEUZE, 2002).

As paixões tristes acontecem quando o trabalhador de saúde destitui a autonomia do usuário e submete-o ao seu poder, gerando pessoas dependentes do serviço, submissas e desprovidas de autonomia para a vida. Desse modo o processo de trabalho não gera saúde.

Em muitos momentos pude perceber essa relação instituída em que o saber técnico sufocou o direito de escolha do usuário, colocando-o na posição daquele que precisa seguir as regras e orientações impostas pelos trabalhadores, como na situação em que o usuário apresenta alguns sinais de demência e o trabalhador, ainda que de modo sutil, orienta que o usuário não saia mais de casa, sem abrir outras possibilidades:

R – Tanto é que eu até falei pra ele “Ah, o senhor num vai mais poder sair, dar aquele rolezinho⁷” (...)

P – Mas você ainda não conseguiu abordar esse assunto com ele.

R – Não, com ele não. Só desse problema dele não seguir as orientações do médico. Aí já é a terceira vez que eu toco no assunto (Trabalhador 7, ACS – informação verbal).

Diante desse movimento e olhar da equipe de saúde para os usuários sob suas responsabilidades, também está presente o predomínio do modelo hegemônico, flexneriano de saúde. Tal modelo, proposto por Abraham Flexner, teve um grande impacto na formação médica americana e é baseado num paradigma mecanicista que gerou, entre outras coisas, a veneração à doença, e não à saúde, além da supervalorização das tecnologias duras, acreditando que essa seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde. Temos que o modelo flexneriano possui coerência com a ideia de saúde enquanto ausência de doença e sustenta a prática sanitária da atenção médica (MENDES, 1996; SHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Esse modo de trabalho é marcado pelo distanciamento das necessidades e interesses dos usuários, dificuldade de um trabalho mais articulado com as outras profissões e predomínio de ações centradas em tecnologias duras que se dão a partir de um saber estruturado e que acaba reduzido à produção de procedimentos (MERHY, 1998b). Além disso, é pautado no individualismo, mecanicismo, biologismo e no curativismo, e influenciou

⁷ “Rolezinho”: expressão popular que significa dar uma volta, sair de casa.

profundamente as práticas de saúde no Brasil, porém sabemos que não consegue suprir todas as necessidades de saúde da população (SHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Atualmente o modelo assistencial de saúde está voltado todo para a produção de procedimentos, porque os processos de trabalho estão mais voltados para o uso dessa tecnologia e isso faz gerar ainda mais a necessidade de produção de procedimentos e reduz a necessidade de utilização das tecnologias leves, gerando, assim uma relação trabalhador-usuário marcada pela alienação e desresponsabilização, pouco resolutivas (MERHY, 1998b).

Tal modelo não possui capacidade de operar a produção da saúde enquanto cuidado, pois está voltado para os interesses econômicos e corporativos do capitalismo vigente na nossa sociedade. Portanto não se abre ao universo das necessidades de saúde dos sujeitos e seus coletivos (MERHY, 2004a).

Sabemos que esse modelo de saúde vigente não é suficiente para acolher o sujeito na sua totalidade, pois, para que isso ocorra, faz-se necessária uma configuração do trabalho que esteja coerente com um projeto de defesa da vida do usuário e do desenvolvimento de ações que estejam abertas à produção de graus maiores de autonomia:

“Ao mediocrizar a tecnologia leve, submetendo-a à lógica da dura e de uma leve-dura empobrecida, encarece substancialmente as ações de saúde, tanto por incorporar serviços caros sem necessidades, quanto por ser um sistema pouco resolutivo” (MERHY, 1998b, p. 9).

Portanto, para que haja um cuidado mais integral, é importante que os modelos de atenção explorem de maneira positiva e criativa as relações entre as distintas dimensões tecnológicas que estão inseridas no conjunto das ações de saúde.

Sabe-se que a implantação da ESF está relacionada à necessidade de uma mudança no modelo assistencial centrado na doença e nos cuidados médicos especializados por um novo modelo voltado para os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade da atenção. Ele propõe um olhar para o usuário na sua singularidade, envolvendo seu contexto econômico, político, emocional. Trata-se também de ser um substitutivo do modelo biomédico ao propor o trabalho com equipe multiprofissional, acompanhamento longitudinal de famílias, possuindo no território uma área adscrita. Há uma valorização da relação do usuário com sua família e a comunidade em que está inserido, porém isso não tem ocorrido de forma eficaz na USF estudada (FRANCO; MERHY, 1999).

A questão é que a ESF, por mais que tenha sido criada enquanto uma estratégia de mudança de modelo assistencial, não tem cumprido sua finalidade; ao contrário, em muitos casos, tem diminuído sua potência de transformação e aprisionado o trabalho vivo. A Saúde da Família tem,

portanto, possibilidades e limites na produção do cuidado. O que temos visto é que a ESF acaba por transformar suas práticas em “trabalho morto” ao não atuar na direção da clínica ampliada e limitar-se às normas e protocolos da vigilância em saúde (FRANCO; MERHY, 1999).

A ESF não é garantia de mudança do modelo assistencial, pois depende da busca de uma transformação nos modos de realizar o cuidado em saúde e do agir dos trabalhadores. Não se trata de uma mudança de formatação de estrutura do modelo que garantirá uma prática usuário-centrada, uma vez que há a necessidade de uma mudança na micropolítica do trabalho incorporando uma faceta mais humana e relacional aos processos tecnológicos da saúde, buscando evidenciar a produção de acolhimento, vínculo e responsabilização na produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2007).

O que se viu foi que a USF do estudo ainda não conseguiu romper com o modelo flexneriano, sendo perpassada por uma lógica capitalista, permeada pela subjetividade capitalística, compreendida como a produção em larga escala das maneiras de pensar, sentir e agir no mundo. Trata-se da lógica do consumo, do imediato e da produção de bens. São modos de expressão dominantes e que produzem pessoas normatizadas e modelizadas em coerência com os padrões dominantes (GUATTARI; ROLNIK, 1999).

A USF recebe influências de uma gestão ainda bastante curativista, individualista e que não trabalha com a perspectiva da autonomia, do protagonismo do usuário e da produção do cuidado, mas sim com números; o que parece importante é a quantidade de atendimentos realizados naquele espaço de saúde.

Observamos que a limitação das práticas de saúde é marcada por uma ideologização, ou seja, as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários são atravessadas por modos-indivíduos que sustentam o modelo hegemônico de saúde, a gorda saúde dominante, termo utilizado por Deleuze (1997), que diz respeito a um conceito e a uma saúde perfeita e acabada que fortalece um sujeito desprovido de autonomia sobre si mesmo (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Para Deleuze (1997), a doença consiste em uma parada de processo, então a neurose e a psicose consistem em estados em que se cai quando um processo é cortado. Ao falar de literatura, explica ela é como um empreendimento de saúde, no sentido de que o escritor “goza de uma frágil saúde irresistível” que o permite ir além daquilo que a gorda saúde dominante tornaria impossível. Nesse sentido o autor utiliza o exemplo de Espinosa e sua frágil saúde, como se ele utilizasse desse rompimento, desse corte de processo para produção e abertura ao novo.

Nesse mesmo movimento também me recordo de Manuel Bandeira, poeta brasileiro com seu poema *Pneumotórax* (1930):

Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi
Tosse, tosse, tosse.
.....
Mandou chamar o médico:
-Diga trinta e três.
-Trinta e três... trinta e três... trinta e três...
-Respire.
.....
- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.
-Então doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
-Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

O poeta, que sofria de tuberculose, com sua também frágil saúde, enfrenta com bom humor e finas ironias sua condição. É como se ele se utilizasse das brechas e fizesse um novo em cima das não possibilidades de vida. Brinca diante da morte, faz o novo acontecer e demonstra o desejo de vida que pede passagem diante de uma situação de não vida. Ele recria em cima de sua condição precária de saúde, encontra linhas de fuga, compreendidas como de segmentaridade flexível; são abstratas, fazem pequenos desvios, caminham rumo ao imprevisível, ao não programado; são desterritorializações. São as fissuras que se abrem a essa frágil saúde irresistível. As linhas de fuga se abrem em movimento instituinte, de produção do novo e de novos arranjos (DELEUZE; GUATTARI, 1996; PELBART, 2000).

Qual saúde bastaria para libertar a vida em toda parte onde esteja aprisionada pelo homem e no homem, pelos organismos e gêneros e no interior deles? (DELEUZE, 1997, p. 14).

Sabemos que a gorda saúde dominante não seria essa capaz de libertar, até porque ela “é incapaz de ver, ouvir e deixar-se atravessar por tanto excesso”. Na verdade, nenhuma saúde é suficiente para operar essa tarefa de libertação da vida aprisionada (PELBART, 2000, p. 66).

Essa lógica apresentada produz processos de subjetivação que acabam por definir os modos de ser e agir dos trabalhadores de saúde, naturalizando práticas e discursos.

Nesse sentido percebemos as várias instituições presentes marcadas na relação entre trabalhador e usuário da USF. Elas são compreendidas enquanto saberes que organizam e regem um sistema de relações de poder e o comportamento humano. De acordo com Baremblytt (2002, p. 155), as instituições “são árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente”.

As instituições podem adquirir a configuração de leis, de normas, ou mesmo sem elas regulam as relações e padrões de comportamentos dos homens na sociedade e as forças

instituintes que podem modificar tais padrões. São exemplos de instituições baseados na ideia acima trabalhada: a saúde, a educação, a linguagem, as relações de parentesco, a religião, a justiça, o dinheiro, a divisão técnica do trabalho, dentre outros (BAREMBLITT, 2002).

As instituições também podem ser compreendidas para além do instituído, como já foi conceituado acima, pelos processos pelos quais uma sociedade se organiza, ou seja, pelas forças instituintes. Ela, então, não é apenas instituído, mas instituinte (HESS, 2007).

Nesse cenário estudado estão presentes algumas instituições, dentre elas a saúde, a enfermagem e a assistência social, que, no caso, fazem-se presentes por uma faceta de controle, da disciplina, do seguimento de regras e estão intensamente presentes nas relações estudadas, pois são permeadas pelo controle, pelo vigiar e pela realização de procedimentos técnicos. As instituições presentes são marcadas por certo imperialismo, expresso na forma de agir do trabalhador e que precisa reinar sobre algo que é mais fraco, mais desprovido, e levar o verdadeiro saber. Elas prescrevem como deve ser um atendimento, como instruir, orientar e regular a saúde do outro. Em grande parte dos casos, há uma limitação ao biológico, constatando-se a reprodução de práticas e a dificuldade de olhar para cada necessidade apresentada durante um encontro, uma consulta.

Em vários momentos houve desencontros entre as necessidades dos usuários e as ações de saúde dos profissionais, que, por sua vez, possuíam outras necessidades a serem satisfeitas, como a produção de um cuidado técnico, a realização de algum procedimento, como no caso da enfermeira, que, durante a realização do exame colpocitológico,⁸ focou apenas no procedimento em si e deixou para trás toda a subjetividade e demandas trazidas pelas mulheres.

Um caso que me chamou muito a atenção, na qual fui profundamente afetada, foi em relação a uma usuária que estava marcada com a enfermeira para o exame de papanicolau e já chegou à consulta bastante inquieta, demonstrando ansiedade. Ela estava agitada, gesticulando e falando rápido, com voz um pouco ofegante. Quando essa mulher entrou na sala da enfermagem, algo me tocou. Era possível perceber que alguma coisa acontecia ali com ela. E, então, logo que entrou já começou a contar que uma de suas irmãs sofrera de câncer nas axilas, doença que se espalhou pelo corpo e, após 9 anos, levou-a a óbito. A mulher disse *“ficar com coisa na cabeça”*, com muita preocupação de também poder ter câncer, e emendou dizendo que esporadicamente faz uso de medicamento para regular a pressão arterial.

