UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

BRUNA JANDOSO

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: SUBJETIVIDADE E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

CAMPINAS

2024

BRUNA JANDOSO

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: SUBJETIVIDADE E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADOR: GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA BRUNA JANDOSO E ORIENTADA PELO
PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.

CAMPINAS

2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Jandoso, Bruna, 1995-
J252a A atenção primária à Saúde durante a pandemia de COVID-19 : subjetividade e a organização do trabalho / Bruna Jandoso. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Pandemia. 2. Atenção primária à saúde. 3. Gestão em saúde. 4. Subjetividade. 5. Psicodinâmica do trabalho. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Primary health care during the COVID-19 pandemic : subjectivity and the organization of work
Palavras-chave em inglês:
Pandemic
Primary health care
Health management
Subjectivity
Psychodynamics of work
Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde
Titulação: Mestra em Saúde Coletiva
Banca examinadora:
Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]
Selma Lancman
Mônica Martins de Oliveira Viana
Data de defesa: 21-02-2024
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: https://orcid.org/0000-0002-3372-0579
- Currículo Lattes do autor: http://lattes.cnpq.br/5838923252408861

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO/DOUTORADO

BRUNA JANDOSO

ORIENTADOR: GASTÃO WANGER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

2. PROFA. DRA. SELMA LANCMAN

3. PROFA. DRA. MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA VIANA

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 21/02/2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as trabalhadoras e trabalhadores do SUS que se empenham diariamente na construção e manutenção da saúde pública brasileira, enfrentando desafios, se inspirando pelo seu potencial e mantendo a chama da esperança viva.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Márcia e Paulo, que me ensinaram o significado de honestidade e perseverança. Sou profundamente grata por todo o suporte, acolhimento, incentivo e afeto incondicional.

Ao meu orientador, uma pessoa benevolente, de mente brilhante e coração grandioso. Gastão representa paciência, confiança, consistência e coragem.

À minha irmã Caroline, símbolo de determinação e carinho, que me inspira a nunca duvidar de mim.

Ao Renan, que esteve ao meu lado durante toda esta jornada, sendo presença cotidiana, amor e parceria. Obrigada por compartilhar a vida comigo e por acreditar em mim.

À Luana, Luiza, Heloísa, Bianca, Larissa, mulheres que me fortalecem, que sempre foram refúgio e vitalidade.

Aos meus colegas da Saúde Coletiva, agradeço pelas trocas, pelo apoio nos momentos de desespero e pelo acalanto em meio ao cansaço.

A todos os professores, orientadores, preceptores e profissionais da UFSCar, UNICAMP, do SUS São Carlos e SUS Campinas, refletir sobre o SUS hoje só faz sentido por vocês e com vocês.

A todas as equipes em que estive presente, seja como estagiária, residente ou pesquisadora, não seria possível me construir como pessoa e profissional sem o acolhimento de todas essas equipes e usuários.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

EPÍGRAFE

"'No meio do caminho tinha uma pedra'",
Mas a ousada esperança
de quem marcha cordilheiras
triturando todas as pedras
da primeira à derradeira
de quem banha a vida toda
no unguento da coragem
e da luta cotidiana
faz do sumo beberragem
topa a pedra pesadelo
é ali que faz parada
para o salto e não o recuo
não estanca os seus sonhos
lá no fundo da memória,
pedra, pau, espinho e grade
são da vida desafio.
E se cai, nunca se perdem
os seus sonhos esparramados
adubam a vida, multiplicam
são motivos de viagem."

