



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

BEATRIZ ZAMPAR

**O TRABALHO COLETIVO NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO:
UMA CARTOGRAFIA**

Londrina
2020

BEATRIZ ZAMPAR

**O TRABALHO COLETIVO NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO:
UMA CARTOGRAFIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Melchior.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Josiane Vivian Camargo de Lima.

Londrina
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Z26 Zampar, Beatriz.
O trabalho coletivo na construção do cuidado : uma cartografia / Beatriz Zampar. - Londrina, 2020.
50 f.

Orientador: Regina Melchior.
Coorientador: Josiane Vivian Camargo de Lima.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Trabalho coletivo - Tese. 2. Cuidados em saúde - Tese. 3. Cartografia - Tese. 4. Estratégia de Saúde da Família - Tese. I. Melchior, Regina. II. Lima, Josiane Vivian Camargo de. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU 614

BEATRIZ ZAMPAR

**O TRABALHO COLETIVO NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO: UMA
CARTOGRAFIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr^a. Maria Lúcia da Silva Lopes
Centro Universitário Filadélfia

Prof. Dr^a. Silvia Maria Santiago
Universidade Estadual de Campinas

Londrina, 28 de fevereiro de 2020.

Dedico esta cartografia a todas as pessoas que tocaram meu coração, dando sentido a minha vida. Tendo a minha vida um sentido, pude assim, adentrar também suas vidas e tocar seus corações.

AGRADECIMENTOS

Deus. Meu amado esposo, tão companheiro, incentivador, luz em minha vida. Minha mãezinha e meu paizinho, porto seguro e amor. Minha irmã, pedaço do meu coração que pulsa. Meu irmão, minha força e orgulho. Em memória dos meus avôs: José e Alcides, que perdi este ano com apenas alguns dias de diferenças um do outro: corre em minhas veias o que aprendi com vocês. Minhas avós: Delfina e Alaide, segundas mães, fonte de amor sem fim. Meus afilhados: Daniela, João Pedro e Arthur: fonte de bênçãos e carinho. Minha família inteira, meu pedaço de céu. Minhas amigas médicas de família e comunidade pela força na jornada e cuidados sem fim: Patrícia e Carolina. Meus amigos Vanessa, Henrique, Monique e Julie pela fidelidade e reciprocidade. Minhas coordenadoras da residência pela amizade: Sonia e Vania. Minhas inspirações que trouxeram brilho nos olhos: Flávia, Marisa e Mailin. Meus residentes e amigos da residência: Elton, Carolina, Julio, Hugo, César, Rita, Paulo, Lucas, Cristiane, Raquel, Jacqueline, Juliana, Stefany e Débora. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (todos os residentes que viveram essa cartografia comigo e, em especial, as tutoras Sarah e Brígida) por compartilhar os desafios e conquistas. Meus colegas do mestrado pelos exemplos. Minhas amigas de infância pela parceria incondicional: Letícia e Luma. Às equipes de saúde que me ensinaram na prática o trabalho coletivo e deram sentido à minha profissão. Aos usuários que dividiram comigo suas dores e alegrias, por me transformarem dia a dia. Por fim, eterna gratidão e imenso carinho às minhas orientadoras maravilhosas por me aceitarem, me guiarem, me moldarem, me compreenderem, me transformarem: Regina e Josiane, muito obrigada!

Não sei

Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que **nada do que vivemos tem
sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.**

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe,
braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia,
lágrima que corre, olhar que acaricia,
desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.

Cora Coralina

ZAMPAR, Beatriz. **O trabalho coletivo na construção do cuidado: uma cartografia.** 2020. 50 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

RESUMO

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e comunitárias envolvendo promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância, por meio de práticas de cuidado integral em equipe, dirigida à população em território definido. Profissionais de diferentes áreas são convidados a se unir e trabalhar em prol de uma comunidade. A produção subjetiva do cuidado, é marcada por constante desconstrução e construção de territórios existenciais, numa lógica de fluxos-conectivos em benefício de um determinado projeto de cuidado que se preocupa em diferentes graus com a integralidade do usuário. O objetivo deste trabalho é analisar como uma equipe de Saúde da Família se organiza para produzir cuidado a partir do trabalho coletivo. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com abordagem cartográfica, a qual busca mapear processos de produção de subjetividade, que são reconstituídas em cada encontro. Permite investigar as práticas na saúde, investigando a nós mesmos e nos colocando em análise, repensando práticas e a implicação com o todo. O campo da pesquisa foi uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de grande porte do Paraná, que conta com quatro equipes, Residência de Medicina de família e comunidade e Residência multiprofissional em Saúde da Família, por um período de 18 meses, de 2018 a 2019. Os resultados foram organizados em quatro eixos: de onde cada profissional parte (particularidades de cada formação, importância da comunicação e dos espaços que a possibilitem), construção do trabalho coletivo (processo que demanda tempo, habilidades e planejamento), disputas de projetos em saúde (entender que os atores estão fazendo gestão todo o tempo e não seguem os mesmos projetos), produção do cuidado (singularidade dos encontros, potencialidade do trabalho interprofissional, complexidade das necessidades em saúde). Esta cartografia possibilitou mapear o processo de formação do trabalho coletivo, suas potências e fragilidades. Apontou experiências exitosas e conflituosas, mas que geraram reflexão e possibilidades de novos arranjos. Para produção de coletivo em saúde, o cuidado deve ser o principal norteador, e o trabalho coletivo é fundamental nesse processo.

Palavras-chave: Trabalho coletivo. Cuidados em saúde. Cartografia. Trabalho em Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ZAMPAR, Beatriz. **Collective work in the construction of care: a cartography.** 2020. 50 p. Dissertation (Master in Public Health) – University State of Londrina, Londrina, 2020.

ABSTRACT

Primary Care is the set of health actions of individuals, families and those involved in promotion, prevention, treatment, rehabilitation, harm reduction through integral team care practices directed at populations in specific situations. Professionals from different areas are invited to work for a community. Dangerous production is marked by the constant deconstruction and construction of existing territories, in a logic of transfer of connectors to the benefit of a particular care project, which is concerned to varying degrees with the user's completeness. The objective of this paper is to analyze how a family health team is organized to produce care based on collective work. This is a qualitative study conducted with cartographic approach, which seeks to map processes of production of subjectivity, which are reconstituted in each meeting. It allows investigating how practices in health, investigating them and putting us in analysis, compensating practices and involving the whole process. The research field was a Large Family Health Unit of Paraná, which contains four teams, Family and Community Medicine Residency and Multidisciplinary Family Health Residency, for a period of 18 months, from 2018 to 2019. The results were organized in four axes: where each professional part (particular formation, importance of communication and spaces that allow), construction of collective work (process that requires time, skills and planning), health project disputes (understand that the actors are doing time management and do not follow the same projects), care production (uniqueness of meetings, potentiality of interprofessional work, complexity of health needs). This cartography allows us to map the process of formation of collective work, its strengths and weaknesses. Experience exotic and conflicting experiences that generate reflection and possibilities for new arrangements. For health collective production, care should be the main guide and collective work is fundamental in this process.

Key words: Collective work. Health Care. Cartography. Health Work. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CP	Cuidados Paliativos
DC	Diário de campo
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HGT	Hemoglicoteste
IST	Infecção sexualmente transmissível
MCCP	Método clínico centrado na pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMFC	Residência de Medicina de Família e Comunidade
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAMU	Serviço de Assistência Médica de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
2 PERCORRENDO O CAMINHO CARTOGRÁFICO.....	13
3 DE ONDE CADA UM PARTE.....	17
4 O TRABALHO COLETIVO	21
5 DISPUTAS DE PROJETOS EM SAÚDE.....	31
6 O CUIDADO EM SAÚDE.....	36
7 SONHOS E PERSPECTIVAS.....	43
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	48
ANEXO A – Método clínico centrado na pessoa	49

1 APRESENTAÇÃO

Meu ponto de partida é um local intenso, complexo, mutante. Sempre gostei de estar envolvida em muitas coisas ao mesmo tempo, e tenho muita dificuldade de falar em primeira pessoa e sobre quem eu sou: prefiro estar pensando em que posso ser útil para o mundo. Mas acho que isso já diz muito sobre mim.

Filha mais velha de um casal amado, irmã de uma princesa e de um guerreiro. Criada pela avó e pelo avô, por isso corre em minhas veias a todo tempo seus valores, costumes e ensinamentos. Boa aluna, sempre gostei de aprender e ensinar. Na quarta série minha professora pediu que minha mãe fizesse um esforço e me colocasse em uma escola particular, não entendia aquilo, mas acabou mudando minhas perspectivas. Pensava em ser agricultora (como meu pai e avô), professora (como era o sonho de infância da minha avó) ou engenheira para trabalhar em alguma grande empresa (de acordo com o exemplo da minha mãe, que sempre trabalhou em uma multinacional enfrentando todas as dificuldades de ser uma líder mulher – luta que ainda vive em mim).

No meio desse caminho, quase no final do ensino médio, me desafiei a mudar o rumo: surgiu a medicina em minha vida. Sem conhecer nenhum médico na família ou no círculo de amigos, fantasiei um “ser médico” e parti remando para esse novo sonho. Muito estudo, abdicção, muita força, amor e apoio do meu então namorado (agora querido esposo), muita dúvida na família (“será que vai conseguir?”; “será que vai ser feliz?”), e enfim, a aprovação chegou. Não foi como esperávamos, e mais um desafio se colocou no caminho: teria que mudar de cidade e morar sozinha se realmente optasse por seguir esse sonho. Fui. Levando de um lado todo medo e insegurança e, do outro, muito apoio e muito amor. Deu certo. Foi uma loucura intensa com picos e vales. Durante a formação me apaixonei pelo cuidado em diversas formas. Com os usuários. Com os professores. Com os amigos. Com a família (sempre!). Gostava das crianças, dos idosos, das mulheres, de aliviar as dores, de cuidar das ansiedades, de conversar, gostava mesmo era de gente. Cheguei em 2015 e pronto. Me formei. Sou médica. Sou uma trabalhadora da saúde. E agora? O que posso oferecer para o mundo? Como retribuir tudo que já vivi até aqui?

Voltei para minha cidade natal e comecei a trabalhar na Atenção Básica (AB) e em alguns plantões de emergência. Com o tempo foi se formando um

jeito de ser trabalhadora da saúde que muito me deixava feliz: compartilhando as dificuldades, comemorando os acertos em equipe, dividindo estratégias, planejando ações. Parecia tudo perfeito. Sabia que faltava muito a ser estudado e aprendido, mas estava feliz. Foi então que surgiu a oportunidade de fazer prova para a Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Secretaria Municipal de Saúde. Primeira turma. Bateu aquela vontade e aquele medo: topei o desafio. Sabia bem como era ser primeira turma (fui na faculdade) e sabia que era preciso força e perseverança para avançar. Adentrei em um mundo de possibilidades e descobertas, muitos desafios, muito conhecimento: com a medicina de família e comunidade ser trabalhadora da saúde fazia todo sentido. Me encontrei.