⁸ O exame colpocitológico, também conhecido como Papanicolau, é realizado na triagem do câncer de colo uterino e suas lesões precursoras. Colposcopia é um exame que permite visualizar a vagina e o colo do útero por meio de um aparelho chamado colposcópio. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/colpocitol%C3%B3gico/>.

Diante da fala da usuária, a enfermeira se preocupa mais com a história do medicamento da pressão que é tomado de vez em quando. De acordo com a demanda apresentada pela mulher, observo que houve um desencontro no cuidado, pois a trabalhadora cai novamente na prescrição; está focada em fazer orientações relativas ao papanicolau, e não em tratar de questões subjetivas, como o medo do câncer expresso em seus gestos e face e ao relatar o caso de sua irmã. É uma relação em que não houve uma escuta ampliada.

A maneira de agir da enfermeira reproduz um modo instituído do agir centrado no procedimento, é um modo institucionalmente produzido. Trata-se de um vínculo formatado no técnico e no protocolo. Puramente tecnicista e pouco voltado para as questões subjetivas que perpassam as demandas dos usuários. Toda essa prática é fruto desse modelo dominante. O que faz a enfermeira não escutar o grito da usuária? O medo? O enrijecimento de sua prática?

A enfermeira é perpassada pelo atravessamento de fluxos de diversas ordens que, de certa forma, interferem em sua subjetividade. O fato é que ela, enquanto trabalhadora da saúde, recebeu influências desse modelo tecnoassistencial que associa o procedimento à qualidade na assistência. Trata-se de um processo de trabalho centrado nos procedimentos, o que acaba por resultar em uma tensão entre o profissional e o usuário, pois as necessidades do deste não foram satisfeitas na sua totalidade. A enfermeira reduziu sua clínica às informações sobre hipertensão e à realização de um exame, não compreendendo que esse espaço também é um espaço de produção de relações e ações que ocorre de forma partilhada, havendo um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir (MERHY, 1998a).

Outro atendimento observado ainda com a enfermeira também foi caracterizado pela dificuldade de escuta das necessidades de uma usuária que chega à unidade com horário marcado para realização do papanicolau. Durante o atendimento, a mulher é questionada a respeito do método utilizado para evitar a gravidez, e ela responde que fez a laqueadura⁹, lançando uma pergunta que provavelmente a estava deixando preocupada: *“tem como saber se sou operada ou amarrada?”* Nesse momento, a enfermeira rompe com a relação, pois essa pergunta à ameaça pelo não-saber. Parece que a profissional não permite espaço para o não-saber, pois seu lugar é o lugar do saber. Ela não consegue manejar seu não-saber, e responde desvalorizando a dúvida da usuária, dizendo que aquela pergunta não era o mais importante

⁹ Laqueadura é um processo de esterilização definitiva, que consiste no fechamento das tubas uterinas para impedir a descida do óvulo e a subida do espermatozoide. É uma cirurgia simples, na qual as trompas são cortadas e suas extremidades amarradas de tal forma que a passagem dos espermatozoides fica bloqueada na sua porção mais distal e a do óvulo bloqueada na porção mais proximal. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/mulher-2/laqueadura/>.

de ela saber, complementando que, se ela quisesse mais detalhes, precisaria passar pelo ginecologista e pedir um exame de ultrassom.

Há um desencontro entre a necessidade da mulher e a ação da profissional, que não se abriu a uma escuta mais ampliada. O que a mulher queria com aquela pergunta? O que estava se passando em seus pensamentos? Quais suas preocupações em relação à sua cirurgia? Tudo isso poderia ter sido trabalhado na consulta com a enfermeira, desde que a profissional se abrisse aos ruídos do encontro e se despisse de sua necessidade de se voltar apenas à coleta do exame. Porém a enfermeira precisava cumprir sua ação; mais que ficar tirando dúvidas sobre uma laqueadura, ela precisava orientar em relação ao autoexame da mama e depois realizar o papanicolau. Essa pergunta desviava sua ação de alguma forma e, então, não pôde acolher outras demandas da mulher que não fosse o exame propriamente dito.

Todo esse processo de trabalho evidencia a captura plena do trabalho vivo em ato, impedindo a construção do alívio produtivo pelo profissional. Aqui não há liberdade para ressignificação de suas ações, nem da invenção de novas possibilidades e sentidos para a produção do cuidado (MERHY, 2004a).

Como não houve um trabalho implicado, esses atendimentos foram marcados pela falta desse espaço relacional de trocas mútuas, de cumplicidade, responsabilização e vínculo. Nesse sentido é preciso que o trabalhador de saúde esteja comprometido com um espaço que seja acolhedor e aberto à escuta do outro, com uma prática clínica usuário-centrada (MERHY, 1998b).

Nesse encontro houve um desencontro com a proposta da clínica ampliada, considerando-a como um dispositivo resolutivo na atenção à saúde, e compreendida enquanto compromisso com o sujeito visto de forma singular e única, com uma ética profunda, além de concebê-la enquanto produção de vida (BRASIL, 2007).

Dessa maneira a prática da clínica ampliada consiste na capacidade de escuta do outro e de si mesmo, de lidar com práticas automatizadas de forma crítica e de conseguir lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, além de possibilitar lidar com a complexidade dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde e no reconhecimento dos limites da clínica centrada na doença (BRASIL, 2009).

Sabemos também que, para vivenciá-la, é preciso passar por um processo de desconstrução de pensamento, da concepção saúde-doença; é necessária uma transformação nos modos de produção de saúde. É preciso inventar, compor com as linhas e fluxos de vida que pedem passagem a fim de que não sejamos endurecidos em nossas práticas, mas que sejamos mais leves, abertos e comprometidos com a vida.

Cunha (s/a) afirma que a palavra “clínica” significa inclinar sobre o leito do doente, portanto, quando o trabalhador não se inclina e desconhece as singularidades de cada sujeito e de cada relação, há aí a produção de uma prática reduzida e padronizada. Uma das dificuldades de se compreender essa clínica ampliada está na confusão entre o instrumento (diagnóstico e terapia) e objeto de trabalho (pessoas, comunidade). O que ocorre muitas vezes é a redução desse objeto de trabalho; as especialidades acabam por fragmentar ainda mais o trabalho, e isso facilita a redução de responsabilização de cada trabalhador a determinados aspectos, como ocorreu no encontro entre a enfermeira e a mulher que pergunta sobre a laqueadura.

Quando um trabalhador reduz-se a temas pertinentes à sua profissão, corre o risco de diminuir sua prática clínica. Nesse sentido a clínica ampliada possibilita o reconhecimento das necessidades de cada pessoa em cada momento, de modo a aumentar as perspectivas de vida e autonomia. As consequências de uma prática clínica reduzida estão relacionadas à falta de adesão do usuário, conflitos, insatisfação dos trabalhadores, culpabilização dos usuários, dentre outros problemas (CUNHA, S/A).

Todos os aspectos explorados até o momento remetem-nos à produção de paixões tristes em detrimento da produção de paixões alegres. Diante da fala acima, proponho a questionarmos-nos: e a produção de paixões alegres? E a potência do agir dos sujeitos e seu protagonismo? Como transformar, então, as paixões tristes?

Acredito que não há respostas, e o desafio está na produção máxima de paixões alegres a fim de que se transmutem na potência de agir. Um corpo alegre está em plena produção de vida, ou seja, ele é capaz de ofertar com sua ação a produção de novos viveres. Em outros termos, só quem tem vida para ofertar produz novos sentidos para o viver (MERHY, 2004a).

A produção de paixões alegres aproxima-nos e possibilita o aumento da nossa potência de agir, de existir. Ela nos impulsiona e expande-nos (DELEUZE, 2002), e possibilita-nos, enquanto trabalhadores da saúde, o exercício de um trabalho que se abre a negociações, invenções, criações, que dá ao trabalhador um protagonismo mediado pela sua proposta ético-político de produção de cuidado (GALAVOTE et al., 2013).

Os trabalhadores possuem ações de acordo com suas intencionalidades e desejos, este último compreendido enquanto força que coloca o sujeito em movimento. No trabalho em saúde, a relação trabalhador-usuário é constante e, nessa relação, há a formação de fluxos de intensidades na prática de se afetar e ser afetado, sendo que essas afetações podem gerar um

efeito de alegria ou tristeza, que consiste no aumento ou na redução de sua potência de agir sobre o mundo (GALAVOTE et al., 2013).

Enquanto os atendimentos para a coleta do exame colpocitológico eram marcados pela técnica e pela dificuldade em escutar outras demandas e necessidades mais sutis, a enfermeira, por outro lado, também se revelou, em alguns momentos, uma trabalhadora que conseguiu fazer uma escuta empática, oferecer apoio e ouvir o clamor de alguns usuários. Pude percebê-la em diferentes tipos de atendimento, e neles houve diferentes posições da enfermeira. O que mais me chamou a atenção foi que, os casos em que ela, a meu ver, conseguiu escutar e acolher uma real demanda eram encontros não marcados, ou seja, consultas não agendadas. Nesses encontros a enfermeira colocou-se em uma postura mais aberta para a demanda do outro, assim como pude observar em relação a outros trabalhadores da equipe. As pessoas chegavam ali na unidade com uma necessidade e ela conseguia acolher, dar ouvidos e ter ações que contribuíram para a satisfação das necessidades.

Esse fato observado, das diferentes formas de relacionar-se com as pessoas, demonstra o quanto somos permeados por uma subjetividade que nos compõe. Somos múltiplos e, em cada situação, agimos de formas diferentes. Tudo depende de como fomos afetados e o que cada situação gera em nós. Essa multiplicidade pode ser vista no poema de Fernando Pessoa, *Não sei quantas almas tenho*, escrito em 1930:

Não sei quantas almas tenho.
Cada momento mudei.
Continuamente me estranho.
Nunca me vi nem acabei.
De tanto ser, só tenho alma.
Quem tem alma não tem calma.
Quem vê é só o que vê,
Quem sente não é quem é,
Atento ao que sou e vejo,
Torno-me eles e não eu.
Cada meu sonho ou desejo
É do que nasce e não meu.
Sou minha própria paisagem;
Assisto à minha passagem,
Diverso, móbil e só,
Não sei sentir-me onde estou.
Por isso, alheio, vou lendo
Como páginas, meu ser.
O que segue não prevendo,
O que passou a esquecer.
Noto à margem do que li
O que julguei que senti.
Releio e digo: "Fui eu?"
Deus sabe, porque o escreveu.

O poema coloca-nos a interrogação sobre quem somos nós, senão um infinito de “eus” com uma combinatória de experiências, de vivências, enfim, acerca da multiplicidade do eu.

Segundo Deleuze e Guattari (1995), a multiplicidade é compreendida aqui a partir de uma crítica em relação à percepção do mundo baseada em um sistema binário de lógica dicotômica, assim como o terceiro princípio do rizoma, que é o da multiplicidade: “as multiplicidades são rizomáticas e denunciam as pseudomultiplicidades arborescentes” (p. 16). Não há unidade, mas grandezas, determinações e dimensões que não crescem sem passar pela mudança de natureza e, à medida que há essa transformação, ela amplia suas conexões. “As multiplicidades se definem pelo fora: pela linha abstrata, linha de fuga ou de desterritorialização segundo a qual elas mudam de natureza ao se conectarem às outras” (p. 17).

Pude observar quanto aos trabalhadores da USF, apesar de uma visão reducionista dos usuários do serviço em alguns momentos, encontros em que o trabalhador aproximou-se mais da necessidade do usuário, compondo com ele uma maior mobilização do protagonismo dos sujeitos.