Conceição Evaristo

RESUMO

A pandemia de COVID-19 provocou transformações profundas no cotidiano, desafiando rotinas e dinâmicas de trabalho. Em se tratando do trabalho em saúde, muitos foram as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da APS neste período, especialmente em territórios vulnerabilizados. Este estudo se propôs a refletir sobre deficiências preexistentes à pandemia, que foram ainda agravadas pelo evento, e examinou as dinâmicas subjetivas e sociais na Atenção Primária à Saúde. A reorganização do trabalho exigiu respostas distintas diante dos desafios da pandemia, a adaptação das práticas tornou-se crucial, embora o "saber-fazer" tenha sido prejudicado pelo desconhecimento inicial da doença e pela adoção de medidas socio-sanitárias que eram até então distantes da realidade do trabalho na APS. Desse modo, a partir dos dados coletados em uma pesquisa multicêntrica realizada pelo Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, foram elaboradas narrativas dos trabalhadores de quatro Centros de Saúde da região norte de Campinas, coletadas a partir de entrevistas em profundidade. Essas narrativas foram analisadas em núcleos temáticos, e interpretadas a partir do referencial teórico da Teoria Paideia e da Psicodinâmica Do Trabalho. As mudanças no processo de trabalho somadas às adversidades sociais do território e à conjuntura política nacional e local, exigiram uma revisão na oferta de cuidados na APS, implicando em sofrimento e em impactos na saúde mental dos trabalhadores. Ou seja, o enfrentamento da pandemia na periferia não apenas reorganizou o trabalho, mas também ocorreu em meio a uma realidade de vulnerabilidade social e desmonte de políticas públicas. Contudo, diante de uma estrutura organizacional pouco flexível, foram escassos os espaços para o exercício da democracia institucional e para a implementação de respostas criativas frente aos desafios. Esse estudo ressaltou a importância de compreender essas questões para o planejamento, dado que a saúde dos trabalhadores influencia diretamente na oferta de serviços à população. É esperado que esse estudo amplie a compreensão sobre a dinâmica subjetiva dos trabalhadores da saúde, contribuindo assim para a formulação de políticas de saúde, visando melhorar os índices de saúde dos trabalhadores e da população assistida.

Palavras-chave: Pandemia; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Subjetividade; Psicodinâmica do Trabalho.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has caused profound changes in daily life, challenging routines and work dynamics. In terms of health work, there were many challenges faced by PHC professionals during this period, especially in vulnerable territories. This study sets out to reflect on pre-existing issues, aggravated by the event, and examined the subjective and social dynamics in Primary Health Care. The reorganization of work required different responses to the challenges of the pandemic, adapting practices became crucial, although "know-how" was hampered by the initial lack of knowledge of the disease and the adoption of socio-sanitary measures that were until then far removed from the reality of working in PHC. Thus, based on the data collected in a multi-center study carried out by UNICAMP's Department of Community Health, narratives of health workers from four health centers in the northern region of Campinas were compiled through in-depth interviews. These narratives were analyzed into thematic nuclei and interpreted using the theoretical framework of Paideia Theory and Psychodynamics of Work. The changes in the work process, added to the social adversities in the area and the national and local political situation, required a review of the care offered in PHC, with impacts on the mental health of workers. In other words, dealing with the pandemic in the periphery not only reorganized work, but also took place amid a reality of social vulnerability and the dismantling of public policies. However, in the face of an inflexible organizational structure, there were few spaces for exercising institutional democracy and implementing creative responses to the challenges. This study highlights the importance of understanding these issues for health planning, given that workers' health directly influences the provision of services to the population. It is hoped that this study will broaden the understanding of the subjective dynamics of health workers, thus contributing to the formulation of health policies aimed at improving the health indices of workers and the population they assist.

Keywords : Pandemic; Primary Health Care; Health Management; Subjectivity; Psychodynamics of Work.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Dados das UBS estudadas.

Quadro 2 – Código alfanumérico dos entrevistados, segundo UBS e categoria profissional.

Quadro 3 – Núcleos temáticos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CS – Centro de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESF – Equipe de Saúde da Família
MS – Ministério da Saúde
MVE – Movimento Vital Expressivo
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA – Pressão arterial
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RH – Recursos Humanos
SM – Saúde Mental
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
VD – Visita domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 13

INTRODUÇÃO 15

a. Subjetividade, o corpo psíquico em questão 19

b. Trabalho: Práxis, Sofrimento e Estratégias defensivas 21

c. O trabalho em territórios vulnerabilizados 35

d. Conjuntura Política 41

OBJETIVOS 43

MÉTODO 43

O Estudo Ampliado 43

O campo 48

Participantes 49

Análise dos dados 50

Aspectos Éticos 51

O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 51

A COVID-19 NA APS 53

RESULTADOS E DISCUSSÃO 55

I. Organização do Trabalho 57

II. Subjetividade, Espaços Coletivos e Reconhecimento 67

III. Território, vínculo e determinantes sociais da saúde 77

IV. Sublimação e estratégias defensivas 86

CONSIDERAÇÕES FINAIS 90

APÊNDICE 98

ANEXOS 149

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi desenvolvido a partir do interesse em compreender fatores psicossociais que afetem a dinâmica psíquica de profissionais das Equipes da Atenção Primária no cotidiano do trabalho em saúde. Esse interesse despertou curiosidade e foi no seio da Universidade Estadual de Campinas que se encontrou um ambiente fértil para o desenvolvimento de pesquisa multicêntrica realizada de modo coletivo.