Durante a residência vivi diversos momentos, o dia a dia com uma equipe de saúde da família (três na verdade, tive a oportunidade de estar nas USFs Primavera, Colina e Paraíso), as dificuldades e a realidade dos trabalhadores de nosso país, diversos tipos de sofrimentos e também suas potências. Pude passar por toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município e conhecer melhor o caminho percorrido pelos usuários, as possibilidades de cada serviço, bem como suas fragilidades. Ao mesmo tempo, uma das minhas melhores amigas que morou comigo durante a faculdade, também estava fazendo MFC em outra cidade. Foi uma força e um gás a mais nos momentos de dificuldade, de entusiasmo, de descobertas. Nossos sonhos da faculdade começavam a ter sentido dentro da medicina de família, cada uma em seu território, mas com os mesmos objetivos.

Foi nesse contexto que comecei a me interessar e me apaixonar pelo trabalho coletivo e pelas relações de trabalho, buscando a produção do cuidado aos usuários que a nós chegavam com suas complexidades e necessidades. Alguns exemplos práticos passaram por minha vida, e logo no R1 (primeiro ano da residência) duas pessoas fizeram a total diferença no meu modo de entender o trabalho em saúde na USF Primavera: a enfermeira e a fisioterapeuta. A primeira gerava integração. Preocupava-se com grupos, montava consultas compartilhadas, colocava internos de enfermagem e de medicina para acompanharem diversos profissionais. Um perfil de enfermeira e de coordenadora que marcou minha forma de enxergar o cuidado e a gestão do trabalho. E a segunda, que se emocionava com o fato de termos os mesmos sonhos e planos, da paixão compartilhada pela saúde coletiva e pela estratégia de saúde da família, do compartilhamento dos casos vividos, faltam palavras para descrever o quanto foi importante e rico ter ficado

durante um ano ao lado delas. Nesta oportunidade o trabalho coletivo acontecia, era planejado, elaborado, discutido e executado.

Logo depois, no segundo ano da residência, foi oportunizado estar em uma USF junto a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da UEL, na USF Colina. Depois de ter vivido tanta coisa na USF Primavera foi muito entusiasmante essa possibilidade de integração com outros residentes trabalhadores da saúde dentro da mesma especialidade (saúde da família). Tivemos ótimos momentos juntos, fizemos projetos, visitas, grupos, matriciamentos. A demanda nos consumia e os poucos momentos de planejamento nos impediram de avançar, mas a semente da integração das residências estava lançada e desde então só foi aumentando.

No ano seguinte a gestão municipal de saúde convidou as duas residências para um novo projeto, unidas e localizadas em duas Unidades de Saúde específicas: Flores (na zona norte) e Campos (na zona sul). Cada grupo fez suas considerações internas, com diversos prós e contras, e resolveram aceitar o desafio da integração oficial das residências. Neste cenário, cada ator traz consigo sua história, sua construção e suas concepções. A equipe de saúde do Campos já muito antiga, a RMSF com sua tradição e experiência na integração ensino-serviço, a RMFC sendo construída e moldada a todo momento e a equipe de saúde do Flores, USF recém-construída em território vulnerável no município com todos os funcionários contratados há cerca de três anos. Junto a toda essa mudança, passei de residente a preceptora, e fui convidada a atuar na USF Flores (onde – por coincidência do destino ou não – foi meu primeiro local de trabalho na Atenção Básica após me formar). Depois de dois anos na especialização, eu topei “voltar pra casa” sendo preceptora de novos aspirantes a MFC. Aceitei o desafio junto com minha colega da residência, grande amiga e parceira, também recém-formada da primeira turma do programa de RMFC da SMS.

Meu campo de estudo e minhas lentes estão voltadas a USF Flores, onde pude acompanhar, vivenciar e observar as facilidades e as dificuldades da organização do trabalho coletivo para produção do cuidado: este, portanto, é meu objeto de pesquisa e inquietação. De onde cada profissional parte? Quais os projetos em disputa na organização do trabalho coletivo? Uma vez organizado, como esse trabalho coletivo se transforma em cuidado em saúde?

2 PERCORRENDO O CAMINHO CARTOGRÁFICO

Seguiremos mapeando o trabalho coletivo por meio de uma cartografia e analisando como a equipe se organiza para produzir o cuidado no cenário da Unidade de Saúde da Família Flores. Os diversos atores envolvidos, os projetos de cuidado, a forma que cada um faz gestão e a potencialidade dos encontros.

Fazer o mapa, não o decalque... Um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre "ao mesmo". Um mapa é uma questão de performance, enquanto que o decalque remete sempre a uma presumida "competência" (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 22).

Na construção desse mapa, as “múltiplas entradas” envolvem usuários, equipe de saúde, residentes, gestores, orientadores, amigos e a mim mesma. Partindo do pressuposto que somos sujeitos militantes (MEHRY, 2004), ao investigar nossas práticas na saúde coletiva, estamos também nos investigando e nos colocando em análise, repensando nossas próprias práticas e a implicação que isso tem com o todo. Compreender e viver isso não foi fácil, mas fez todo sentido. Somos parte implicada do processo, do objeto de pesquisa, dos resultados, do caminho percorrido. Não teria outra estratégia mais adequada que a cartografia para poder expressar o que foi experienciado no processo de produção deste trabalho, que é vivo e mutante. Diante de tantas inquietações fez-se necessário debruçar-se ao processo para entender melhor a organização do trabalho em saúde e a produção do cuidado.

Em cada encontro podemos ser diferentes, adaptáveis, assim como a cartografia pode ser. Essa multiplicidade que cada um de nós traz em si e a cartografia também carrega faz parte deste *método não-método*: não é engessado, não segue roteiro ou regras, é reversível. Construído dia a dia, assim como um mapa aberto, que se refaz diante das modificações (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

As reflexões em torno de nossos processos narrativos e cartográficos nos dizem que é preciso que “o outro deixe de ser um objeto de projeção de imagens preestabelecidas [...] e possa se tornar uma presença viva, com a qual construímos nossos territórios de existência.” (ROLNIK, 2016, p. 12). Essa “presença viva” é o que esta cartografia pretende trazer.

A inquietação e motivação para a pesquisa surgiu a partir das várias formas de trabalho coletivo que produzem cuidado de diferentes formas, no contexto da Atenção Básica, da integração das residências (RMSF e RMFC) e da equipe de saúde já atuante na USF Flores. Ao vivenciar diferentes projetos de estruturação de trabalho em equipe senti necessidade de cartografar e pensar “Como a equipe se organiza para produzir cuidado a partir do trabalho coletivo?”, sendo esta a pergunta central desta dissertação.

A aproximação ao campo (USF Flores) foi mapeada por meio de experimentação reflexiva, já que o campo em questão faz parte da minha rotina de trabalho. Além disso, diálogos que refletiam sobre a vivência prática, observação, participação em reuniões de equipe, discussões de casos e projetos terapêuticos, narrativas minhas e dos diversos atores envolvidos (algumas presentes nesta dissertação)¹, relatos de usuários e análise documental.

A USF Flores está situada na periferia da cidade, geograficamente distante da maioria dos aparatos sociais disponíveis no município. O bairro foi inaugurado em 2012 por meio do programa “Minha Casa Minha Vida”, e nesta ocasião não contava com coleta seletiva, transporte público, Unidade de Saúde e nem escolas – foram surgindo após 3 ou 4 anos depois de sua inauguração. Segundo o IBGE (2010), a população do bairro consiste em 15 892 habitantes, mas os profissionais de saúde que atendem na unidade estimam 20 000 indivíduos, com predominância de população adulta e jovem. É o maior empreendimento desse gênero no sul do Brasil. Dentro da cidade, é a Unidade de Saúde com maior número de famílias beneficiárias do programa “Bolsa Família”, o que diz muito sobre a condição socioeconômica desta população (RIZZOTTI; CORDEIRO; PASTOR, 2017).

Em 2015 ocorreu a inauguração da USF em questão, tornando-se, desde então, importante recurso para a população. População esta que, advinda de diferentes regiões precárias da cidade, ainda não se organizou coletivamente e não criou um sentimento de identidade local. Fato este facilmente observado pela presença de diferentes facções do tráfico, por exemplo, que, por muitas vezes, travam guerras internas entre si, amedrontando a população local. Em cada esquina

¹ As narrativas dos trabalhadores da USF Flores e os relatos dos usuários estão em itálico e com recuo no texto. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes dos usuários e das USFs foram modificados para preservar a identidade dos mesmos.

do bairro existe uma casa adaptada para cadeirantes, pois o bairro também foi o destino das pessoas com algum tipo de deficiência ou síndrome rara e estavam na fila do programa “Minha Casa Minha Vida”.

A condição socioeconômica do território, por si só, gera importantes questões tanto na organização do processo de trabalho, quanto na saúde dos trabalhadores da USF Flores. Lidar com problemas sociais tão graves, violência, fome, abandono, exige muito da equipe. O sentimento de frustração é muito presente nos relatos desses trabalhadores durante as reuniões. Quanto ao processo de trabalho, por estar geograficamente distante de Pronto Atendimento e Hospitais, a equipe precisa ser extremamente maleável e resolutiva, já que muitas vezes os usuários têm dificuldade inclusive de pagar a passagem do ônibus para procurar ajuda em outro local.

Todos esses determinantes sociais são muito impactantes na saúde, física e mental. A equipe é um grande recurso desta população, e, muitas vezes, acaba adoecendo também. Para além desta questão estrutural do território, com a chegada das duas residências (RMFC e RMSF), de início, trouxe mais alguns conflitos:

A equipe de saúde que já estava atuando no local recebeu diversos profissionais novos advindo das residências, houve troca da coordenação e saída abrupta sem possibilidade de se despedir dos profissionais que estavam saindo (NASF e médicos). Ainda sem laços com os recém-chegados. Vinham sobrecarregados de trabalho por alta demanda assistencial da comunidade e pelas atividades exigidas pelo Selo Bronze que acabavam de conquistar (uma certificação criada pelo Governo do Estado do Paraná que tem por objetivo aferir o gerenciamento de risco, garantindo maior segurança ao usuário e a equipe, composto por itens de um check-list – com mais de 100 tópicos – que a Unidade deve cumprir para alcançar a certificação) (PARANÁ, 2018). Este processo foi extenuante, pois nem sempre essa lista de tarefas vai ao encontro das necessidades da equipe, dos usuários e do território, não levando em consideração as especificidades de cada local: a lista era a mesma para todas as Unidades de Saúde do Paraná que estavam buscando esta certificação. Em geral, o gestor escolhe as Unidades, e a equipe corre atrás de cumprir os itens.