O trabalhador 6, ACS, em uma de suas visitas conseguiu ir além de protocolos e preenchimento de fichas e ofereceu uma escuta mais ampliada para uma usuária que estava com uma demanda muito grande de ser escutada. Para o ACS, o que estava estabelecido enquanto meta ou objetivo era o preenchimento do cadastro *e-SUS*, porém, diante da necessidade da mulher, ele conseguiu ir além do protocolo, algo o tocou naquele encontro que o fez perceber que a necessidade da usuária era maior ou mais importante do que o cadastro do *e-SUS*. O ACS poderia não dar vazão a essa demanda e seguir com suas próprias necessidades e objetivos, entretanto reconheceu que ali havia algo a mais. O *e-SUS*, naquele momento, não era o primordial; ele sabia que a mulher precisava ser ouvida e conseguiu realizar essa escuta.

Esse relato evidencia a postura do ACS, naquele momento, enquanto um trabalhador a favor da vida, que conseguiu produzir paixões alegres diante da dor de uma mulher que perdera um ente querido, estava com um filho com uma doença grave e outro internado em uma clínica de reabilitação. Ali ele conseguiu escutar, orientar e incentivar que a usuária procurasse-o na unidade quando precisasse. Colocou-se à disposição para ajudar naquilo que pudesse. Ao final dessa visita, a usuária já estava mais calma, tinha se tranquilizado e sentia-se mais encorajada a enfrentar as adversidades da vida.

O encontro entre o trabalhador e o usuário aqui permitiu, na medida do possível, a produção de um cuidado mais ampliado em que a tecnologia relacional da escuta ficou em

evidência em relação ao preenchimento da ficha *e-SUS*. O ACS foi atravessado por afetos e teve uma percepção da real demanda que se apresentava naquele encontro.

Quando tomamos o mundo do trabalho enquanto espaço de encontros, abrimo-nos às novas possibilidades de ações que são retiradas do próprio encontro e do fazer; ao deixarmos nos capturar pelo olhar do outro, nesse campo da saúde, fazemos gerar uma abertura para a vida e para o outro (MERHY, 2005).

Esse encontro dos sujeitos em ação, mutuamente se produzindo e disparando novas possibilidades de novos desenhos, é aberto às novas conformações. Aqui o trabalho vivo em ato se consolida da construção do cuidado.

Em alguns atendimentos pude observar a potência do encontro por onde passam as linhas de vida, como em alguns casos que envolveram a enfermeira e as técnicas de enfermagem que, em alguns momentos, abriram-se para as brechas dos encontros, conseguindo escutar e trabalhar com a real demanda apresentada pelo usuário; também na busca de autonomia pela médica e pelas possibilidades de escuta dos ACSs, sempre preocupados em fazer o melhor para esses usuários, alguns mais atentos, outros nem tanto, aos ruídos que se fizeram nas relações que pude observar.

A médica também apresentou, durante as consultas na unidade, uma prática clínica por vezes aberta ao usuário e às suas potencialidades. Uma questão que chamou a atenção em um dos atendimentos foi quando ela, a médica, ofereceu dois tipos de medicamentos, de forma que a senhora pudesse escolher. Demonstrou com isso, e em todo o decorrer da consulta, não um típico monólogo em que o médico está sempre de cabeça baixa prescrevendo ou olhando no relógio. Ali acontecia um encontro de dois, havia acordos com foco na autonomia do usuário, além de combinações, olhares, palavras que expressavam o cuidado e a possibilidade de escolha do usuário.

Em suas falas, a médica também manifesta esse desejo de realizar um acompanhamento mais próximo, longitudinal, e de que o serviço busque sair dessa conformação enquanto pronto-atendimento. Como é uma médica nova na unidade, seus atendimentos, durante o tempo em que estive na USF, eram de retorno da médica anterior, sendo a maioria para trocar receita ou ver exames. Em seu discurso, fala que não acredita no médico que não olha o paciente, que não o toca, e complementa dizendo que o paciente é um ser completo, integral, e que é preciso olhar para isso também.

Pude perceber que a médica, mesmo com seu foco no biológico, consegue buscar uma relação próxima com o usuário, escutá-lo, propor negociações e trabalhar com a busca de sua

autonomia, estabelecendo responsabilizações em que há uma implicação mútua, em processos cooperativos, de acordo com um movimento em que o agir de um dispara produção de vida no outro. Dessa maneira a tutela e sua implicação na produção da autonomia podem ser compreendidas no momento em que se constituem enquanto processos relacionais e de produção, sendo sempre possibilidades produtivas (MERHY, 2004b).

Uma situação curiosa que ocorreu em um atendimento médico foi que a usuária, após adentrar a sala, pede um encaminhamento para um cardiologista, pedido fruto da cultura instalada pela médica anterior na unidade de fazer inúmeros encaminhamentos e pedidos de exames não que fossem necessários enquanto muitos tinham possibilidade de serem acompanhados na própria unidade, como o caso dessa senhora.

A médica explica que ela pode ser tratada ali na unidade e que, se houver necessidade, futuramente faz o encaminhamento. A usuária, não satisfeita, diz que quem gostaria desse encaminhamento era sua filha. A médica, mais uma vez, explica para a senhora que nem sempre os encaminhamentos são necessários e que, naquele momento, ela poderia ser tratada ali na atenção básica. Nessa conversa a usuária pode compreender e aceitar o cuidado. Trata-se de um desafio a ser superado pela equipe de saúde de romper com essa lógica de encaminhamentos para especialistas e pedidos excessivos de exames nem sempre necessários.

O que ocorreu nesse encontro foi uma relação de escuta, retirada de dúvidas em que as tecnologias relacionais foram de suma importância para uma tentativa de estabelecimento de vínculo e de orientações de situações que podem ser cuidadas de forma efetiva na atenção básica.

Nesse encontro de médico-usuário criaram-se espaços abertos para as relações e aí ocorreram as intersecções, ou seja, não se trata da soma de um com o outro, mas sim o encontro de dois em um único momento. Esse espaço sempre ocorrerá em ato e está aberto às forças instituintes, à produção de uma intersecção partilhada, em que algo recíproco e mútuo acontece (MERHY, 1997).

Podemos observar que nos encontros do trabalho em saúde sempre haverá brechas por meio das quais o trabalhador pode tomar esses aspectos subjetivos para dar corpo à prática da clínica ampliada e resolutiva. O que acontece é que existem algumas diferenças entre os atendimentos de cada trabalhador. Cada um reage de uma maneira e é afetado diferentemente, e, por consequência, suas ações/intervenções também possuem caminhos diferentes, pois se trata do envolvimento de cada um com um projeto diferente de atenção à saúde e de concepção de sujeito. As linhas que compõem o trabalhador vão formando desenhos. Há pontos e conexões. Em alguns momentos os trabalhadores são perpassados por uma mesma

linha, porém em cada um faz um efeito diferente, e assim vão acontecendo as diversas composições.

Vejo que há a necessidade de cada profissional inventar, à sua maneira, possibilidades, movimentos em que não se deixe desaprender a enxergar, a ter esse olhar vibrátil e a escutar, sentir os afetos e vivências pelos quais são atravessados, talvez ressignificar seu próprio trabalho, suas práticas a fim de recriar um novo aberto à produção de Vida.

O que fazer da vida senão viver? Busquemos a vida onde se possa encontrá-la. Uma vez que a tivermos encontrado, ela mesma resolverá os problemas. Cada vez que nós negamos a vida a fim de resolver uma dificuldade, fazemos nascer dez outros problemas em vez do primeiro [...] Quando os homens buscarem em primeiro lugar a vida, eles não buscarão mais as terras nem o ouro [...] Buscai a vida e a vida trará a mudança... Tudo o que é vida é vulnerável, só o metal é invulnerável. Combatei pelo frágil desabrochar da vida, mas então não cedei jamais (LAWRENCE, 1989, apud PELBART, 2000, pp. 67-68).

Liberar a vida é fazê-la passar pelas brechas e fissuras que se abrem no cotidiano, nas relações, mas precisamos enxergá-las porque é por elas que se passam a força do desejo, que nos move e coloca-nos em ação. Desejo compreendido enquanto força de potência, potencial revolucionário que sempre quer mais conexões e agenciamentos (GUATTARI; ROLNIK, 1999).

O processo de trabalho visto enquanto micropolítica pode ser o lugar da mudança, ao levar em consideração um compromisso ético-político de defesa da vida por meio de uma prática acolhedora, que busca estabelecer vínculos, resolutividade e a criação de autonomia dos usuários (MALTA; MERHY, 2003).

Pude observar, na maioria dos atendimentos dos quais participei, que os trabalhadores eram perpassados por nuances, ou seja, em alguns momentos se revestiam do saber técnico, do cumprimento de protocolos, das orientações verticalizadas, normas, porém, em outros momentos, conseguiam sair dessa roupagem e se voltavam para um cuidado mais integral, para as tecnologias relacionais, para a necessidade do outro e sua escuta.

Essas observações remetem-se aos processos de formação e desconstrução dos nossos “territórios existenciais”, compreendidos como o que existe dentro de cada um, que define a forma de significar o mundo e interagir com ele. É esse agir diante da vida, singular e múltiplo, que nos faz relacionarmo-nos de formas diferentes com o mundo (ROLNIK, 2006).

Os territórios existenciais nos processos de trabalho nos quais os trabalhadores se inscrevem podem levar à produção de acolhimento, vínculo e cuidado voltados para a autonomia, mas também ser o reverso disso. Como o território existencial habita o sujeito,

quer dizer que ele vai sempre operar aquele cuidado que está no seu universo enquanto uma ética a ser construída, ou seja, o que define a lógica do cuidado não é o espaço físico onde ele é realizado, mas sim o território no qual esse trabalhador está inserido enquanto sujeito ético-político está marcado nele como aquilo que faz sentido para ele e acompanha-o onde ele estiver vivenciando o processo de trabalho (FRANCO et al., 2009).

Nesse processo de produção do cotidiano que se realiza por movimentos de territorialização e desterritorialização, os sujeitos operam em intensidades divergentes para cada movimento, portanto podem desterritorializar, rompendo com seu lugar de origem, adotando novos territórios existenciais que estejam comprometidos com a produção de uma nova realidade social, ou podem continuar territorializados, o que leva à não produção de mudanças sociais, “eternizando um *status* conservador de funcionamento social” e reproduzindo as relações (FRANCO et al., 2009, p. 28).

Essa dinâmica subjetiva de produção da realidade possibilita compreender as diversas nuances pelas quais os trabalhadores passaram nos momentos dos atendimentos, o que revela a complexidade das ações humanas no contexto da micropolítica. Em muitos momentos a realidade social manifestou-se na reprodução e em processos de aprisionamento subjetivo dos sujeitos, revelando que a ética da vida foi capturada pela normatividade das relações, do trabalho, pela repetição.

6.2. Sobre o processo de trabalho em saúde

As relações foram o objeto desse estudo, e, para compreendê-las, foi importante perceber quais as linhas, as concepções e como se dá o processo de trabalho em saúde na USF das Hortências. Durante o tempo em que fiquei na unidade, pude conhecer seus trabalhadores, suas relações e a forma como ela está organizada e captei alguns movimentos, algumas linhas a respeito de seu processo de trabalho.

Em relação ao seu funcionamento e tudo que a engloba, coloco a USF das Hortências como um espaço de produção subjetiva que segue em fluxos de intensidades contínuas entre os trabalhadores que atuam na construção de um *socius*, compreendido como espaço social em que cada um está inserido no contexto de uma micropolítica.

Tais fluxos de intensidades nos quais os trabalhadores conectam entre si são como o conceito de rizoma, denominado por Deleuze e Guattari (1995) como um movimento em fluxo horizontal, que se espalha e está sempre aberto ao permitir diversas entradas e romper-se, refazer-se em novas conexões, e não possui uma direção clara e definida. Assim os autores tomam o rizoma na perspectiva da resistência ético-estético-política para entender as produções sociais. Trata-se de linhas, e não de formas; o rizoma não se fecha sobre si, é aberto a experimentações, é sempre ultrapassado por outras linhas de intensidade que o atravessam. Como um mapa que se espalha em todas as direções, abre-se e fecha-se, pulsa, constrói e desconstrói. Cresce onde há espaço, floresce onde encontra possibilidades, cria seu ambiente.

O que, então, compõe esse rizoma? O que o compõe são os trabalhadores, os usuários, as salas de atendimento onde as relações acontecem, os espaços entre um local e outro, a sala de espera, recepção, cozinha, todos os espaços habitados por todos que os ocupam.

O processo de trabalho a partir das conexões rizomáticas pode fazer-se ou romper-se em algum momento ou em algum lugar, porém busca chegar a algum lugar, algum destino. Nesse sentido o romper experimentado aqui pode abrir portas e uma gama de possibilidades, de abertura à vida. Já dizia Deleuze e Guattari que, para criar algo novo, é necessário romper com o território existente a fim de criar outro que também seja novo.

Esse universo de referência que acompanha o trabalhador e seus encontros com os usuários está repleto de subjetividades, ruídos e vibrações que vou buscar trabalhar nesse momento.

Um fato que me chamou muito a atenção e que faz parte dessa realidade é que, na cidade do estudo, os médicos concursados e que trabalham na Estratégia Saúde da Família não recebem por carga horária trabalhada, mas sim pela quantidade de pacientes atendidos. Essa forma de pagamento por procedimento segue uma lógica capitalista, havendo uma relação de mercado em que se reduz a saúde a mercadoria, e, assim, ela perde seu sentido. O que era para ser produção de cuidado torna-se algo seriado e quantificado. O médico pode atender 20 usuários em 30 minutos e já está livre de suas responsabilidades com a unidade. Pode ir embora. O que importa é que ele atenda 20 pessoas em uma manhã ou uma tarde. Não há tempo para delongas. O médico precisa correr, afinal tempo é dinheiro e ele tem seus outros vínculos de trabalho.

Vemos, nos serviços, uma supervalorização da dimensão econômica e uma obsessão pela modernização, a partir de uma idealização da técnica e da tecnologia em nome da intensificação da produção. A sociedade pós-moderna se coloca sob o signo da urgência, onde a necessidade de tempo se apresenta como uma exigência para o sujeito não ser rejeitado, associado à situação de incerteza radical da vida cotidiana (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003, p. 359).

Diante dessa situação, vimos a forte presença do modo de produção capitalista na saúde, em que são preconizados números de atendimentos; o usuário torna-se um número, uma senha, e não um ser integral que possui necessidades e vida.

A partir das contribuições de Aragon (2003) e Merhy (1998), podemos observar o quão sutilmente, envolvidos pela lógica capitalista de mercado, produzimos a desumanização em saúde, pois o foco do trabalho volta-se para a produção de atendimentos e procedimentos que suprem uma demanda conformada a partir de uma perspectiva de consumo de produtos que, de forma mágica, consigam sanar os problemas de saúde. Tudo isso é construído socialmente com grande influência da mídia e de quem possui o poder do capital (MATUMOTO, 2003).

Caminhando nessa direção também pude perceber a influência da chamada sociedade mundial de controle dentro das práticas de saúde na ESF, principalmente durante as visitas domiciliares, uma vez que o simples fato de realizá-las não quer dizer que está havendo mudança do modelo de assistência. É importante atentar-se ao fato de que a visita seja direcionada para situações nas quais realmente haja necessidade, pois, ao contrário, sua existência conota um reforço ideológico de dependência da população em relação a esse profissional, e até mesmo pode, também, funcionar como uma estratégia de controle do Estado sobre o indivíduo (FRANCO; MERHY, 2007).

Franco e Merhy (1999), em seu texto sobre a ESF, chamam a atenção para o fato de que a visita domiciliar, enquanto instrumento de trabalho da saúde da família, ao mesmo tempo em que pode apresentar bons resultados também pode sugerir uma intromissão exagerada na vida das pessoas, limitando, assim, seu grau de liberdade e privacidade. Dessa forma o controle que o Estado pode exercer sobre o homem fica mais evidente ao considerar as heranças autoritárias de nosso país.

A sociedade de controle é caracterizada por Deleuze (1992) como uma sociedade que está aparecendo sutilmente por meio de formas de controle como “prisões ao ar livre”. Como não há um espaço definido, o controle é exercido em qualquer lugar de forma contínua, interconectada, instantânea, mediante, por exemplo, senhas de acesso e avaliações permanentes; não existe mais demarcação de espaço público e privado, há uma ausência de limites definidos. Na sociedade de controle o poder não é mais hierárquico, mas sim distribuído/disperso em uma rede planetária. As instâncias do poder estão dissolvidas por entre as pessoas, o poder não é mais representado por alguém; ele perpassa a todos sutilmente como uma rede.

A depender do modo como se operacionalizam as ações na ESF, concordamos com Franco e Merhy (1999) quando alertam para o risco de elas se transformarem em instrumento de controle, e não de produção de cuidado.

Em algumas visitas domiciliares pude presenciar a prática do trabalhador de saúde enquanto uma prática de controle invasiva que, em muitas vezes, não respeita a própria organização dos usuários, como a trabalhadora 1, técnica de enfermagem, ao chegar a uma casa e já dar ordens em relação à organização das receitas médicas: “*As receitas precisam estar organizadas, é preciso separar essa papelada toda* (trabalhadora 1 – informação verbal).

A trabalhadora 1 coloca a sua ordem em um espaço que não é seu. Ela acredita que as receitas estão desorganizadas e que precisa dar uma ordem nesse caos, e quem dá a ordem não é a dona da casa, mas sim a própria trabalhadora, que parece querer vigiar e controlar. Além de querer colocar ordem naquilo que considera caos, a técnica de enfermagem também é enfática em praticamente proibir que a senhora saia de casa no dia em que a vigilância iria até o domicílio para vacinar o senhor usuário do serviço. Há aí uma relação de controle em que a horizontalidade não existe. A cuidadora praticamente não possui voz em sua própria casa, ela simplesmente ouve a ordem e se cala.

Em uma entrevista com o trabalhador 6, ACS, podemos observar a característica do trabalho no domicílio como certo tipo de controle, ainda que sutil:

Aí tem como o agente observar mais os ponto crítico que tem na própria casa. Igual, a convivência com a família, a própria higiene da pessoa com a casa dela, a questão de vetores também, o terreno baldio que tem no bairro [...] O agente vai levar a informação do paciente para outros profissionais. Como o médico, ele dá orientação nas consultas, aí ele pega e fala pra gente: “ó, fica de olho em tal paciente e confere pra mim se ele tá tomando (informação verbal).

Ah, eu não. Então, se eu sei que é uma casa que tem algum problema, que tem hipertenso e diabético aí eu fico um pouco mais, né, porque aí você tem que perguntar, né, se tá tomando os remédios, se tá fazendo os exercícios direito, aí você fica um pouco mais (trabalhador 7ACS – informação verbal).

Levando em consideração a sociedade de controle e suas influências na organização dos serviços de saúde, observamos que as práticas em saúde obedecem a uma lógica que é sempre determinada pelos interesses do capital, qual seja, a de reprodução da força de

trabalho. O profissional de saúde aí tem se tornado reprodutor do modo tradicional de se fazer saúde, não se desvencilhando, então, da lógica hegemônica.

É importante perceber onde as práticas de saúde têm operado como estratégias de biopoder, compreendido como poder sobre o corpo (poder do soberano de fazer morrer e deixar viver) por meio de técnicas de poder centradas no corpo individual que permitem vigilância.

Outro ponto também a ser discutido diz respeito ao modo de reproduzir a vida, fruto dessa sociedade de controle em que cada um pode cuidar de si, porém não para criar uma forma própria de viver, mas sim para criar um protocolo de viver, como descreve Merhy (2009, p. 11), “[...] comendo alimentos remédios, fazendo exercícios saudáveis, relacionando-se calmamente e de modo sossegado, não perturbando o outro tomado como uma ilha em si mesmo, cujo território existencial deve ser visto como um isolamento liberal”.

Matumoto (2003) afirma que se torna necessário, portanto, construir junto aos profissionais uma cultura de atenção cuidadora à saúde, e não de atenção à doença, uma nova forma de se trabalhar em saúde que se desvie dessa lógica da produção de procedimentos, da formação estritamente técnica e da manutenção dos interesses do mercado. Essa mudança do modelo assistencial torna-se viável a partir da reorganização das formas de trabalho dos profissionais de saúde no sentido de produzir mudanças e abrir portas para o encontro, que busca o cuidado e enxerga o outro na sua dimensão humana.

Essa mudança no modelo assistencial de saúde é muito propícia, pois ainda percebemos, no estudo, a presença marcante do modelo hegemônico de saúde, em que não há espaço para a escuta, e se o há, não há acolhimento da demanda. A profissional aqui obedece a um protocolo para execução de tarefas previamente determinadas, como a utilização das tecnologias duras e leve-duras, e não consegue ir além desse protocolo, limitando-se a ele.

Nesse sentido em muitos casos o encontro entre trabalhador e usuário produziu tristeza, no sentido de diminuição da potência de agir no mundo da vida, configurando-se, assim, em linhas de morte, pois o protocolo, a técnica em si se sobrepôs ao cuidado integral e às tecnologias relacionais (FRANCO et al., 2009).

Pude presenciar muitos momentos em que o protocolo e as técnicas procedimentais tiveram mais importância em momentos em que a escuta e as tecnologias relacionais eram mais importantes, como no caso das consultas de papanicolau em que algumas mulheres precisavam ser ouvidas, assim como em uma visita domiciliar médica para uma usuária restrita ao lar que era cuidada por sua irmã e sobrinha. A médica chega, cumprimenta e começa a avaliar o estado

de saúde dessa usuária que possui atrofia muscular. Ela vê os olhos, a garganta e o peito, que está carregado.

A doutora explica que vai precisar de antibiótico, pois o medicamento que ela usa não vai dar resultado por estar num estado infeccioso. Sugere um antibiótico e fazer inalações de vapor de água, além da ingestão de muito líquido. Orienta a marcar um retorno. Em alguns momentos a cuidadora se manifesta, dizendo que é uma vida inteira cuidando. Sua fala cai no nada, ela não é enxergada pelos trabalhadores que só têm olhos para a mulher atrofiada na cadeira.

A visita foi puramente voltada para o biológico, com centralidade nas tecnologias duras e leve-duras. Em nenhum momento ouviu-se a cuidadora, como ela estava se sentindo, como era estar cuidando, se precisava de alguma ajuda. O foco aqui eram as ações na usuária, e não na cuidadora, que tentava apresentar suas demandas.

Acredito que as práticas de saúde podem se constituir também enquanto estratégias biopolíticas, ou seja, novas tecnologias de poder que se voltam para o coletivo, lançando mão da estatística, demografia, epidemiologia, entre outras estratégias de controle e, a partir de tudo isso, pensar como dar novos sentidos às práticas de saúde, e de que forma é possível rascunhar uma nova biopolítica que possibilite a construção de viveres coletivos e solidários inseridos em um modo ético e estético que permita a produção de Vida (MERHY, 2009).

O processo de trabalho em saúde possui alguns elementos essenciais que o compõem, sendo o objeto, o instrumento do trabalho e a sua finalidade, ou seja, a ação terapêutica de cuidado. Dentro desse campo a respeito do processo de trabalho temos que, em muitos encontros observados, o objeto do atendimento não foi o sujeito e sua subjetividade, mas sim os protocolos, como o preenchimento do cadastro *e-SUS* por parte dos ACSs, ou o exame papanicolau por parte da enfermeira, e até mesmo os procedimentos de aferição de pressão arterial e glicemia por parte das técnicas de enfermagem.