Para os residentes de MFC também não foi um processo tranquilo: com a saída dos médicos, os recém chegados do primeiro ano tiveram que encarar

uma agenda extensa dos profissionais anteriores, ainda sem entender muito os conceitos da MFC, do método clínico centrado na pessoa (MCCP) e toda a especificidade e complexidade que a AB exige. Território extremamente vulnerável pela escassez de recursos, emprego e aparato social, portanto, grande necessidade de acesso à saúde. Ficaram muitos dias sem horário de almoço, devido a quantidade de agendas e necessidades de saúde da população.

Por sua vez, os residentes da RMSF trocaram de USF, trouxeram a saudade e o vínculo já formado com a equipe e população anterior, alguns até solicitando para continuar no antigo local, e se depararam com uma realidade social diferente do que estavam habituados, com uma nova equipe ainda sem muita integração e outros tantos residentes de MFC que também não conheciam. Nas primeiras reuniões de aproximação com a equipe alguns chegaram a verbalizar que não queriam estar lá.

Diante disso, como se organizar para produzir cuidado e garantir acesso a essa comunidade?² Como a comunidade se sentiria com toda essa mudança? Foi o início das nossas dificuldades, que será mapeada nesta cartografia.

² Este trabalho faz parte do projeto “Inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde do município de Londrina” aprovado no comitê de ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina Nº 3.028.451 datado de 20 de novembro de 2018, orientado pela linha de pesquisa “Trabalho e o Cuidado em Saúde” da Universidade Estadual de Londrina. Todos os nomes do trabalho são fictícios.

3 DE ONDE CADA UM PARTE

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Ser trabalhador da Atenção Básica requer entendimento do propósito e do papel dela na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na responsabilidade com sua comunidade. Os clássicos princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade devem ser entendidos e vividos diariamente, para que realmente a AB consiga cumprir seu papel de cuidadora, principal porta de entrada, centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços (BRASIL, 2017).

As equipes de AB são compostas no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reitera a preferência para especialistas em saúde da família e medicina de família e comunidade. Além da equipe mínima, poderão compor o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, 2017).

A formação dessa equipe é complexa, primeiro pela subjetividade do trabalho, pela individualidade de cada trabalhador produzir cuidado, fazer gestão e exercer seu papel dentro da equipe; segundo pela própria composição de

profissionais de diferentes áreas sendo convidados a se unir e trabalhar em prol de uma comunidade. Essa produção subjetiva do cuidado, segundo Feuerwerker e Merhy (2014), “é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais”, estabelecendo linhas múltiplas de relação entre as “existências” de trabalhadores e usuários, numa lógica de fluxos-conectivos em prol de um determinado projeto de cuidado que **se preocupa em diferentes graus com a integralidade do usuário**, marcando assim, as disputas de projetos de cuidado presentes no dia a dia de toda equipe.

Essa disputa de projetos e modelos de cuidado ficou bem evidenciada no campo a medida que a cartografia foi se inserindo enquanto ferramenta de análise e percepção do vivido. Posto o cenário caótico para os diversos atores, foram feitas algumas tentativas de aproximações entre as residências inicialmente. Em um dos encontros, foram discutidos os termos multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

Nesses níveis observam-se as seguintes variações: na multidisciplinaridade não há nenhuma cooperação entre as disciplinas; na pluridisciplinaridade ocorre cooperação, mas sem coordenação; a interdisciplinaridade envolve uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas coordenadas por uma delas, a qual ocupa uma posição hierárquica superior e a transdisciplinaridade envolve uma coordenação de todas as disciplinas com base em uma axiomática geral (PEDUZZI *et al.*, 2016, p. 2).

Alguns gostaram da discussão: “*vamos começar o trabalho transdisciplinar logo!*”, outros ficaram em dúvida: “*mas não vamos perder nossas habilidades específicas que tanto demoramos para conseguir na faculdade?*”, outros ainda entenderam que seria uma tentativa de jogar mais trabalho para o outro: “*eu entendo o deslocamento que terei que fazer para esse trabalho em equipe, mas não vejo que será tão penoso para todos os profissionais de forma igualitária e não vejo benefício para o usuário*”. Solicitei aos participantes da reunião que fizessem uma reflexão sobre o vivido naquele momento. Segue um trecho de uma das narrativas:

Considerando que os presentes na reunião eram frutos de uma formação em essência uniprofissional, como é majoritariamente a realidade brasileira, muitos desconheciam o escopo de ação profissional das categorias alheias. Fato esse que tolhia na raiz qualquer intenção de trabalho em equipe.

O que operou nesse momento, em parte, foi o interesse de cada um em defender sua especialidade em detrimento do trabalho coletivo, afinal cada um parte de uma formação diferente com suas singularidades. O trabalho coletivo, por sua vez, é contra hegemônico, pois o que prevalece na sociedade atual é a defesa da individualidade de cada profissão e o alto nível de especialização. Nesta hora, lembramos que os cursos de graduação e a formação em saúde constituem uma das áreas mais importantes a serem trabalhadas no sentido de formação em trabalho coletivo e interdisciplinar, seja por meio de formulação de políticas públicas, seja pela inserção desta prática durante a graduação (FEUERWERKER, 2003), o que condiz com a dificuldade que encontramos em produzir trabalho coletivo.

Considerando que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo e não restrito ao campo biológico, somente sendo tratado de maneira integral é que poderá ser adequadamente abordado. Para tanto, além de ampliar a base conceitual da ação de cada profissional, é necessária a configuração de equipes para a ação multiprofissional, buscando a maior potência de cada ação [...] acompanham os quadros mórbidos ou o comportamento do processo saúde-doença e não pessoas, grupos sociais, histórias de vida, histórias familiares, histórias culturais ou mesmo o andar da vida diante de adoecimentos, sofrimentos [...] (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1408).

É real a necessidade de mudança de perspectiva na formação em saúde, visando um aprofundamento no eixo da integralidade e do trabalho coletivo. Essa dificuldade deixa seu reflexo em especial na prática diária dos recém-formados, com pouco acúmulo de “vida real”, pouca diversificação dos cenários de aprendizagem (centrado muitas vezes no professor-aluno e paciente-doença), o que dificulta o olhar integral da equipe. Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1409), “a saúde, por ser encontro, produz afetos, nossa atenção clínica não será adequada sem o mínimo de escuta aos fluxos de vida na experiência concreta dos adoecimentos ou demandas por atenção de saúde”, o que reitera a necessidade de mudança na formação em saúde com foco maior na integralidade.

No final da discussão sobre os conceitos de integração do trabalho, ficou um encaminhamento interessante: montar um **observatório multiprofissional**. A ideia consistia na observação do trabalho um do outro para entender melhor qual era a vivência, as dificuldades e as facilidades do trabalho do colega para então pensarmos e planejarmos como trabalharíamos em equipe. Montamos uma escala

durante um mês inteiro, e cada dia um acompanhava o outro durante alguns atendimentos ou atividades, mesmo que por uma ou duas horas do dia. Aos poucos, fomos entendendo melhor a atuação de cada um. A demanda e as responsabilidades não permitiram que esse observatório acontecesse por muito tempo, e a avaliação aconteceu informalmente, nos corredores e conversas, mas não em um momento específico com todos os envolvidos. Abaixo um recorte de uma narrativa de um dos participantes da reunião, sobre o observatório:

De início a ideia foi recebida por alguns residentes com certo receio, por imaginarem que aquilo poderia ser um tipo de transferência de atribuições de uma categoria para outra ou mesmo por insegurança do novo. No entanto, com a implementação desse observatório e suas subseqüentes avaliações, foi notado um ganho no entendimento do escopo de ação das diferentes categorias, bem como maior empatia entre elas. Além de facilitar o processo de interconsultas e aumentar a resolutividade dos atendimentos. Conseqüentemente houve redução dos encaminhamentos internos desnecessários que são característicos do trabalho multiprofissional fragmentado e primitivo. [...] Apontando assim para uma possível necessidade de implementação curricular de processos que fomentem esse tipo de prática profissional, que não é natural e necessita ser desenvolvida atenção básica. Uma vez que ela se propõe a realizar o cuidado às pessoas de maneira integral, o trabalho multiprofissional fragmentado se demonstra incompatível para manejar a complexidade dos processos de saúde e doença característicos desse nível de atenção.

Apesar das dificuldades, foi interessante. Aprendemos vendo o trabalho do outro e foi construída uma confiança e uma admiração no potencial do colega da equipe. Aprendemos muito das mais variadas profissões e passamos a aplicar o conhecimento na prática. Mesmo cada um partindo do pensamento hegemônico da sua especialidade, o observatório multiprofissional mudou nossas perspectivas. Não seríamos mais os mesmos depois disso.

4 O TRABALHO COLETIVO

A relevância do tema “trabalho em equipe, prática e educação interprofissional” está relacionada às mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população mundial, com o aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas, que requer profissionais preparados para abordar as múltiplas dimensões das necessidades de saúde dos usuários/população, mediante a colaboração interprofissional (PEDUZZI *et al.*, 2016, p. 1).

Necessidades em saúde, complexidade dos problemas e dos indivíduos, integralidade, diferentes perspectivas do cuidado são apenas algumas das justificativas que embasam a necessidade e importância do trabalho em equipe. Porém, não se trata de uma prática fácil, e com a crescente superespecialização das profissões o trabalho em equipe não se torna natural. A disputa individual de projetos com foco em cada especialidade é o que está posto, durante a conversa sobre os conceitos de trabalho multi, inter e transdisciplinar essa diversidade de projetos se fez muito presente, com cada categoria profissional defendendo seu trabalho individual em detrimento do trabalho coletivo. A dimensão das especialidades e o modelo biomédico são hegemônicos, porém, as necessidades de saúde dos usuários se mostram cada vez mais integrais. Talvez por isso a mudança de modelo seja tão estudada e desejada por parte de alguns trabalhadores.

O tema dá-se em um contexto tenso e contraditório em que, de um lado, ocorre a crescente especialização das profissões de saúde e, de outro, o reconhecimento do valor da atenção integral e da necessidade de integração dos profissionais e dos serviços para alcançar a integralidade da saúde (PEDUZZI *et al.*, 2016, p. 1).