Os meios e instrumentos utilizados pelos trabalhadores de saúde nos encontros limitaram-se às tecnologias duras e leve-duras em detrimento das relacionais, também percebidas em alguns momentos, e a finalidade, em muitos casos, reduziu-se à satisfação de necessidades próprias do trabalhador, e não do usuário, prevalecendo o trabalho morto, pois o trabalho vivo foi capturado pelas tecnologias mais estruturadas (MALTA; MERHY, 2003).

Esses exemplos de encontros são caracterizados pelo modelo de assistência atual, em que as relações produzidas nos serviços de saúde, os espaços de encontro entre trabalhador e usuário são preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, tratando-se de uma relação objetual, marcada pela perda de processos instituintes (MALTA, MERHY, 2003).

O trabalhador da saúde tem sempre muito a dizer: tome isso, não tome isso, faça assim, não faça assim; bom seria se tivessem mais a ouvir do a que dizer, pois assim abririam possibilidades de descobrir novas necessidades e a interação com os usuários poderia pautar-se na escuta, e não apenas em prescrições que, a priori, desconsideram as condições de existência das pessoas (REIS et al., 2007, p. 659).

Percebi que muitos usuários não tiveram suas necessidades atendidas porque os trabalhadores estavam voltados para as suas próprias demandas e não se davam conta do real motivo da procura pelo serviço de saúde. Além disso, a dificuldade de se abrirem à escuta pode estar relacionada ao contato com o sofrimento das famílias assistidas, e isso poderia fazer com que houvesse um distanciamento desses trabalhadores como medida de segurança e de defesa de suas próprias dores e medos (REIS et al., 2007).

Ocorre que a ESF estudada está conformada de um modo que não possibilita a partilha entre os trabalhadores; as reuniões acontecem esporadicamente, e não há espaço para falarem de suas dificuldades ou para discutirem algum caso e elaborarem um projeto terapêutico singular para uma família. A falta desse espaço de partilha gera um trabalho fragmentado e esfacelado, o que contribui para que o trabalho vivo torne-se trabalho morto. A conformação do trabalho dentro da ESF leva à necessidade da criação de espaços de apoio e suporte aos profissionais a fim de que possam trazer suas dores, sofrimentos e angústias despertados pelo encontro com o usuário (REIS et al., 2007).

Baremlitt (2002) vê grande importância na busca de espaços que sejam democráticos e de decisões coletivas, pois, assim, há um investimento na “criação do sujeito coletivo”, o que representa uma força que impulsiona e faz criticar o que trava e paralisa a instituição, levando, desse modo, a uma intensa criação de forças que mobilizam e levam a ideias inovadoras, que potencializam o cuidado em saúde e cuidam desse trabalhador tantas vezes esgotado pelo trabalho.

Além da falta desse espaço de partilha que gera uma série de prejuízos para a unidade de saúde e seus trabalhadores, o que ocorreu na unidade no tempo em que permaneci por lá foi que a própria gestão do serviço público retirava os profissionais de sua profecia inicial, isto é, quando ele é retirado de sua finalidade. Há um objetivo, uma missão a ser cumprida, um sentido que dá luz à prática enquanto trabalhador implicado com a saúde. Quando essa profecia não é realizada, ela revela a captura das forças instituintes.

Acontece uma falsificação da profecia inicial quando os gestores retiram os trabalhadores de seu campo de atuação, como aconteceu com os ACSs que, em vários dias,

foram retirados de sua ação, de suas visitas domiciliares para participarem de cursos que pouco contribuíram para sua prática profissional, ou, então, como ocorreu em algumas vezes, a retirada da médica, sem aviso prévio, de seus atendimentos para reuniões de última hora na secretaria de saúde, deixando os usuários esperando horas pelo atendimento ou tendo que ser todos reagendados, causando um tumulto e uma dificuldade de organização na unidade de saúde, além de tensões e dificuldade de firmar-se vínculo entre trabalhadores e usuários.

O trabalhador 4, diz que, por conta dos inúmeros cursos desnecessários, não consegue realizar visitas mensais (Impossibilidades de executar seu trabalho por conta de cursos que não são tão aproveitáveis) (Diário de bordo).

A próxima fala é do trabalhador 7, ACS, que caracteriza os cursos oferecidos como algo que não acrescenta muito para a sua prática profissional:

[...] Tem as fichas e também os cursos que eles dão, né, tem sempre uma coisinha ou outra que acaba aprendendo, né, tá certo que a maioria é tudo encheção mesmo, né (risos). E quando os caras mandam lá pro curso, aí a maioria das vezes é dinâmica, né, e, nossa! Eu odeio dinâmica, acho uma coisa pra criança, parece grupo de autoajuda, pra aquela pessoa que não consegue se expressar, não consegue falar em público (informação verbal).

Há também uma falsificação da profecia inicial quando os trabalhadores ficam focados nos procedimentos, nas tecnologias duras e, aí, nesse caminho, há a perda da dimensão cuidadora e da produção do sujeito autônomo. No cuidado em ato, no espaço intercessor do encontro do trabalhador e do usuário, há uma potência de ação, existe uma potência de produção de vida que muitas vezes é sufocada por essa falsificação da profecia inicial que tira o trabalhador de sua finalidade (HESS, 2007).

6.3. O e-SUS como analisador do processo de trabalho

Durante o estudo, o cadastro do e-SUS foi assunto recorrente entre os ACSs. Era motivo de inúmeras queixas, atraso nos atendimentos e desvio de foco durante as visitas. O fato nos levou a tomá-lo como um analisador do processo de trabalho e das relações trabalhador-usuário.

Segundo Baremlitt (2002), os analisadores são fenômenos que revelam, que fazem falar o não-dito da instituição. É como na psicanálise, que se utiliza dos elementos inconscientes como os sonhos e atos falhos enquanto material para ser analisado.

O analisador é um conceito dado por Guattari (1972) e diz respeito àquilo que provoca análise. Surge como uma ferramenta analítica que deslocaliza ou despessoaliza a intervenção.

Os analisadores podem ser naturais ou artificiais, sendo os naturais aqueles que se produzem naturalmente, e artificiais ou construídos os inventados pelo analista a fim de propiciar a explicitação de saberes, tensões de uma instituição. O analisador sempre implica na análise de uma nova realidade (BAREMBLITT, 2002).

Lourau (1975) afirma que o analisador traz luz à verdade da situação e que oferece informações sobre as implicações de cada um, apontando o local onde o poder está escondido. Que acontecimentos colocam em análise a realidade institucional?

Podemos utilizar o *e-SUS* enquanto um analisador do processo de trabalho em saúde na USF das Hortências.

O que ocorreu foi que os gestores selecionaram a equipe da USF das Hortências para realizar com a população o cadastro do *e-SUS*, uma estratégia do departamento de atenção básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Essa seria a equipe piloto, ou seja, seria a primeira equipe a experimentar o cadastro do *e-SUS* no município. Porém essa seleção foi imposta pela equipe; não houve um acordo; ela teria um prazo para terminar esses cadastros.

Percebi que essa demanda, de certa forma, causou tensões no andamento das visitas domiciliares de acompanhamento das famílias. Todos os ACSs estavam pressionados para preencher o tal cadastro, e as visitas passaram a ter a finalidade de recadastramento, e não de cuidado, reduzindo o atendimento do ACS a perguntas do *e-SUS*.

A seguir alguns trechos que evidenciam o quanto o *e-SUS* modificou a rotina dos ACSs e trouxe questões interessantes de se analisar:

A trabalhadora 8, ACS disse que tinha muito serviço a fazer devido à transição do SIAB para o E-SUS, e que tinha que preencher muitos dados de cada família cadastrada em sua microárea – (Trecho do diário de bordo).

Em relação à ficha do e-SUS, a trabalhadora 8 também disse que não pergunta algumas coisas, como “opção sexual”. “Como eu faço essa pergunta? E se o menino tiver perto do pai e for homossexual, como ele vai me falar isso? E nem sei se todo mundo entende essas perguntas, então já até falei pra enfermeira que tem perguntar, que eu não pergunto!” – (Trecho do diário de bordo).

O cadastro do *e-SUS* foi imposto para a equipe e isso gerou alguns entraves, pois o cadastro deveria ser passado para o computador. Era preciso alimentar o sistema *online*, porém a unidade não possuía computadores para os ACSs, o que dificultou a realização da tarefa. Além disso, após um tempo de tentativa de cadastro e diante das dificuldades, o *e-SUS* foi interrompido e a sensação que ficou foi de trabalho perdido.

O *e-SUS* enquanto analisador revela o descontentamento dos ACSs em relação à sua atuação e o quanto as visitas domiciliares ficaram reduzidas ao preenchimento do cadastro.

O que ficou evidente foi que as visitas não tinham mais a finalidade da realização do cuidado, de acompanhamento das questões de saúde, mas eram realizadas para cumprir um protocolo imposto pela gestão: cadastramento do *e-SUS*. Em muitas visitas que acompanhei pude perceber que as famílias possuíam algumas demandas que ficaram sem ser atendidas porque os ACSs tinham, ali, como finalidade e objeto de seu trabalho a realização do cadastro do *e-SUS*.

Na caminhada das visitas, o trabalhador 4, ACS, me explica que nesse momento só faz visitas de cadastro pro e-SUS porque eles têm uma meta a ser cumprida até o mês de julho desse e-SUS, mas que, se chegar numa casa em que alguém tenha HAS e/ou DM, aí ele pode até perguntar – (Trecho do diário de bordo).

O ACS realiza todas as visitas com o propósito de preencher o *e-SUS*. E sua postura não é de acolhimento. Ele está inconformado com essa história do *e-SUS*, e chega até a ser seco com as pessoas cujos cadastros precisa preencher. Não olha nos olhos, não se abre às perguntas dos usuários e nem escuta o que eles falam fora do contexto do cadastro.

A seguir um exemplo do atendimento do ACS no preenchimento do cadastro em uma visita domiciliar:

O trabalhador 4 pergunta de sua P.A. “Ah, eu nem mido mais”. Então o ACS a orienta a passar no posto pra ver sobre a pressão. Depois pergunta do cartão SUS. Ela apresenta e ele pede pra entrar em sua casa pra preencher a ficha do e-SUS, ela abre a casa e entramos [...] Neusa conta que há 7 anos não passa no hospital. A última vez foi quando foi queimada com álcool. A mulher apresenta queimaduras/braço meio deformado. A história me chama a atenção, mas ela fala pouco. O ACS não entra no assunto e apenas, de cabeça baixa, escreve na ficha do e-SUS (a atitude de dele com essa ficha do e-SUS me incomoda. Será que precisa ser assim mesmo as visitas? Mas não falo nada, apenas penso). Rosa conta que tem

um filho de 19 anos que está preso e que já passou até pela Fundação Casa por tráfico e roubo – (Trecho do diário de bordo).

Durante a visita, a usuária em vários momentos traz algumas questões e assuntos que são anulados pelo ACS, que se limita ao cadastro do *e-SUS*. Aqui as dimensões da produção de cuidado e da escuta estão limitadas. O ACS não vai além do protocolo porque o que interessa é seu objetivo de preenchimento do *e-SUS*, como disse durante a entrevista:

P – E você acha que os objetivos da visita na casa da Rosa foram alcançados?

R – Foram. Graças a Deus foi, porque conseguimos atualizar o cadastro dela, colher todos os dados necessários para poder fazer no novo sistema, que é o e-SUS, então foi alcançado. Foi de sucesso! (informação verbal).

O trabalhador 4, ACS, apresenta algumas nuances durante seus atendimentos. Ele, inclusive, faz a divisão: visitas para o *e-SUS* e as visitas denominadas por ele como “informais”, que são dos usuários com quem ele possui mais vínculo, e que o *e-SUS* não é sua principal finalidade, mas sim a busca de um cuidado mais próximo e a satisfação das necessidades desses usuários.

Saímos da última casa e o ACS diz que as visitas acabaram. “Agora vamos conhecer minha área” (se referindo à área em que tinha mais intimidade e amizades), e me leva pra outra rua onde diz que agora realizaria suas visitas informais. Ali, vai cumprimentando todos que estão na rua; um deles é o Sr. Carlos, que fala de uma receita que precisa ser trocada, mas havia ido hoje à unidade e não tinha médico. Então o ACS pega a receita pra ver se consegue trocar ele mesmo, pois se trata de um medicamento de uso contínuo. Também paramos na casa do Sr. Leonardo, que pergunta sobre a metformina e mostra a receita pro ACS que o orienta a ir verificar sua P.A., tomar vacina da gripe e marcar uma consulta.

Percebo que ele quer me mostrar a relação de amizade que tem com o pessoal dessa rua, mostra que ajuda de verdade, nem que esse ajudar seja fazer pelo próprio usuário. – (Trecho do diário de bordo).

Diferentemente do trabalhador 4, outro ACS, o trabalhador 6, em alguns momentos conseguiu colocar o *e-SUS* em segundo plano ao identificar as demandas dos usuários com os quais realizou a visita. Por mais que seu objetivo fosse o preenchimento do *e-SUS*, ele se voltou para a necessidade do outro.

Os outros ACSs também saíam para as visitas com o objetivo de preencher o *e-SUS*, afinal havia aí uma pressão vinda dos gestores para que isso fosse cumprido. Esse episódio contribuiu para que as visitas tomassem um novo rumo e reduzissem-se a esse cadastro, como podemos ver no trecho do diário de bordo durante uma visita da trabalhadora 8:

Chegamos a uma casa e logo fomos recebidos por sua proprietária, que nos recebe muito bem e nos convida a entrar. Somos levadas até a cozinha onde ela nos oferece um café enquanto conta um pouco sobre sua vida. A mulher conta que desenvolveu algum transtorno de ansiedade associado à depressão e faz uso de medicamentos. A ACS, então, movida por seus objetivos, faz as perguntas de protocolo, pergunta do marido e de seu pai. Depois a mulher volta a falar que acredita que desenvolveu a crise de ansiedade por cuidar do pai. Disse que ele é separado de sua mãe porque há 5 anos a traiu com sua prima. Aí foi um caos na família e seus irmãos não perdoam o pai, que se arrependeu e quer voltar com a esposa. Ela contou que sua mãe também sofre, mas não consegue perdoar. Então ela que ficou para cuidar do pai.

Diante do exposto, dessa confissão, a ACS apenas ouve, parece que não há o que falar, não há nenhuma intervenção ali, apenas o ouvir. Talvez a trabalhadora tenha enxergado essa confissão como apenas mais uma das que ouve. Qual era a necessidade daquela mulher naquele momento? Ser ouvida? Buscar algum apoio? Mas a ACS tinha outros objetivos, que eram relacionados ao preenchimento das fichas – (Trecho do diário de bordo).

O objeto das visitas não foi mais os sujeitos em sua subjetividade e suas famílias, e sim o preenchimento de um cadastro. Aqui o *e-SUS* revela-nos um pouco da essência do que se produziu nos encontros trabalhador-usuário.

A fim de encerrar a discussão, sempre repleta de infinitas possibilidades, apesar de sermos finitos e limitados, buscamos, de alguma forma, colocar alguns pontos.

Outro aspecto que chamou a atenção em relação aos trabalhadores da unidade estudada foi em relação à identidade profissional. Os trabalhadores que ali exerciam uma função, ou já tiveram outras formações ou estão terminando alguma formação que difere do que exercem atualmente. A médica da unidade iniciou seus estudos na enfermagem e apenas no terceiro ano de faculdade foi para a medicina. Já a trabalhadora 1, técnica de enfermagem é enfermeira de formação, porém “escolheu” pela falta de oportunidades e por questões financeiras exercer a função de técnica. A outra técnica de enfermagem deseja um dia tornar-se assistente social. O trabalhador 6 estava finalizando seu curso de enfermagem e também já fez o técnico de enfermagem, e o trabalhador 7 também estava finalizando o curso de Direito.

Todas essas características dos trabalhadores levam-me a pensar sobre as influências dessas formações que os atravessam durante os encontros com os usuários, seus desejos, e como essa identidade profissional repercute em suas vidas enquanto trabalhadores.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. Não há um ponto final

Tudo vai, tudo volta; eternamente gira a roda do ser.
Tudo morre, tudo re floresce, eternamente transcorre o ano do ser.
Tudo se desfaz, tudo é refeito; eternamente fiel a si mesmo permanece o anel eternamente constrói-se a mesma casa do ser.
Tudo se separa, tudo volta a se encontrar; eternamente fiel a si mesmo permanece o anel do ser.
Em cada instante começa o ser; em torno de todo o "aqui" rola a bola "acolá".
O meio está em toda parte. Curvo é o caminho da eternidade
(NIETZSCHE, 2007, p.284).

Chego até aqui com a sensação de que nada está pronto e acabado, pelo contrário, parece ser tudo provisório e inacabado. Finalizar esta pesquisa não me trouxe a sensação de trabalho cumprido, pronto. Esse tema não se esgotou, e acredito também que não se esgote porque há uma multiplicidade de possibilidades e atravessamentos a cada leitura realizada. Ao olhar as produções, nas cartografias, no diário de bordo tenho a sensação de infinito. Parece impossível esgotar.

Proponho aqui, então, alguns pontos, algumas considerações apresentadas e discutidas a partir da produção dos dados relacionado aos objetivos do estudo e seus pressupostos, pois há muito mais a dizer sobre a pesquisa, as relações dos trabalhadores e usuários da unidade de saúde estudada, sobre o que se passa nesses encontros e quais forças estão presentes ali.

O trabalho em saúde está implicado na busca de um espaço relacional, um espaço intercessor, em um espaço de encontro onde há a tentativa de produção de cuidado. Esse encontro é permeado pelos afetos produzidos entre os sujeitos envolvidos, haja vista que cada envolvido é um produto social, ou seja, estão presentes nos sujeitos necessidades, histórias, vivências, desejos, construindo, assim, um espaço relacional permeado pela produção de subjetividade.

É nesse espaço intercessor que podemos nos deparar com a potencialidade do trabalho vivo em ato, pois é aqui que ocorre a ação, é aqui que o trabalhador pode decidir quais ferramentas irá utilizar para a produção do cuidado e com a possibilidade de realizar uma clínica ampliada, de produção devida e de protagonismo do sujeito.

Diante desse cenário do espaço relacional estudado em uma unidade de saúde da família, pude observar que o que mais se destaca nas relações é ainda a prevalência do modelo hegemônico de saúde, do cuidado centrado em técnicas procedimentais e protocolos. Muito

ainda da prática dos trabalhadores reduz-se a um procedimento, como um exame de saúde da mulher ou ao preenchimento da ficha A e do e-SUS pelos agentes comunitários de saúde em detrimento das tecnologias leves, relacionais, que possibilitam e ampliam um cuidado mais integral e de produção de vida.

O modelo hegemônico de saúde ainda permanece marcado nas práticas de saúde dos trabalhadores de forma geral. As capturas no trabalho em saúde podem acontecer por meio das tecnologias “duras” e “leve-duras” em que cada trabalhador aplica seu conhecimento a fim de produzir o cuidado.

Esse modo de trabalho observado durante o estudo é marcado pelo distanciamento das necessidades e interesses dos usuários e predomínio de ações centradas em tecnologias duras que se dão a partir de um saber estruturado e que acaba reduzido à produção de procedimentos. Além disso, é pautado no individualismo, mecanicismo, biologismo e no curativismo.

No estudo também percebemos a existência de algumas instituições que estão presentes no momento do encontro trabalhador-usuário e que perpassa esse primeiro; dentre elas a instituição saúde, a enfermagem e a assistência social que, no caso, dão-se por uma faceta do controle, do seguimento de regras, e estão intensamente presentes nas relações estudadas.

Essas instituições presentes são marcadas por certo imperialismo expresso na forma de agir do trabalhador, que precisa imperar sobre algo mais fraco. Elas prescrevem como deve ser um atendimento, como instruir, orientar e regular a saúde do outro. Em muitos casos há uma limitação ao biológico, constatando-se a reprodução de práticas e a dificuldade de olhar para cada necessidade apresentada durante um encontro, uma consulta.

Outro aspecto detectado de forma geral foi a percepção que os trabalhadores têm em relação à população adscrita na área de abrangência da unidade de saúde da família. A equipe de saúde em geral enxerga o usuário do serviço como um “carente”, ignorante, desprovido de recursos e capacidades de cuidar de sua vida e de sua saúde. O sentido carente/ignorante compõe uma maneira de produzir relações que destitui esse usuário de suas capacidades, colocando-o enquanto alguém sem protagonismo.

Assim ela possui um movimento de oferecer serviços, gerando uma prática de assistencialismo que não colabora para a autonomia dessa população. A equipe de saúde sutilmente entra em um processo de expropriação da autonomia da população, gerando certa dependência nesses usuários do serviço de saúde.

Além disso, as cartografias dos encontros, em muitos momentos, revelam a escassez de conhecimento do profissional de saúde em relação àquilo que o usuário é em sua totalidade. O trabalhador conhece muito pouco da vida desses usuários, ignorando-o de certo modo enquanto sujeito possuidor de capacidades.

Por outro lado também pude captar alguns momentos em que os trabalhadores conseguiram realizar um cuidado mais ampliado, exercendo uma escuta empática e deixando para segundo plano as tecnologias duras e leve-duras, experimentando um pouco mais das tecnologias relacionais, de comunicação e escuta, colocando o usuário em evidência e tentando realizar um cuidado centrado no usuário e em suas reais necessidades.

Houve uma diferença curiosa de atuação dos trabalhadores diante dos atendimentos agendados e não agendados. O agendado, no estudo, apareceu mais como um espaço capturado pelo foco, pelo procedimento, pelas tecnologias duras e leve-duras. A demanda do usuário era pouco notada. O que se passava ali era uma necessidade de cumprir uma finalidade baseada na demanda do trabalhador, e não do usuário. O atendimento agendado parecia fechar-se no cumprimento de protocolos, e aí as tecnologias leves ficavam um pouco apagadas.

Já no atendimento do não agendado, daquele usuário que surgia ali na unidade com uma necessidade a ser satisfeita, sua composição deu brechas para as forças instituintes. O encontro não marcado, não agendado, criou possibilidades maiores de escuta da demanda real do usuário e ampliou as possibilidades da produção de um cuidado mais centrado no usuário e de potência de Vida.

O desafio, então, está em como quebrar, como rachar esses atendimentos agendados, a fim de fazer fissuras e abrir brechas para a passagem de forças instituintes e atravessamentos que possam gerar paixões alegres, de ampliação da potência de agir desses usuários.

Outro ponto bastante claro foram os atravessamentos da gestão no processo de trabalho dessa equipe. Uma gestão que ainda precisa caminhar em busca de uma estratégia de saúde da família mais resolutiva e de cuidado ampliado e longitudinal, que saia do modelo de um pronto-atendimento e assuma seu compromisso real de produção de cuidado integral e comprometido com uma ética que seja a favor da produção de vida. É preciso haver uma mudança de postura da gestão em relação à atenção básica no município.

Alguns mapas foram produzidos no decorrer do estudo, que acompanhou processos de produção de cuidado na saúde da família. Pude ver atendimentos que ampliaram e atendimentos que diminuíram a potência de agir e de vida dos usuários. Pude conviver com

trabalhadores comprometidos com uma ética profissional e outros que estavam comprometidos apenas em ganhar seu salário no fim do mês.

Conseguimos reconhecer, por meio deste estudo, algumas nuances dos modos de produção das práticas de cuidado na saúde e do processo de trabalho que se apresentou ora mais procedimental, ora mais relacional, ora em uma misto de tecnologias e atravessamentos e afetações.