O fato do trabalho coletivo estar inserido em um contexto “tenso e contraditório” faz com que existam tantos estudos nacionais e internacionais que tratam do tema. Ainda segundo Peduzzi *et al.* (2016), a comunicação de qualidade é o eixo central do trabalho colaborativo, articulando ações e gerando cooperação entre os profissionais, e que, trabalhar em equipe equivale a se relacionar, dada a importância da comunicação. Como facilitadores, a autora sistematiza: colaboração, clara definição dos objetivos, decisões compartilhadas, projeto de cuidado comum, responsabilidade, divulgação dos resultados obtidos, reconhecimento do trabalho profissional do outro membro da equipe, autonomia das ações, horizontalização das

relações, foco no usuário e flexibilidade da divisão de tarefas. Pensando nisso, na primeira conversa que tivemos sobre os conceitos do trabalho em equipe, talvez tenha faltado a clara definição de objetivos, comunicação de qualidade, horizontalização das decisões e flexibilização. São citadas também as dificuldades de operacionalização (PEDUZZI *et al.*, 2016), e durante o processo que vivemos foi possível observar algumas de nossas falhas:

1. Quebra da comunicação: informações incompletas, passagem de informação excluindo possibilidade de trocas entre os participantes.
2. Desconhecimento do trabalho dos outros membros da equipe.
3. Desconsideração das experiências e saberes de cada membro da equipe. **Exemplo:** os conceitos de trabalho multi, inter e transdisciplinar foram simplesmente expostos, sem levar em consideração o conceito prévio que cada um trazia.
4. Conflitos quanto a abordagem do cuidado e da assistência aos usuários.
5. Ausência de consenso quanto ao projeto assistencial comum.
6. Expectativa de ausência de conflitos e divergências na equipe.
7. Trabalhos especializados percebidos com valor social desigual.

Todo esse movimento só foi percebido após colocar o processo em análise, pois no momento em que aconteceu apenas ficou evidenciado a dificuldade em elaborar um projeto de cuidado comum, sem entender muito bem o porquê isso aconteceu. De qualquer forma, foi um importante disparador. Depois desse encontro marcado pela dificuldade de comunicação listada acima, o observatório multiprofissional surgiu e foi colocado em prática. Depois dele, muita coisa mudou – no sentido do trabalho coletivo. Aos poucos, algumas práticas colaborativas no trabalho começaram a acontecer, com a finalidade de trazer cuidado e resolutividade ao usuário. A equipe percebeu que a escuta³ qualificada é parte importante do

³ **Escuta qualificada** refere-se a importância do acolhimento enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização. Ela é realizada com foco nas necessidades do usuário, e assim, é possível garantir o acesso, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Acolher e, portanto, realizar a escuta qualificada, é reconhecer o que o outro traz como legítimo e único, gerando uma relação de confiança, compromisso com e vínculo com o usuário (BRASIL, 2007).

encontro. Sendo assim, se no final do encontro fosse necessária a intervenção de algum outro profissional, era só chamá-lo e trazer respostas para o usuário, que já tinha sido acolhido e escutado, mas que para ter suas questões solucionadas precisaria de um desfecho de outra pessoa da equipe. Se naquele momento o profissional não estivesse disponível, o caso era levado para a reunião de equipe (que acontece semanalmente) e então discutido. Um dos trabalhadores fez a seguinte reflexão sobre este potente arranjo:

O processo de trabalho pensado na lógica da interconsulta vem dizer de um processo mais generalista, no sentido em que as especialidades ganham bordas mais pontilhadas. Isto, de alguma forma, pode parecer como ameaçador para o trabalhador, uma vez que vai exigir dele sair da sua “caixinha” para que possa aprender olhar com outros olhos de saberes. E para também reconhecer que ali, naquele caso, precisa de um olhar outro e então acionar este olhar para aprender com ele, não simplesmente se desresponsabilizar e marcar na agenda do colega profissional.

Como acontecia na prática: no atendimento psicológico a psicóloga atende um usuário que deseja cessar o uso de antidepressivo e não tem uma boa experiência com o acompanhamento no CAPS, neste momento a psicóloga chama um médico que esteja mais acessível e as orientações são realizadas ali mesmo, sem precisar agendar consulta para alguns meses; o médico atende um usuário com síndrome do túnel do carpo, consegue uma orientação com a fisioterapeuta para ensinar os alongamentos e medidas antálgicas: poupa um agendamento para a fisioterapia, poupa necessidade do usuário retornar a Unidade, aumenta a resolutividade do problema e ainda matricia⁴ o médico para orientar essa conduta nos próximos casos que atender com essa condição de saúde; farmacêutica recebe um usuário para orientação de uso do aparelho de HGT e aplicação de insulina, durante a escuta o percebe preocupado por ter tido relação desprotegida e estar com uma lesão peniana: consegue chamar o enfermeiro que realiza orientações, teste rápido e tratamento conforme o protocolo de ISTs. Caso o profissional não estivesse na Unidade ou não estivesse disponível naquele momento, o caso era levado para reunião de equipe e discutido lá. Esse tipo de prática foi ficando cada

⁴ **Matriciamento** ou **apoio matricial**: conceito chave. Trata-se de um novo modo de produzir cuidado por meio de relações horizontais entre trabalhadores que constroem, de forma compartilhada, intervenções em saúde. Essa metodologia rompe com o sistema tradicional e burocrático de encaminhamentos, referências e contra referências, e propõe uma gestão do trabalho com foco na integralidade e colaboração dialógica entre distintas profissões (BRASIL, 2011).

vez mais frequente com toda a equipe, e como isso foi resolutivo! Resolutivo, matriciador, efetivo, potente. Foi mais um passo em busca da integralidade do cuidado por meio do trabalho coletivo. Outra reflexão:

A meu ver, esta modalidade de trabalho privilegia três grandes âmbitos do cuidado em saúde: o cuidado integral, o compartilhamento de saberes/matriciamento e o acesso. O cuidado integral porque independentemente por qual porta de especialidade o usuário entrasse, se fosse o caso, ele teria o olhar também de outras especialidades. Se a Dona Maria entrasse no Plantão Psicológico com um tornozelo inchado, por exemplo, era muito difícil ela sair dali sem um cuidado fisioterapêutico ou médico ou do profissional de educação física. Assim também acontecia na outra via, digo, o quanto os profissionais me acessavam. A partir do momento que o profissional identificava que o olhar da psicologia poderia contribuir no cuidado do caso, eu era acionada, seja diretamente e no momento – fazíamos então, a consulta conjunta ou até mesmo o usuário passava por mim após a consulta com o outro profissional –, ou eu era acionada indiretamente, na medida em que o profissional me procurava para auxiliá-lo na continuidade do caso, corredor ou na reunião de equipe. Às vezes nem era preciso um agendamento para a Psicologia, mas o profissional de outra especialidade, ao me ter como “retaguarda” em alguma situação, já conseguia fazer o atendimento – isto já diz muito sobre o compartilhamento de saberes entre os membros da equipe.

✓ **Maria e o Trabalho Coletivo**

Todos os dias, nós, trabalhadores da Atenção Básica, atendemos casos complexos. Todos os dias. Alguns deles marcaram muito a evolução do trabalho coletivo. Como exemplo, posso citar a Maria, uma menina de quinze anos que a agente comunitária de saúde (ACS) trouxe para discussão na reunião de equipe. Maria estava na lista dos diabéticos da área, e chamou atenção da agente comunitária por ser muito nova, não frequentar a Unidade de Saúde e parecer sempre triste durante suas visitas ao território. Contou-nos alguns detalhes sobre a família e a rotina de Maria e assim fomos conhecendo-a. Olhamos seus exames mais recentes, todos muitíssimos alterados. Ficamos pensando como seria possível alguém sobreviver com níveis tão altos de glicose há tantos anos. Foi levantada a possibilidade de marcar uma consulta – ideia logo barrada pela ACS: Maria tem trauma de médico. Sem chance de vir para uma consulta com alguém vestido jaleco branco. O único jaleco que conseguiu se aproximar dela nos últimos anos era o jaleco azul da agente comunitária. Não poderíamos ficar parados. Muito grave e

muito jovem. Plano de cuidado da equipe: fazer uma visita domiciliar, ninguém de jaleco, para uma aproximação inicial. Fomos eu, a enfermeira, a farmacêutica e a ACS. Maria se mostrou muito quieta, não queria contato. Não nos identificamos como equipe de Saúde, apesar de saber que ela não era ingênua, deve ter entendido nossa relação com a agente comunitária. Conversamos sobre coisas da vida e chegamos a um ponto: teria alguma coisa que poderíamos fazer para ajudá-la? Respondeu: *“Quero crescer e ter amigos!”*

Aos quinze anos Maria não tinha ainda menstruado, era muito baixinha e por isso sofria bullying na escola. Ela queria resolver isso. Comprometemo-nos a ajudá-la. Perguntamos de exames, diabetes – ela se fechou e não quis continuar a conversa. Foi para o quarto. Conversamos um pouco com a família e na semana seguinte voltamos. Aos poucos, Maria foi se acostumando com nossa presença, colheu exames, entendeu que sua saúde era um todo e o fato de ser baixinha não estava isolado dos outros cuidados. Foi ficando difícil manter a periodicidade das visitas domiciliares, mas Maria já aceitava ir à unidade – ainda a atendíamos sem jaleco. Em um desses encontros nos contou de como foi humilhada e maltratada nos ambulatórios da especialidade e internações: ameaçada que iria morrer se não parasse de comer tudo que era gostoso, muitas picadas, muitas agulhas, pouco entendimento do que estava acontecendo com ela ainda tão pequena. Inconformada. Desinformada. Revoltante.

Em equipe fomos ganhando sua confiança e conseguimos mostrar que uma equipe de saúde pode trabalhar diferente. Fizemos o que foi possível dentro de nossas possibilidades: ela precisava de tipos de insulina mais modernos para não levar tantas picadas ao dia, precisava de exame de fundo de olho, dos nervos periféricos, dos rins. Precisava investigar esse atraso menstrual e de crescimento. Fugia de nossas possibilidades na Atenção Básica. Conseguimos pactuar com ela um ambulatório diferente do que ela acompanhava e ela topou continuar com nossos encontros intercalados com o novo ambulatório. Era outro local e havia a esperança de crescer mais alguns centímetros. Negociamos com a regulação e ela vem sendo cuidada por nós e pela especialidade focal. Estamos na guerra contra o trauma da Maria. Vencemos algumas batalhas. Nossas armas: um bom trabalho em equipe. Esse tipo de situação potencializa o trabalho coletivo, é o trabalho vivo em ato, é o cuidado acontecendo em cada encontro. E a resolução dos casos em equipe começou a ficar cada mais vez mais presente em nossos dias.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998, p. 3).

Trabalho vivo em ato: como é bom aprender e viver isso em nossa prática profissional na Atenção Básica. A cumplicidade e a acolhida gerada nos encontros entre usuários e profissionais e entre os próprios profissionais produz vínculo, resolutividade, potência de vida.

Há acontecimentos interessantes de serem observados, à semelhança do encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário. Esse encontro é um encontro muito vivo, em ato, é um acontecimento em si. Por mais que o trabalhador tenha todo um arcabouço de conhecimento tecnológico, não consegue dar conta de tudo que vai acontecer ali, no momento do encontro. Esse encontro é produtor de sentido em si, para além do que já está previamente imaginado para ele (MERHY, 2012b, p. 271).