O estudo também apresentou algumas lacunas, pois só foi possível captar a perspectiva do trabalhador em relação aos encontros. Seria muito interessante poder saber do usuário, de quem recebe o cuidado, como se deu essa relação, como foi atravessado pelo encontro na saúde.

Partimos da ideia também de que o conhecimento produzido por este estudo não é generalizável. No entanto pode apontar algumas pistas que têm a possibilidade de nos auxiliar a compreender um pouco mais profundamente sobre as relações entre trabalhadores e usuários da estratégia saúde da família.

7.2. O que este estudo produziu em mim?

Posso dizer que fui bastante afetada nesse processo de experimentações e de vivências. Antes mesmo que se tornasse um estudo, já me via implicada com as relações, com os encontros e, ao entrar nessa viagem de descobrimento do outro, também pude descobrir mais sobre mim, sobre essa pesquisadora-cartógrafa que dá os primeiros passos mais firmes na cartografia, na filosofia da diferença.

Cada leitura, cada pensamento e cada vivência no campo atravessaram-me de alguma forma. Vi-me em uma mistura, em um emaranhado de afetações, muitas dúvidas, incontáveis dúvidas, mas muito desejo de produzir Vida, de viver, de compreender, de pensar possibilidades, de criar, de inventar. O desafio foi árduo. Despertar em mim o olhar vibrátil, poder olhar com outros olhos, não julgar, não culpar, não vitimizar ainda são desafios pelos quais tenho caminhado.

Posso afirmar que este estudo produziu em mim vontade, desejo de mais produções que tenham como princípio a produção de paixões alegres, mais encontros comprometidos com a potência de vida, de alegria e da diferença.

Por fim, acredito que o tema não se esgotou e que há infinitas possibilidades de olhar para o objeto estudado. Diante disso, penso serem necessários mais estudos que possam mergulhar nesse universo relacional por meio de um olhar, um corpo vibrátil que consegue enxergar o que se passa entre, o que está no plano obscuro e as linhas de forças presentes nesse espaço de relações que são os encontros.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F. **Ligações perigosas e alianças insurgentes:** subjetividades e movimentos urbanos. 2003, [s.n]. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003, [s.n].

AGUIAR, K.F.; ROCHA, M.L. Práticas universitárias e a formação sócio-política. **Anuário do Laboratório de subjetividade e política**, nº 3/4, pp. 87-102, 1997.

ARAGON, L.E.P. A espessura do encontro. **Interface**, Botucatu, v. 7, n. 12, pp. 11-22, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mai. 2012.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, pp. 16-29, set/ dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2012

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, pp. 63-72, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 set. 2012.

BANDEIRA, M. **Libertinagem**. Rio de Janeiro: Pongetti, 1930.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Teoria e prática, 5. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 2002, 213 p.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 172-200.

BARROS, R.B.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B., BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde:** muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí (S): Ed. Unijuí; 2007. pp. 61-71.

BARROS, L.M.R.; BARROS, M.E.B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal, revista de Psicologia**, v.25, n.2, pp.373-390, maio/ago 2013.

BERNARDES, A. G.; QUINHONES, D. G. Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 2, pp. 153-161, abr/jun. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5743/4527>. Acesso em: 15 jul. 2012.

BIASOLI - ALVES, Z. M.M. A pesquisa psicológica – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Orgs.) **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998, pp. 135-157.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Brasília, DF, 2004. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**, Departamento de Ciência e Tecnologia. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 132 p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2012.

CASSIANO, M.; FURLAN, R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n.3, pp. 372-378. 2013.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: Composto Saberes e Fazeres. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, pp. 26-32, 2005.

CAMPOS, R.O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n.10, pp. 573-583, 2005.

CAPONI, S. A lógica da compaixão. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 21/22: pp. 91-117, 1998/1999.

CORBANI, N.M.S.; BRÊTAS, A.C.P.; MATHEUS, M.C.C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. Bras. de Enfermagem REBEN**, Brasília, v. 3, n. 62, pp.349-354, mai-jun 2009.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap. 3, pp. 51-64.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004, [s.n]. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004, [s.n].

CUNHA, G.T. O conceito ampliado de saúde e a transição nas tecnologias de ensino-serviço no SUS: Por que precisamos da clínica ampliada? **A clínica ampliada no contexto da Atenção Primária à Saúde – Módulo Optativo 10**. Mato Grosso do Sul: UFMS, s/a.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1992.

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

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 284p.

DELEUZE, G. **Espinoza**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002. 144p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**. São Paulo: Ed.34, 2010.

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

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, vol.3. São Paulo: Ed. 34, 1996.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Ed. Escuta, 1998, 184p.

FARINA, C. Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual. In: **Reunião Anual da ANPED**, 31., 2008, Caxambu. Anais. Caxambu, 1998. pp. 1-16. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GE01-4014—Int.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2013.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 15, n. 38, pp. 663-675, jul./set. 2011.

FERREIRA, V.S.C.; FRANCO, T.B. Sobre o uso de instrumentos cartográficos na pesquisa em saúde coletiva. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. (Orgs.) **A produção subjetiva do cuidado**: Cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009, pp. 45-60.

FEUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 18, pp. 489-506, set/dez 2005.

FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. **Psicologia e Sociedade**. Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 29-34, dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 ago. 2012.

FORMAÇÃO DE FACILITADORES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. In: FIGUEIREDO, M.C.B. et al. Rio de Janeiro: EAD/ Ensp, 2014. 320p.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde de Franca. **Estrutura do SUS em Franca**, 2013. Disponível em: <http://www.franca.sp.gov.br/portal/sus/estrutura-do-sus-em-franca/>. Acesso em: 10 jul. 2013.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde de Franca. **Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013**, Franca: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2010.

FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. **A produção subjetiva do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T.B. et al. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. (Orgs). **A produção Subjetiva do Cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 19-44.

FRANCO, T.B.; FRANCO, C.M. Acolhimento com classificação de risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim/Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v. 15, n. 2, pp. 227-233, abr/jun. 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da família: contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6. Águas de Lindóia. **Anais**, 1999, pp. 145-153.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança de um modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. (orgs.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007, pp. 55-124.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Rev. Salud Colect.**, v. 7, n. 1, pp. 9-20, 2011.

GALAVOTE, H. S.; FRANCO, T.B.; LIMA, R.C.D.; BELIZARIO, A.M. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface (Botucatu)** [online], vol. 17, n. 46, pp. 575-586, 2013.

GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004. (Original publicado em 1972).

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**, 2.ed., Petrópolis: Vozes, 1999.

GUATTARI, F. Linguagem, consciência e sociedade. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura** 1, 2.ed., São Paulo: Hucitec, 1986, pp. 3-18.

GUIMARÃES, C.F; MENEGHEL, S.N. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. **Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 3, n. 2, pp. 353-371, set. 2003.

HESS, R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. **Mnemosine**, v. 3, n. 2, pp. 148-163, 2007.

INOJOSA, R.M. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, Chile, 18–21 Oct. 2005. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf. Acesso em: 03 abr. 2015.

JAEGER, R.L.; FONSECA, T.M.G. Vidas reduzidas à doença mental e a transversalização da clínica. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 2, pp. 381-390, 2012.

JUNGES, J. R. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n.4, pp. 937-944, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400028&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 ago. 2012.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicol. Soc.**, v. 19, n.1, jan/abr. 2007, pp. 15-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1>. Acesso em: 10 mar. 2013.

KROEF, A. Identidade(s) e cultura(s): territórios da subjetividade capitalística. **Artefactum, Rev. de Estudos em Linguagem e Tecnologia**, Ano III, n. 2, julho de 2010.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1975.

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

LOURAU, R. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau**. Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004, pp.47-65.

MANSANO, S.R.V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Rev. Psicol. da UNESP**, v. 8, n. 2, 2009, pp. 110-117. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/139/172>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

MATIAS, V.C.B.Q. A transversalidade e a construção de novas subjetividades pelo currículo escolar. **Currículo sem fronteiras**, v.8, n.1, pp.62-75, jan-jun. 2008.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003, 186f.

MATUMOTO, S. et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, pp. 603-610, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2012.

MATUMOTO, S. et al. Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica. **Texto & contexto – enferm.** [online], v. 22, n. 2, pp. 318-326, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a07.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos Cefor**. Série Textos nº 1. São Paulo: SMS-SP/Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde, 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. **Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira**. Campinas, 1998^a.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C.R. et al. (orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, pp. 103-120, 1998b.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v. 27, n. 65, Rio de Janeiro, set/dez 2003.

MERHY, E.E. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Orgs.) **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec; 2004a, pp. 55-66.

MERHY, E. E. **Cuidado com o cuidado em saúde**. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. 2004b. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MERHY, E.E. **A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias**. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-38.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2013.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2005. pp. 195-206.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo, 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.S. Fase de trabalho de campo. In: MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. pp. 105-196.

MOREIRA, L. C. H. **Clínica, Cuidado e Subjetividade**: uma análise da prática médica no programa médico de família de Niterói a partir dos encontros no território. 2012. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012, 235f.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, pp. 19-26, jan-jun. 2008.

NASCIMENTO, M. L.; COIMBRA, C. M. B. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. M. B. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos**: produzindo novos dispositivos na formação em saúde. Niterói, RJ: EDUFF, 2008. pp. 143-153.

NIETZSCHE, F. **Aurora**. México: EMU, 1978.

NIETZSCHE, F. **Assim Falava Zaratustra**. Trad. Mário Ferreira dos Santos. Petrópolis, RJ, Vozes, 2007. (Col. Textos Filosóficos).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Genebra: OMS, 1978.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009. 207 p.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ**, v. 13, n. 1, pp. 89-100, 2001.

PAULON, S.M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, pp. 18-25, set.-dez. 2005.

PAULON, S.M.; ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2013.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. **Dicionário educação da profissional em saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 09 out. 2013.

PEREIRA, M.J.B. et al. O processo de trabalho da enfermagem na rede básica do SUS – Parte II. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Sistemas de Classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEN, Ideia, 2000, pp.75-82.

PESSOA, F. **Novas Poesias Inéditas**. Lisboa: Ática, 1973 (4ª ed. 1993).

POUGY, E. O que é diferença, afinal? **Cronópios**, 2006. Disponível em: <<http://cronopios.com.br/site/colunistas.asp?id=1484>>. Acesso em: 10 out. 2013.

PRADO FILHO, K.; TETI, M. M. A Cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbarói**, v. 38, pp 45-59, 2013.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafio para a mudança das práticas. **Interface – Comunic.**, Saúde, Educ., v. 11, n. 23, pp. 65-66, set/dez 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832007000>>

300022&script=sci_arttext&tlng=d_0100-6916>. Acesso em: 01 nov. 2013.

ROCHA, M. L. Formação e prática docente: implicações com a pesquisa-intervenção. In: MACIEL, I. M. (Org.), **Psicologia e Educação: novos caminhos para a formação**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2001, pp. 175-191.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, pp. 64-73, 2003.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicol. Soc.** Florianópolis, v. 21, n. 2, pp.166-173, agosto, 2009.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005.

SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.

VIEIRA, A.N.; SILVEIRA, L.C.; FRANCO, T.B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, pp. 9-24, ma/jun 2011.

APÊNDICE A – Roteiro para coleta de dados**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS
OBSERVAÇÃO DE ATENDIMENTO****Identificação do profissional:**

Tipo de atendimento:

Função:

Forma de identificação ao público (crachá, jaleco, outros)

Comunicação do profissional**Verbal:**

- Clareza;
- Coerência
- Coordenação de ideias;
- Tonalidade da voz;
- Conteúdo.

Não verbal:

- Expressão facial;
- Olhar para seu interlocutor;
- Ouve seu interlocutor;
- Expressão corporal: Movimentos suaves e coordenados;
 Movimentos abruptos e bruscos;
 Displícência;
 Irritação;
 Atenção;
- Executa outra atividade que não esteja relacionada com seu atendimento

Alternativas de comunicação:

- Demonstração;
- Escrita;
- Tradutor.

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista

1. Identificação

- 1.1. Sexo
- 1.2. Idade
- 1.3. Área de formação básica
- 1.4. Ano de formatura
- 1.5. Escola de graduação
- 1.6. Experiências anteriores na função
- 1.7. Conte sobre sua trajetória profissional (Abordar sobre como tornou-se profissional, quais eram seus sonhos e planos)
Como você se tornou um ACS?

2. Atividade profissional atual

- 2.1. Função atual
- 2.2. Formação específica para o atual posto de trabalho
- 2.3. Tempo na função atual
- 2.4. Carga horária
- 2.5. Horário de trabalho
- 2.6. Outras atividades de trabalho atuais
- 2.7. Conte como você se sente trabalhando com essa equipe, nessa unidade.

3. Percepção e descrição do trabalhador em relação ao seu próprio trabalho

- 3.1. Conteúdo
- 3.2. Modo de realização
- 3.3. Finalidade

Fale para mim sobre o seu trabalho. O que você faz, como o realiza. Qual a importância que esse trabalho tem para você?

5. Descrição do atendimento observado

- 5.1. Conteúdo
- 5.2. Local
- 5.3. Modo de realização
- 5.4. Relações que se estabelecem
- 5.5. Recursos utilizados
- 5.6. Horários
- 5.7. Finalidades

Como você vê o atendimento realizado? Quais foram seus objetivos/ expectativas em relação a esse atendimento? Eles foram alcançados? Por quê? Como você percebe a sua relação com esse paciente no atendimento? Qual a relação entre as características dessa população usuária do serviço da USF e o desenvolvimento de seu trabalho. - No caso que você atendeu quais os problemas você identificou? O que você está pensando em fazer. Além do que você fez na visita domiciliar, você pensou em fazer mais alguma coisa?

6. Como você lida com as demandas que os usuários trazem pra você? (Relação entre seu trabalho e as necessidades da população) – O que você percebeu que era necessidade?
7. Relação entre seu trabalho e os demais desenvolvidos na USF (o que o caso observado tem a ver com a equipe?)
8. Descrição dos recursos utilizados para o desenvolvimento do trabalho.
9. Descrição das principais limitações para o desenvolvimento de seu trabalho
10. Espaço para livre expressão.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)

Prezado(a)Sr(a):_____

Estamos convidando o(a) senhor (a) a participar da pesquisa *As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família: a potência do encontro*, sob a responsabilidade de duas pesquisadoras, sendo, a aluna de pós-graduação Amanda Mendes Silva e a Profa. Dra. Silvia Matumoto, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP.

A pesquisa tem por objetivo geral cartografar as relações estabelecidas entre profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do trabalhador da equipe, ou seja, o pesquisador analisará as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários no momento do atendimento, buscará identificar os sentidos dessas relações, se de cooperação, subordinação, e/ou colaboração, relacionando-as às regras e normas que regem as relações dentro da sociedade, no contexto da Estratégia Saúde da Família. Caso concorde é necessário que saiba que serão realizadas observações em momentos de atendimento, como na recepção, pré e pós-consulta, sendo escolhidos aqueles atendimentos que não sejam de caráter invasivo, como os que se caracterizam por realização de procedimentos como, por exemplo, coleta de exame papanicolau, e/ou constrangedores aos usuários, além de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais. A observação a ser realizada contemplará aspectos como a descrição do meio físico, das atividades desenvolvidas, do comportamento das pessoas (atitudes, gestos, olhares, expressões e traços físicos) e os diálogos. A previsão é de que você seja observado durante meio período ou por três horas de seu dia de trabalho e de acordo com sua permissão. O objetivo da observação é poder acompanhar o processo de atendimento do usuário na unidade de saúde. Também está prevista a realização de uma entrevista com cada trabalhador, a fim de que o entrevistado possa discorrer sobre o tema pesquisado. Cada entrevista será gravada e transcrita na íntegra e será norteada por um roteiro previamente construído e que levará em consideração as especificidades de cada entrevistado. As entrevistas terão duração média de cinquenta minutos e poderão ser realizadas no momento em que você tiver disponibilidade, na própria unidade de saúde, em espaço que permita privacidade. O objetivo da entrevista será o de obter informações complementando as observações com o intuito de se obter uma melhor aproximação da realidade.

As informações/ opiniões emitidas pelo (a) senhor (a) serão tratadas de forma anônima no conjunto das demais pessoas que participarem do estudo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação o (a) senhor (a) terá como possível risco, o desconforto ao se deparar com situações difíceis do seu trabalho e ter que analisá-las, podendo por vezes identificar lacunas em seus conhecimentos e habilidades para realizá-lo.

Outro desconforto ao qual estará exposto (a) será o de expressar sua opinião para o pesquisador. Em caso de desconforto, solicitamos que o manifeste diretamente ao pesquisador, que interromperá a observação ou entrevista, ou buscará alguma forma de resolver seu desconforto, de acordo com sugestão do próprio participante. Ou ainda, o profissional poderá manifestar seu desconforto através dos telefones abaixo indicados, para as devidas providências.

A participação na pesquisa lhe proporcionará benefícios de contar com a presença de outro profissional de saúde no momento do atendimento, podendo partilhar um pouco sobre questões pertinentes ao atendimento realizado, e ampliar sua visão sobre a consulta prestada.. Indiretamente, sua participação contribuirá com a produção de conhecimento sobre o processo relacional na Estratégia Saúde da Família.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos como congressos, publicação em revistas científicas.

Se o(a) Sr(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira.

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores o(a) Sr(a) poderá fazê-lo pelos telefones (016) 9 9138-2276 – Amanda Mendes Silva, (016) 3602-3391 – EERP-USP Profa. Dra. Silvia Matumoto.

Caso concorde em participar, assine ao final deste documento, que está em duas vias assinadas pelas pesquisadoras responsáveis: uma delas é sua e a outra é da equipe de pesquisadoras. Esclarecemos que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP), protocolo nº558.473, que tem por finalidade proteger eticamente os participantes de pesquisas, atendendo à orientação do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, pelo telefone (016) 3602-3386, em horário comercial.

Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos sobre as relações entre trabalhadores de saúde e usuários.

Amanda Mendes Silva
Pós-graduanda Enfermagem em Saúde Pública
pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
USP
Pesquisadora
Contato: (016) 9 9138-2276

Silvia Matumoto
Profa.Dra, Departamento de Enfermagem Materno
Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto – USP
Pesquisadora
Contato: (16) 3602-3476

Eu _____, aceito participar da pesquisa: *As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família: a potência do encontro.*

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante _____

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários)

Prezado(a)Sr(a):_____

Estamos convidando o(a) senhor (a) a participar da pesquisa *As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família: a potência do encontro*, sob a responsabilidade de duas pesquisadoras, sendo, a aluna de pós-graduação Amanda Mendes Silva e a Profa. Dra. Silvia Matumoto, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP.

A pesquisa tem por objetivo geral cartografar as relações estabelecidas entre profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do trabalhador da equipe, ou seja, uma espécie de mapa será construído e nele estarão registrados os sentidos e as perdas de sentidos percebidos por você, usuário do serviço de saúde, em relação ao encontro produzido em seu atendimento e pelo pesquisador que o acompanhará, observando a consulta. Caso concorde é necessário que saiba que serão realizadas observações em momentos de atendimento, como na recepção, pré e pós-consulta, sendo escolhidos aqueles atendimentos que não sejam de caráter invasivo, como os que se caracterizam por realização de procedimentos como, por exemplo, coleta de exame papanicolau, e/ou qualquer outro atendimento que o senhor considere constrangedor, além de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais. A observação a ser realizada contemplará aspectos como a descrição do local de realização da consulta, das atividades desenvolvidas, do comportamento das pessoas (atitudes, gestos, olhares, expressões e traços físicos) e os diálogos. O objetivo da observação é poder acompanhar o processo de seu atendimento na unidade de saúde e em visitas domiciliares.

As informações/ opiniões emitidas pelo(a) senhor(a) servirão apenas para a pesquisa e as informações divulgadas não irão identificá-lo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação o(a) senhor(a) terá como possível risco, o desconforto ao se deparar com a presença do pesquisador durante o atendimento ou em seu domicílio, sendo que este desconforto poderá ser sanado a qualquer momento se o senhor(a) ou até mesmo o profissional solicitarem a interrupção da observação não acarretando nenhum prejuízo ao andamento do atendimento. E em relação a observação das visitas domiciliares, antes de entrar nas casas, o pesquisador explicará ao senhor(a) os objetivos da pesquisa, a forma de participação por meio da permissão para observação da visita deixando claro que a não autorização não acarretará em suspensão da atividade ou quaisquer problemas ou prejuízos ao senhor(a). Em caso de desconforto, solicitamos que o manifeste diretamente ao pesquisador, que interromperá a observação, ou buscará alguma forma de resolver seu desconforto, de acordo com sugestões que o senhor(a) mesmo(a) poderá

dar. Ou ainda, poderá manifestar seu desconforto através dos telefones abaixo indicados, para as devidas providências.

A participação na pesquisa lhe proporcionará benefícios de contar com a presença de outro profissional de saúde no momento do atendimento, podendo se sentir mais seguro e, indiretamente, sua participação contribuirá com a produção de conhecimento sobre o processo relacional na Estratégia Saúde da Família.

Se o(a) Sr(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos como congressos, publicação em revistas científicas.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com as pesquisadoras responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) Sr(a) poderá fazê-lo pelos telefones (016) 9 9138-2276 – Amanda Mendes Silva, (016) 3602-3391 – EERP-USP Profa. Dra. Silvia Matumoto;

Caso concorde em participar, assine ao final deste documento, que está em duas vias assinadas pelas pesquisadoras responsáveis: uma delas é sua e a outra é da equipe de pesquisadoras. Esclarecemos que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP), protocolo nº558.473, que tem por finalidade proteger eticamente os participantes de pesquisas, atendendo à orientação do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, pelo telefone (016) 36023386, em horário comercial.

Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos sobre as relações entre trabalhadores de saúde e usuários.

Amanda Mendes Silva
Pós-graduanda Enfermagem em Saúde
Pública pela Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP
Pesquisadora
Contato: (016) 9 9138-2276

Silvia Matumoto
Profa.Dra, Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Pesquisadora
Contato: (16) 3602-3476

Eu _____, aceito participar da pesquisa: *As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família: a potência do encontro.*

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante _____

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3331 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 048/2014

Ribeirão Preto, 16 de março de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 16 de março de 2014.

Protocolo CAAE: 26112914.5.0000.5393

Projeto: As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família: a potência do encontro.

Pesquisadores: Silvia Matumoto
Amanda Mendes Silva

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Silvia Matumoto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA
Secretaria Municipal de Saúde
Gabinete da Secretária

CERTIDÃO

Considerando que a documentação apresentada por **AMANDA MENDES SILVA**, aluna do curso de **MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP**, atende ao Protocolo de procedimentos estabelecidos para encaminhamentos de Projetos de Pesquisa, **Rosane Moscardini Alonso**, Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Franca, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

AUTORIZA, com o devido acompanhamento da **Sra. Soraya Abrão, Gerente do Serviço de Administração do PSFs e PACS da Secretaria Municipal de Saúde**, que **AMANDA MENDES SILVA**, portadora do CPF 348.151.428.07, RG 42.201.868-5, realize reuniões de orientação em sala de espera dos PSFs, para desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado **"As relações entre profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família: potência do encontro"**.

Em 31 de Março de 2014.

Rosane Moscardini Alonso
Secretária Municipal de Saúde