Esses encontros, não previsíveis, que transformam os sujeitos envolvidos, que depende de tantos fatores, inclusive dos diferentes projetos de cuidado, que se preocupam em diferentes graus com a integralidade do usuário, fazem mais sentido se pensarmos na máxima de que toda a vida vale a pena. Que não existem vidas que valem mais do que outras, que cada indivíduo tem sua forma de viver e que essa forma deve ser considerada e valorizada. Merhy (2012a), traz a ideia de que só produziremos mais vida se apostarmos em mais desejos e não em sua interdição.

Esse é um campo que permite perceber com clareza as implicações de uma aposta de que a vida de qualquer um vale a pena, não como algo para representar no pensamento, formular e dizer, mas para ser vivida nos encontros com os outros, em particular no mundo do trabalho em saúde. Algo pra ser vivido porque se apresenta ali na cotidianidade dos encontros que constituem o Sistema Único de Saúde, como realidade efetiva, nas práticas das equipes e de seus profissionais (MERHY, 2012b, p. 270).

✓ Dona Estela e o cuidado compartilhado

Uma outra situação que nos trouxe muito aprendizado foi com Dona Estela, uma senhora de sessenta e cinco anos, bem baixinha, com uma deficiência congênita de quadril. Divorciada (depois de sofrer todas as consequências possíveis de um relacionamento abusivo e diversos tipos de violências), mora com filhos e netos, conforme as necessidades de sua família. Um dos filhos fica um tempo na cadeia e volta. A filha quando volta com o marido vai morar com ele, mas quando sofre alguma adversidade vem morar com ela novamente. Os moradores daquela casa não são fixos, apenas dona Estela, que está sempre ali, firme e forte para acolher os filhos, netos e quem mais precisar. Há anos trata de um diabetes muito descompensado, um dos mais altos que já atendi na vida. Comecei a atendê-la e precisava reavaliá-la em curtos espaços de tempo, para verificar se aquela estratégia que pactuamos estava dando resultado ou não.

Com o tempo, percebi que as consultas ficavam cada vez mais próximas umas das outras, e mesmo quando o diabetes estava bem controlado, surgiam outras demandas que a fazia me procurar. Aos poucos percebi que muitas visitas ao médico poderiam ser iatrogênicas e pensei: é urgente compartilhar o cuidado com a equipe. Ela estava muito centrada em queixas álgicas, medicação, controles. Esse sempre era o motivo da consulta, mas depois, o que ela queria mesmo era conversar sobre a vida, sobre seus filhos e netos, sobre seus gatos, sua cozinha. Gosto muito disso. Porém, ao final ela sempre queria uma receita ou um exame para garantir o retorno – por isso pensei na iatrogênia. E infelizmente preciso fazer gestão da população, e ver a dona Estela toda semana começava a prejudicar as outras pessoas que necessitavam de atendimento também – somos recurso daquela população definida⁵, não podemos ver apenas uma pessoa ou uma família – mesmo que isso seja prazeroso e confortável.

Optei por convidar a ACS de sua área e a farmacêutica para conversar sobre a Dona Estela. Tanto a ACS quanto a farmacêutica se envolveram rápido no caso, fizeram visita domiciliar, a convidaram para os grupos de alongamento, acompanharam-na de perto, intercalando comigo. No final de cada

⁵**Recurso de uma população definida** diz respeito a um dos quatro princípios da Medicina de Família e Comunidade. São eles: 1- O MFC deve ser um clínico qualificado. 2- A atuação do MFC é influenciada pela comunidade. 3- O MFC é o **recurso de uma população** definida. 4- A relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do MFC (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018).

consulta, costumava perguntar em quanto tempo ela precisaria me ver novamente. Esse tempo foi ficando cada vez mais espaçado depois que compartilhamos o cuidado. Em uma das últimas vezes que a consultei, a hemoglobina glicada dela estava radicalmente mais baixa, baixou com uma velocidade que os livros não preveem. Perguntei: *“O que mudou na sua vida que você conseguiu controlar tão bem esse diabetes, dona Estela?”*. Ela respondeu: *“Vocês me mostraram o quanto eu sou importante. Aprendi a cuidar de mim e da minha vida, mesmo com tantos problemas”*. Uau. Não esperava por essa. Fiquei tão feliz ao ver aquele resultado, ao ver em minha frente uma mulher feliz, orgulhosa de si, realizada, com seu autocuidado otimizado. Perguntei *“Quando te vejo de novo então, dona Estela?”* e ela respondeu: *“Pode ser quando tiver vaga. Qualquer coisa eu procuro algum de vocês por aqui”*.

O caso de dona Estela remete a Foucault, quando traz a discussão do cuidado de si a partir da construção dos gregos, onde havia uma ética de existência agregada pelo fato de estar em relação com os outros, o cuidado como uma relação social, como uma ética que tem as práticas de si como práticas de liberdade: “[...] na Antiguidade, a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: ‘cuida-te de ti mesmo’.” (FOUCAULT, 2004, p. 9).

Desenvolver uma prática profissional que permite ao outro dedicar seu olhar para si mesmo, propicia ao usuário uma inquietude de aumentar sua potência de vida e produzir alegria e autonomia. Em uma prática de trabalho coletivo e colaborativo, tendo como centro o usuário, evitamos de julgar e simplesmente apontar o que deve ou não ser feito. Aos poucos e em equipe vamos construindo uma proposta de projeto terapêutico que coloque o cuidado de si como principal objetivo, possibilitando diferentes formas de cuidar e, portanto, de existir.

O cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência. [...] Sócrates é o homem do cuidado de si e assim permanecerá. Sócrates é sempre, essencial e fundamentalmente, aquele que interpelava os jovens na rua e lhes dizia: “É preciso que cuideis de vós mesmos (FOUCAULT, 2010, p. 9).

O cuidado de si aqui não é relacionado só à saúde, mas a uma estética e ética da existência, com potência capaz de produzir outra ética na construção do cuidado, onde a vida se torne o centro das ações de saúde.

Compartilhar o cuidado da dona Estela com outros trabalhadores e com ela mesmo, fez com que as tecnologias leves predominassem no encontro e fomos além das práticas instituídas em nosso cotidiano, possibilitando que dona Estela, com o apoio da equipe, construísse outros territórios existenciais aumentando sua potência de vida.

Quando falo de tecnologias leves me refiro às tecnologias que utilizamos em nosso cotidiano, descritas por Merhy (1997), como duras, leve-duras e leves. As duras representam o que já está criado e estabelecido: medicações, equipamentos. Podem ser utilizados em algum momento do encontro entre trabalhador de saúde e usuário, por exemplo. As tecnologias leve-duras, por sua vez, são saberes estruturados: protocolos, epidemiologia, prática clínica – estão prontos de certa forma, mas podem ser moldados de acordo com quem o estão aplicando, já que cada trabalhador traz consigo sua bagagem. Por último, descreve as tecnologias leves, que constroem relações: escuta, encontro, empatia, vínculo, disponibilidade, interesse, cuidado. Ou mesmo a ausência de tudo isso (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Com a Dona Estela, podemos entender melhor que o trabalho vivo em ato a partir de uma ética do cuidado de si pode ser um grande aliado: uma vez compartilhado o cuidado, a necessidade de remédios e exames ficaram cada vez menores e com desfechos em saúde cada vez melhores.

A medicina institucionalizada representava, na realidade, uma ameaça à saúde. Neste sentido, o autor faz uso da noção de iatrogênese - iatros (médico) e genesis (origem) - para falar da nova epidemia de doenças provocadas pela medicina. A partir da noção de contra produtividade, descreve este processo em que o sistema médico, criado para proteger a saúde, estava, paradoxalmente, acabando com a mesma e produzindo doença (GAUDENZI, ORTEGA, 2012, p. 26).

A medicina institucionalizada sustenta-se a partir da prática de patologizar problemas cotidianos, transformando sentimentos em doenças ou transtornos que necessitam, portanto, de diagnóstico e tratamento. É uma tendência que vem desde a antiguidade e ganha reforço atual com os processos de

superespecialização das profissões (FIGUEIRA; CALIMAN, 2014). No contexto da Atenção Básica, essa prática deve ser desestimulada, e, se temos o trabalho coletivo como ferramenta potente no combate a essa tendência, vamos utilizá-lo com mais esta finalidade! Cabe aqui lembrarmos da prevenção quaternária: primeiro não causar dano, evitar iatrogênia e proteger os usuários de intervenções desnecessárias. Ela também traz a compreensão de que as consultas, os encontros, tem como alicerce o relacionamento, e que essa relação deve permanecer verdadeiramente terapêutica, respeitando a autonomia dos usuários e dos profissionais de saúde (JAMOULLE, 2015).

Respeitar a autonomia dos usuários e dos trabalhadores só é possível, de fato, quando consideramos que toda a vida vale a pena e que vivemos em uma sociedade de liberdade e de direito, que permita o diferente, o amor, a liberdade, a luta pela vida, o direito de se expressar.

[...] apostas em mais vida exigem sociedades que devem se tornar também mais solidárias com as diferenças e defendê-las como direito societário de nova forma. Não só o direito social de ter condições materiais de vida e redes de proteção social para isso, mas o direito à diferença, o direito à construção de uma liberdade que se pauta pela produção da liberdade do outro, o direito à uma vida justa, digna e solidária com todas as formas de viver na Terra. Creio ser esse o sentido das lutas coletivas libertárias no mundo contemporâneo. A luta pela vida na sua diversidade coletiva (MERHY, 2012a, p. 12).

5 DISPUTAS DE PROJETOS EM SAÚDE

No mundo da saúde tudo acontece baseado nos mais diversos encontros: profissionais de saúde e usuários, gestores e profissionais de saúde, entre os próprios profissionais de saúde. Toda a construção do cuidado e do trabalho em saúde passa por essas *relações entre pessoas*. Relações essas que podem ser de intensidades e qualidades diferentes. Cada pessoa traz consigo seus valores, sua construção profissional do trabalho, seus medos e preconceitos, seu humor, sua experiência de vida e no serviço, cada um possui seu próprio plano e conceitos a respeito do que é a saúde e seu papel dentro daquela equipe. Alguns dos saberes são mais estruturados e vem de cada formação ou educação profissional, porém, todos os tipos de saberes influenciam nessa construção diária do trabalho em saúde.

No campo estudado podemos identificar diversos momentos importantes para a equipe pensar no trabalho coletivo e na produção do cuidado, o que, por si só, já é um avanço: ter espaços preservados para discutir em equipe problemas e soluções. É claro que no cotidiano do trabalho isso ocorre de diversas formas: conversas no corredor, discussões rápidas de casos, quando se tira uma dúvida, etc. Mas ter espaços específicos que fomentem essa discussão representa um ponto positivo para a equipe.

[...] ocorrem conflitos e discussões, e é neste processo que o coletivo se monta e desmonta, onde a trama das relações de poder se tornam ou não visíveis. [...] é neste lugar que os trabalhadores se fortalecem, criam novos arranjos, compartilham o trabalho, a vida e se constroem como coletivo que se afeta com o sofrimento do usuário, sua família e cuidadores. Nesse movimento vão se constituindo como sujeitos sociais, àqueles que são protagonistas do seu próprio processo de transformação (LIMA, 2016, p. 390).

Nesses espaços os trabalhadores se fortalecem, compartilham o trabalho, o cuidado, as conquistas e as dificuldades. Em nosso campo, temos duas reuniões mensais, uma de quatro e uma de seis horas, em que a Unidade de Saúde fecha o atendimento ao público e todos os trabalhadores se unem para fazer planejamentos, matriciamentos e discussões. Além disso, cada área da USF (são quatro: A, B, C e D) se reúnem semanalmente para discussão e planejamento das ações do território. Abaixo, uma reflexão interessante sobre o trabalho coletivo e a

importância das reuniões, retirado de uma das narrativas:

Eu entendo que este movimento só pôde ser construído na medida em que outro movimento ocorria na USF, que era assegurar e qualificar as reuniões de cada equipe e principalmente as reuniões das residências em conjunto. Esta aproximação e discussão dos processos de trabalho é essencial para garantir a dinâmica de interconsultas eficazmente.

Foi criada uma “**caixinha de dúvidas**” onde cada profissional pode dar sugestões para os temas e dúvidas do dia a dia para que possam ser incluídas na pauta da reunião. Dessa forma, todos participam da gestão do trabalho e, de alguma forma, apresentam seus projetos em disputa. Há os que preferem discutir temas clínicos do dia a dia, para tirar dúvidas, melhorar fluxos internos e processos de trabalho, com foco na melhoria da qualidade de atendimento ao usuário. Alguns preferem utilizar esse tempo para organizar a Unidade de Saúde, fazer mutirões para determinadas tarefas e metas que a gestão solicita (Ex: fazer as estratificações de risco solicitadas pela certificação do Selo Bronze e Prata, já citada anteriormente), e esses, por sua vez, tem seu foco em atender as exigências verticais advindas da gestão. Outros ainda, não gostam desses momentos de reunião e preferiam estar atendendo ao público – são os que não participam das dinâmicas, não sugerem temas na “caixinha de dúvidas”, dormem enquanto os outros falam. Estão presos ao trabalho engessado, com processos de trabalhos cristalizados. Talvez esses trabalhadores não tenham tido a oportunidade de refletir sobre sua prática e elaborar novos modos de trabalho e de cuidado.

Todos disputam sentidos. Todos disputam projetos. E todos tomam decisões. Decisões diferentes dependendo do contexto e dos envolvidos. E por isso mesmo é que todos são gestores, todo mundo faz gestão. Do usuário ao secretário! (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 2).

Entender que todos os trabalhadores fazem gestão e disputam projetos foi essencial para mapear os processos de trabalho coletivo e de produção do cuidado da equipe. Aprender a respeitar as diferentes visões dos trabalhadores e dos usuários sobre o cuidado é um exercício diário.

As reuniões de equipe semanais (lembrando das quatro equipes de saúde da família) foram instituídas após a chegada das residências na USF Flores

São espaços muito ricos de produção de cuidado, cada profissional é muito importante e traz um olhar diferente para cada situação. O fato de ter menos pessoas do que na reunião geral, dá liberdade e espaço de fala para todos do grupo. Durante um ano, nos momentos iniciais da reunião, a psicóloga da equipe fazia uma intervenção sobre saúde do trabalhador, trabalho em equipe e autocuidado, o que foi essencial para o crescimento do grupo. Trago aqui um olhar de outro participante de uma de nossas reuniões, que evidencia a potência deste encontro organizado que é a reunião de equipe e traz um pouco da disputa de projetos presente (os que valorizam a reunião versus os que estão ali apenas de corpo presente):

Ter esse período protegido na agenda de todos era algo valioso e indispensável no planejamento e desenvolvimento de ações que visassem à inovação de processos e estruturas que há muito tempo se encontravam estabelecidas. Alguns participantes estavam preocupados com as mais diversas pressões que a vida nos impõe, já outros enxergavam naquele espaço um grande potencial e posicionavam ideias com intenso entusiasmo. Aqueles encontros tinham por objetivo traçar novas rotas sobre os processos de trabalho no sentido que a prática entre os profissionais daquela equipe se desse de maneira colaborativa.

Ainda no campo das disputas de projetos, tivemos aquela reunião sobre os conceitos de trabalho em equipe (página 18), onde ficou bem claro os diferentes pensamentos e planos. Observamos alguns participantes relutantes em mudar o modo de trabalho uniprofissional, com a intenção de manter os encaminhamentos de um profissional para outro. Alguns partiram do princípio de que a escuta qualificada e a potência do encontro é o que mais vale, portanto, qualquer trabalhador teria a possibilidade de criar vínculo com o usuário e fazer efetivamente a coordenação do seu cuidado. Por fim, alguns não se manifestaram, talvez pela dinâmica da reunião não ter dado voz a todos os participantes, talvez pela discussão ter acontecido ainda muito no início da união das residências, em um período adaptativo do trabalho em saúde.

Aqui estamos discutindo a micropolítica do cuidado e do trabalho em saúde, já que todos os envolvidos têm seus projetos e isso gera uma disputa. Mesmo que os projetos sejam “desorganizados”, ainda assim são projetos. Muitas vezes discretos, velados, inconscientes: mas sempre presentes. Isso fica muito claro com a análise do momento através da cartografia, e as reuniões, por exemplo, são espaços importantes para a apresentação desses projetos e avaliação em equipe

dos mesmos. Se não levarmos isso em consideração, qualquer tipo de construção de rede de cuidado corre graves riscos de fracassar, pois não levou em consideração os projetos em disputa, o modo como cada integrante da grande equipe de saúde faz sua gestão em cada diferente encontro. Por isso a importância de dar a palavra a todos nesses encontros, possibilitar que se expressem, negociar, horizontalizar as relações permitir que se se pense em saúde. Os trabalhadores e gestores que partem do princípio que só é certo seu próprio modo de fazer, suas verdades, seu controle e apostam apenas em seu saber único acabam criando conflitos e restringindo a potencialidade de cada ser. É preciso liberdade. E singularidade.

Liberdade para encontrar-se com o outro. Liberdade para ouvir, entender o contexto, a singularidade, as razões, os medos, as questões. [...] Encontros produtivos são encontros em que há conversa, escuta, troca – mesmo quando há projetos diferentes! Porque mesmo quando há conversa e novos acordos, muitas vezes continua a haver diferença de projetos! E certamente continuará havendo diferentes modos de operar (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 2).

Segundo Merhy (1997), uma grande ferramenta para construção de um projeto de saúde que leve em consideração os projetos de cada indivíduo, de liberdade, permita a singularidade e valorize os encontros é a Educação Permanente em Saúde. Por meio dela é possível produzir conversas e reflexões sobre o trabalho e o cotidiano, podendo assim, negociar de forma coletiva os diversos projetos de saúde que cada um traz.

Apoios, matriciamentos de gestão e de atenção, núcleos territoriais, espaços para reflexão sobre as experiências vividas em todos esses arranjos [...] Todos esses são dispositivos de uma gestão que toma a educação permanente em saúde (ou a produção de conversas e reflexões coletivas sobre o cotidiano) como estratégia de gestão! (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 3).

No campo, a Educação Permanente em Saúde foi criada pela própria equipe, através da “caixinha de sugestões”, dos matriciamentos, do observatório multiprofissional e do trabalho coletivo. Existem os momentos de EPS oferecidos pela gestão municipal, que também são importantes, mas a rede de saberes criada dentro da Unidade de Saúde demonstrou um valor inestimável,

justamente por dar voz e vez a essa disputa de projetos em saúde. Os projetos que estão em disputa continuarão em disputa, porém, o trabalho coletivo trouxe objetos comuns permitindo assim a produção do cuidado em saúde.

6 O CUIDADO EM SAÚDE

“Preocupe-se mais com uma particularidade do doente do que com uma particularidade da doença”.

Sir William Osler, 1892.

Minha formação é em Medicina de família e comunidade (MFC). A teoria que embasa os encontros na MFC é o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Ele é uma grande ferramenta utilizada no encontro médico-paciente que nos permite deixar a pessoa falar e nos ensina a ouvir. Estimula a livre associação das ideias, a expressão e a exploração dos medos e incertezas da pessoa acerca daquela necessidade em saúde. Incorpora na consulta a longitudinalidade, a priorização dos problemas, a demora permitida, a corresponsabilização do plano terapêutico, a importância das habilidades de comunicação e inserção da prevenção quaternária em nossas práticas. Evitar intervenções desnecessárias, não dar reforço positivo por meio de exames complementares sem indicação para sintomas aparentemente sem explicação clínica, ter como norte a medicina baseada em evidências são algumas pequenas atitudes que fazem toda a diferença em nossa atuação. Entender a pessoa como um todo, seu contexto, sua rede de apoio familiar e comunitária podem ser nossos diferenciais na hora de consolidar uma boa prática.

Resumidamente, o MCCP segue seis passos (quatro em algumas literaturas). Não necessariamente devem ser realizados em ordem ou estar presentes em todas as consultas: serve como um **guia longitudinal de atendimento integral** (Anexo A).

Trouxe da minha formação uma caixa de ferramentas contendo os saberes da Medicina de Família e Comunidade (MCCP, abordagem individual, familiar e comunitária, importância do vínculo, entender-se recurso de uma população definida, ter a prática influenciada pela comunidade, ser resolutiva). Contudo, por meio do trabalho vivo em ato, por meio desta cartografia, novas ferramentas importantes vão sendo construídas e adicionadas em minha caixa, todos os dias! De acordo com Merhy (2000), a caixa de ferramentas que citei seriam as "valises tecnológicas" que existem de três formas: uma composta pelas tecnologias duras (estetoscópio, termômetro, otoscópio), outra com as tecnologias leve-duras (clínica, epidemiologia) e, finalmente, a terceira, presente no espaço

trabalhador-usuário, contendo tecnologias leves **“implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato”** – a valise que mais foi enriquecida com esta cartografia.

Com base no sistema centrado no usuário, podemos dizer que fazer uma escuta qualificada, abordando os principais aspectos que levaram a pessoa procurar atendimento naquele momento, explorando sua experiência com a doença/sintoma/problema, seu contexto como um todo e suas necessidades pode ser extremamente resolutivo e terapêutico para a pessoa. Mas, quem deve fazer essa escuta e abordagem? O médico? O psicólogo? Qualquer integrante da equipe? Cada vez mais passo a acreditar que sim: qualquer integrante da equipe. Segundo Merhry (1998, p. 4) “todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, sendo esta o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras das outras configurações tecnológicas”, ou seja, se todos nós fazemos clínica, todos nós podemos (e devemos) fazer esse acolhimento.

Uma vez que todos os integrantes de uma equipe façam escuta qualificada, uma abordagem centrada no usuário, grande parte das demandas serão abordadas. Para finalizar o encontro, pode ser que seja necessária a presença de outro profissional, exemplo: uma orientação de específica da fisioterapia diante de uma lesão, uma receita médica, um cuidado de enfermagem, enfim. Mas, o período inicial, da escuta qualificada, de entender a pessoa como um todo, do vínculo, da exploração da experiência da doença/problema para aquela pessoa, qualquer profissional qualificado pode fazer. Neste contexto, penso quanto às interconsultas entre a equipe são potentes.

Os dispositivos são interessantes se puderem impactar o modo como é cotidianamente produzido o cuidado em saúde junto aos usuários de um estabelecimento, almejando resultados naquilo que já tomamos como pressupostos de uma proposta usuária-centrada, impactando os modos de: ACOLHER, RESPONSABILIZAR, RESOLVER, AUTONOMIZAR (MERHY, 1998, p. 5, grifo nosso).

Pude vivenciar isso diversas vezes. Ótimos exemplos aconteceram durante os atendimentos psicológicos, por exemplo. A psicóloga atendia os usuários, fazia toda a escuta deles, e por vezes, no final, a pessoa indicava que anteriormente já tinha feito certo tratamento e sentiu-se bem, ou então solicitava ajuda de um fitoterápico para passar por aquele momento mais pesado. Nesta hora, ela me

procurava, contava suas percepções do caso e eu ia com ela “fechar” esse encontro para fazer aquilo que me cabia, já que o restante ela já tinha feito com maestria. O mesmo aconteceu com outros profissionais, por exemplo, com a fisioterapeuta. Diante de uma pessoa com dor crônica, não operável, lidando com aquela dor e dificuldade há tanto tempo, a fisioterapeuta fazia toda a abordagem da experiência da pessoa com a dor. Na hora de concluir o encontro por algumas vezes ela me chamava, compartilhávamos o cuidado, eu ajudava da forma que podia e assim a pessoa se sentia mais contemplada diante de sua questão, medos e preocupações. Quanto mais fazíamos isso, melhores ficamos em compartilhar e construir esse cuidado. Ganhamos confiança um no outro. Sabemos e passamos a conhecer os limites e potencialidades um do outro. Isso é muito potente para o trabalho coletivo e também para o usuário, que tem suas necessidades mais acolhidas e mais “resolvidas” (claro que muitas coisas não têm solução, mas podem ter acompanhamento em equipe, o que deixa tudo mais leve).

“Não sei como posso te ajudar nisso, mas conheço quem saiba”. Isso pra mim foi viver trabalho coletivo, qualidade, resolutividade, produzir cuidado. É claro que neste contexto precisamos pensar também no acesso. Seria maravilhoso cada pessoa poder ser atendida por dois ou três integrantes da equipe, todos fazendo uma escuta de qualidade, dando seu melhor no compartilhamento daquele cuidado. Mas isso não é viável. Voltamos à questão de ser o recurso daquela população definida, e não daquele usuário específico. Por isso são tão potentes essas interconsultas: fazer todo o acolhimento e escuta, para concluir o encontro chamar quem pode concluir a demanda daquele usuário. Essa gestão do tempo e de recursos é algo muito importante e cada vez mais necessário nas equipes. Nosso contexto de falta de recursos humanos nos faz ter que aperfeiçoar tempo, acesso e nos reinventar enquanto recurso de determinada população.

Pode-se imaginar o que quiser para se pensar onde é que está o estado e seus arranjos que o operam, como são construídas e efetivamente produzidas as formulações e implementações das políticas. Pode-se imaginar que o estado existe e também não existe. Que ele é em si multidão. Que é em si instituído e vazado. Que a micropolítica do trabalho vivo em ato dos coletivos vai produzindo mutações incontáveis no seu existir (MERHY, 2012b, p. 278).

As formas de cuidar, o fato de todos fazerem gestão o tempo todo e construírem esse estado que em si é multidão, nos faz pensar que essa construção de saúde só é possível dentro da democracia e da liberdade. Regimes que não permitam a expressão e a autonomia das pessoas não possibilitam esses arranjos.

Trabalho coletivo gerando potência de vida

Certo dia, no fim da tarde de um dia cansativo, vi duas fichas aguardando atendimento. Vi que a primeira pessoa eu não conhecia e o segundo era um retorno rápido para checar se o tratamento proposto teria dado certo, um caso simples. Pensei em chamar o já conhecido primeiro por ser mais rápido, mas achei injusto com aquela mulher, afinal ela tinha chegado antes. Resolvi atendê-la.

Chamei “Suzana” na sala de espera e percebi que ela estava visivelmente desconfortável, tremendo, desconfiada, PA alterada, nervosa. Entrou, sentou, pedi que ficasse à vontade e perguntei “Em que posso te ajudar?”. Muito nervosa, começou a falar que quem a convenceu de estar lá tinha sido a nutricionista e que tinha diversos problemas que nem sabia por onde começar, já tinha contado para a ela suas dificuldades e gostaria muito de tê-la presente na consulta. Expliquei que trabalhamos todos em equipe e que se era importante, poderíamos nos encontrar as três juntas, apenas neste primeiro encontro não daria certo, pois a nutricionista já não estava mais na Unidade naquele momento. Ela concordou, gostou de nossa pactuação e começou a ficar um pouco mais calma.

Pedi que me contasse sua história caso estivesse à vontade. E ela começou a contar. Trinta e poucos anos, casada há treze anos, com um filho adotivo de oito anos. Evangélica, muito temente a Deus, uma de suas maiores alegrias era cantar na Igreja, sua voz combinava com os louvores mais bonitos. Seu maior sonho: ser mãe. Sentia-se realizada pelo filho adotivo, porém, seu sonho mesmo era ser gestante, queria passar pelas peculiaridades da gravidez, da amamentação e até do parto. Disse que tinha muitas dúvidas, não entendia direito porque não engravidava, queria alguns exames. Perguntei sobre a relação dela com o marido e ela se mostrou apaixonada e envolvida no relacionamento, assim como ele. Relatou alguma dificuldade nas relações sexuais, mas não detalhou. Quando falamos sobre seus pais, descreveu uma mãe muito sofrida, submissa, que trabalhou a vida inteira para sustentar a família e o vício do pai em álcool. Foi então que começamos a falar sobre algo mais doloroso. Detalhando o relacionamento com o pai, percebemos que ele sempre teve um cuidado especial por ela, desde muito pequena até os dias de

hoje. Começou a relatar todo o abuso sexual que sofrera desde muito pequena até adolescência. Sua memória da infância foi extremamente prejudicada. Não tinha lembranças de suas irmãs, avós, brincadeiras, amigas, escola. Relata apenas alguns momentos e o resto das lembranças são apagões. O pai a obrigava a deitar com ele no quarto quando a mãe não estava, na sala enquanto a mãe limpava a casa e eles “assistiam televisão”, a espiava durante o banho, a perseguia quando ela saía. Quando ela reagia e dizia que iria contar para a mãe, ele a ameaçava ou falava que ninguém acreditaria, e, caso contasse, ele diria que ela que estava pedindo para ele fazer tudo aquilo. Ele também abusou de suas irmãs, mas com ela “era diferente”. Ela era a “preferida, a mais velha” e tinha de tudo (roupas, festas) fornecidas por ele em um mecanismo “compensatório”. Contou que o pastor na Igreja já tinha profetizado o perdão e ela precisava perdoá-lo o quanto antes. Disse que apesar de ter uma vida sexual normal com o marido, ela nunca permitiu que tivesse penetração. Todas as inúmeras vezes que tentaram, ela desmaiava, passava mal e não acontecia. Já pediu que o marido a deixasse bêbada ou drogada para que conseguissem, porém o marido se recusou a fazer isso. Ao contar essa parte da história, foi tirando algumas dúvidas, perguntando se isso seria extremamente necessário para engravidar, quais as outras opções existentes, etc. Começou a perguntar se eu já tinha atendido casos parecidos pois ela precisava muito de ajuda e esperava muito que conseguíssemos ajudá-la. Contou de experiências prévias muito ruins com outros médicos, por isso o nervosismo antes da consulta. Experiências horríveis, e pude acolhê-la enquanto contava e dar a garantia que ela não seria mais tratada daquele jeito.

✓ **Paixões Tristes Ressignificadas em Potência de Vida**

Atendemos muitos casos de abuso e violência, mas esse foi diferente. A cada detalhe que ela contava (e foram muitos), sentia meu coração despedaçando mais um pouco. Uma diversidade de sentimentos tomou conta de mim, sentimentos conflitantes. Lembrei-me do horário, da outra pessoa que me aguardava, da preocupação de outras pessoas estarem expostas a esse homem, do quanto eu também gostaria que a nutricionista estivesse ali comigo dividindo esse momento. Conseguimos encerrar o encontro já com data e horário marcados para o retorno, dessa vez em consulta compartilhada. Ela saiu agradecida e confiante que

seu caso teria solução. Eu saí despedaçada, quebrada, impotente. O bom disso tudo é que no dia seguinte eu poderia dividir todo esse turbilhão de sentimentos e impressões com minha colega de trabalho, que também sofreu, se envolveu e se comprometeu com a usuária:

Chegou para consulta nutricional agendada com saia para baixo do joelho, cabelo preso e maquiagem nos olhos. Era casada com um metalúrgico há 13 anos e tinha um filho adotivo de 8 anos. Era evangélica e sua maior alegria era cantar na igreja. No primeiro momento mostrou-se como mais um caso de DM descompensada e incômodo com o peso. [...] De mãos dadas a ela, eu lhe escutei. Era o cuidado que ela necessitava naquele momento. Ao mesmo tempo me senti impotente com a complexidade em minha frente. Eu chorava como uma criança por dentro escutando sua história. Em meio a tudo isso, percebi que sozinha não conseguiria manejar o caso. Ela há muito tempo não consultava com médico ou psicólogo, pois havia tido traumas com alguns profissionais. Perguntei a Suzana se ela aceitava compartilhar sua história com mais algum profissional e assim iríamos acompanhá-la juntos. Ela somente condicionou que fosse uma mulher. Foi assim que iniciou-se o cuidado compartilhado. Eu sabia que aquela profissional iria me auxiliar na condução do caso e ela fez muito mais. Ela me ensina a cada encontro com Suzana. A partilha em cada consulta não só ampara a usuária como nos fortalece, juntas. E hoje o sonho de Suzana engravidar, também tornou-se nosso sonho.

Sabemos que para o caso da Suzana não teremos uma solução fácil e rápida. Mas juntos, trabalhando coletivamente, nosso sofrimento diante da complexidade dos sujeitos se transforma!

Os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde (MERHY, 1998, p. 2).

Em equipe, mostramos para a usuária que seu problema foi entendido, recebido com atenção e assumimos, juntas, que será feito o que for necessário para defender e qualificar sua vida. Que por vezes pode significar ajudá-la a criar redes de apoio.

Redes vivas são as conexões formadas a partir da interação entre serviços e/ou ações podendo estar relacionadas a área da saúde ou não. É um processo vivo, que monta e desmonta, que podem emergir de qualquer ponto sem seguir uma norma lógica de redes instituídas (MERHY *et al.*, 2016, p. 35-36).

Construímos uma rede viva de cuidado a partir da interação entre equipe e usuária. O que em um primeiro momento trouxe tantas paixões tristes, depois de compartilhado, o sentimento é ressignificado produzindo potência de vida tanto no usuário quanto em nós, trabalhadores (PELBART, 2008). E, assim, continuamos caminhando, vendo-a quinzenalmente, sempre nós três.

7 SONHOS E PERSPECTIVAS

Posso dizer que o objetivo do trabalho extrapolou o que eu esperava. Por meio da cartografia pude mapear várias perspectivas de mim mesma, do trabalho coletivo, da produção do cuidado. Reconhecer a prática do trabalho em saúde que executamos diariamente enquanto redes vivas e encontrar autores que embasam e explicam aquilo que praticamos e sentimos, gera esperança de poder, em equipe, atender cada vez mais integralmente as necessidades e expectativas dos tantos usuários que circulam nossos serviços, em especial nossa querida e potente Atenção Básica.

As características peculiares de cada encontro, entre usuário e profissional de saúde ou entre os próprios profissionais, produz cuidado com diferentes níveis de integralidade. É no encontro das subjetividades que acontece a liberdade e autonomia que os profissionais de saúde detêm na produção de seu trabalho (MERHY, 1997) e viver isso, gerando cuidado para o usuário, a partir do trabalho coletivo, é muito potente. Essa construção do trabalho coletivo se dá de maneira complexa e constante, e neste processo podemos destacar algumas dificuldades e facilidades. Como dificuldades, foi possível mapear as formações “em caixinhas”, especializadas, focadas em seu núcleo de competências; a grande demanda assistencial, exigindo alta produtividade não necessariamente atrelada a qualidade; falta de planejamento e discussão horizontal de objetivos de projetos de cuidado. Por sua vez, encontramos como facilidades: os momentos protegidos para discutir casos e planejar o trabalho; educação permanente em saúde, possibilitando democratização de saberes; paixões individuais unidas em um mesmo objetivo; trabalho vivo em ato, produzindo, mesmo que empiricamente, acolhimento e cumplicidade; experiências exitosas no compartilhamento de casos e demandas.

Com esta forma de cuidar e com o trabalho coletivo vivido nesta cartografia através da horizontalidade das relações e do protagonismo do usuário neste processo, assumimos um importante papel na defesa da vida e da premissa de que todas as vidas valem a pena. A partir do momento que toda vida vale a pena, que para atender as necessidades em saúde de cada usuário ele e os trabalhadores criam redes vivas, seja ele um frequente participante dos grupos da Unidade, seja ele uma pessoa em situação de rua com necessidades totalmente diferentes do primeiro. A vida da Maria (página 24) vale a pena, mesmo tendo que ser atendida

sem jaleco, em casa sem ser acamada, em equipe, sem desejar fazer seus exames regularmente. A vida da Dona Estela (página 27) vale a pena, mesmo ela não seguindo as orientações de dieta como deveria. Essa premissa faz valer a equipe, o cuidado integral, a centralidade do usuário no sistema.

Tudo isso só é possível se entendermos a saúde como um direito de cada cidadão, conforme garantido em nossa Constituição, que apesar de estar vigente há tantos anos, necessita ser reafirmada diariamente. Na luta da saúde como direito, devemos resistir em nossos polos de atuação, fazendo parceria entre trabalhadores e usuários, gerando acesso e ousando cuidar em equipe de todo e qualquer cidadão, independente do contexto. Resistir. Defender a saúde como direito do nosso povo e dever do nosso Estado democrático.

Meu sonho e principal perspectiva: construir diariamente um Sistema Único de Saúde melhor, mais integral, acolhedor e resolutivo, um Sistema que valorize a potência dos encontros e que permita a vivência do trabalho coletivo produzindo cuidado, afinal, se todos fazemos gestão, mesmo cada um partindo de uma perspectiva diferente, isso é possível!

No cenário geral, a perspectiva é lutar pela saúde como direito, pela democracia como regime político e por um SUS realmente universal, público e de qualidade. Na micropolítica, por sua vez, realizar escuta qualificada, empoderar os coletivos, estar realmente disponível para o usuário e trazer resolutividade a ele a partir do trabalho coletivo, considerando as disputas de projetos, é meu grande sonho. Seguiremos sonhando!

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Seção: 1, Brasília, DF, ed. 183, p. 68, 22 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**: documento base. 4. ed. Brasília: MS, 2007.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, 2004.
- DELEUZE, G., GUATTARI, F. Introdução: rizoma. *In*: DELEUZE, G., GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v.1, p.10-37.
- FEUERWERKER, L. C. M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, Boston, n. 10, p. 21-26, 2003.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. **EPS em Movimento**, [S.l.], 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textosem-cena/todo-mundo-faz-gestao/>. Acesso em: 17 jun. 2019.
- FIGUEIRA, P. L.; CALIMAN, L. V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 17-32, 2014.
- FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p.1-3, 2015.

LIMA, J. V. C. *et al.* Produção de coletivos. *In: MERHY, E. E. et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 390-393.

McWHINNEY, I. R. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In: REIS, A. T. et al. (org.). Sistema Único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. *In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Drogas e cidadania: em debate.* Brasília, DF: CFP, 2012a. p. 9-18.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde *In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. *In: FRANCO, T.B. et al. (org.) Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.* São Paulo: HUCITEC, 2004. v. 1, p. 21-45.

MERHY, E. E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012b.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

MERHY, E. E. *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). Leituras de novas tecnologias e saúde.* Salvador: UFBA, 2009. p. 29-56.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **A tutoria na APS.** Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CadernaATutorianaAPS_2018.pdf. Acesso em: 25 maio 2019.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *In: MARTINS, M. A. et al. (ed.). Clínica médica.* 2. ed. Barueri: Manole, 2016. p. 171-179.

PELBART, P. P. Elementos para uma cartografia da grupalidade. *In: SAADI, F.; GARCIA, S. (org.). Próximo ato: questões da teatralidade contemporânea.* São Paulo: Itaú Cultural, 2008. p. 33-37.

RIZZOTTI, M. L. A., CORDEIRO, S. M. A., PASTOR, M. **Gestão de políticas sociais**: território usado, intersetorialidade e participação. Londrina: EDUEL, 2017.

ROLNIK, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2. Ed. Porto Alegre: Sulina, 2016.

ANEXOS

ANEXO A

Método clínico centrado na pessoa

O método clínico centrado na pessoa segue seis principais passos, que não necessariamente devem estar presentes em todas as consultas e nem precisam ser seguidos conforme são apresentados, mas são tópicos relevantes a serem considerados em cada encontro para usuário e profissional da saúde (McWHINNEY et al., 2010).

1- Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença:

Esta é a fase da boa anamnese, do exame físico e complementares. A partir disso, devemos avaliar a dimensão da doença e da saúde: sentimentos, ideias, efeitos sobre a funcionalidade e expectativas da pessoa.

O que ela entende que essa doença é? Como ela entende seu corpo e sua saúde? O que representa para ela? Quais as expectativas acerca do tratamento? Houve comunicação não verbal durante o atendimento?

2- Entendendo a pessoa como um todo, inteira:

Entender sua história de vida, suas particularidades, seu contexto: família, emprego, comunidade, rede de apoio faz toda a diferença.

Como planejar um tratamento sem conhecer sua realidade no trabalho, suas possibilidades em casa? Em qual ciclo de vida essa pessoa está vivendo? Como encontrar parceiros para melhorar a adesão ao tratamento? Como elaborar um plano terapêutico sem saber lidar com os traumas anteriores, doenças semelhantes e desfechos trágicos na família? Ex: medo de câncer, medo de insulina, medo de cirurgia...

3- Elaborando um projeto comum de manejo:

Elaborar um projeto comum de manejo é bem diferente de prescrever um tratamento. Ao prescrever, a relação é vertical: você manda, a pessoa deve fazer. Se ele não fizer, ou você vai sair como o médico ruim, ou ele como o “paciente resistente ao tratamento”. Ao elaborar um projeto comum de manejo, juntos, profissional da saúde e usuário, podem elencar prioridades (nem sempre a prioridade clínica bate com a expectativa e necessidade da pessoa), estabelecer

metas e objetivos, responsabilizar cada ator por cada atitude necessária (certas coisas dependem do usuário, outras do médico, outras da equipe, outras do sistema e assim por diante).

Foi usada linguagem acessível? Os objetivos e os papéis de cada um foram bem definidos? A intimidação e as “brincas” foram usadas como principal método de planejamento? Usei perguntas como: “Você vê dificuldades em seguir essa proposta; “Há algo que possa ser feito para que este tratamento fique mais fácil de ser seguido?”.

4- Incorporando a prevenção e a promoção de saúde:

Promoção da saúde tem mais a ver com autonomia do que com conselhos e ordens. Portanto, o MCCP prioriza o acompanhamento longitudinal e integral a fim de empoderar as pessoas sobre conhecimentos e funcionamento de sua própria saúde. Além disso, cada encontro é um momento oportuno para realizarmos prevenção: seja ela primária, secundária, terciária ou quaternária, sendo todas elas importantes, nenhuma mais do que a outra.

5- Fortalecendo a relação médico-pessoa:

O vínculo pode ser uma ferramenta potente dentro de uma consulta. O efeito terapêutico da relação, a transferência e contratransferência são acontecimentos reais com os quais devemos aprender a lidar e a usar da melhor forma possível. Cuidar e empatia

6- Sendo realista:

Por fim, devemos ser realistas! Quanto ao tempo, quanto nossas possibilidades e limites, quanto as fortalezas e fragilidades de nossos usuários. Lidar com nossa própria insegurança, aprender a trabalhar em equipe. Problemas complexos exigem soluções complexas – e isso geralmente requer diversos olhares sobre o mesmo problema. Quem não se adapta ao trabalho em equipe pode estar deixando de fazer o melhor para seu usuário! Por fim, buscar sempre o autoconhecimento. Talvez seja uma das estratégias mais importantes enquanto profissionais da saúde para enfrentar nossas tantas dificuldades diárias. Não é realista lidar com todos os problemas em cada consulta Timing - momento correto para abordar determinada questão.