Antes, em outra instituição de ensino, no início do meu percurso na graduação em psicologia, já me inquietavam as dificuldades de ordem subjetiva que os trabalhadores do SUS enfrentavam para a realização de seu trabalho.

Ao longo da minha trajetória, sempre me estranhou a constatação de que o ambiente de trabalho poderia ser insalubre, já que, em geral, a adoção de modelos de gestão voltados para a produtividade é frequente e pode produzir um clima adoecedor e fazer com que as equipes acumulem “não-ditos”, contexto produtor de mal-estar nas instituições. Sobretudo em territórios marginalizados dos municípios, acumulam-se tensões provenientes do contexto de violência e desigualdade que impactam os serviços de saúde da Atenção Primária, e consequentemente, seus trabalhadores.

Durante minhas experiências no SUS enquanto estagiária, residente ou pesquisadora, essa inquietação permaneceu. Acompanhar as reuniões de equipe, discussão de casos, matriciamento e outros espaços coletivos, por vezes me trazia certa angústia por não encontrar ali na prática os preceitos de um Sistema público e democrático. A primeira reação, ao nos depararmos com a burocratização dos espaços de cogestão em uma instituição, muitas vezes é a de culpabilização dos profissionais, dada a indisposição ao diálogo que fica escancarada em momentos de sobrecarga de trabalho.

Em investigação a respeito das possíveis explicações para tal funcionamento, encontramos evidências da escassez de recursos materiais, quadro de profissionais reduzido, e ainda, violência direta e indireta no cotidiano do serviço[1,2]. Tais situações, tão desafiadoras e concretas, de fato trazem entraves para a realização da tarefa primária do cuidado dos usuários

nas instituições de saúde. É por essas e outras razões que os profissionais se veem, muitas vezes, em um processo de esgarçamento simbólico, sem possibilidade de serem criativos, resolutivos e potentes.

Ao longo dessa jornada de apaixonamento e inquietação, observei também que, por outro lado, mesmo diante de um cenário de desafios intensos, os profissionais ainda eram capazes de produzir saúde, autonomia e realização pessoal, principalmente quando conseguiam fazer uso dos Espaços Coletivos.

O que é capaz de fazer florescer essa criatividade em meio ao concreto duro e frio da burocratização e do neoliberalismo? Em meio a uma conjuntura de desmontes das Políticas Públicas, o SUS ainda sobrevive, mas o esforço de colocá-lo em análise deve ser constante. Vigilantes e dispostos a encarar as durezas que se colocam no caminho da construção de um Sistema forte, composto por Sujeitos e Coletivos potentes, o Coletivo de Estudos e Apoio Paideia, em parceria com outras instituições igualmente comprometidas com a construção e manutenção da justiça social, abraçaram o desafio de estudar a Atenção Primária à Saúde (APS) em meio ao enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Recém finalizada a Residência em Saúde Mental, ingressei em um Estudo Multicêntrico, “Estratégias de Abordagem dos Aspectos Subjetivos e Sociais na Atenção Primária no contexto da Pandemia”, que, dentre outros objetivos, buscava ampliar a compreensão das dimensões subjetivas e sociais que usuários e profissionais nutriam acerca do SUS em um contexto pandêmico. Neste coletivo de pesquisadores pude dar continuidade às minhas inquietações, rumo a ampliação da compreensão a respeito do funcionamento psíquico e subjetivo envolvido no trabalho em saúde, porém, como todo processo de pesquisa no campo social, essa investigação não se finda, apenas abre novas interrogações.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 foi um evento que trouxe profundas mudanças no cotidiano das pessoas, suspendeu rituais conhecidos, trouxe a necessidade de repensar rotinas, trabalhos e dinâmicas. Passada a fase crítica de seu enfrentamento, o trabalho de escrever sobre esse fenômeno tem a intenção de refletir a respeito de situações que já ocorriam antes de sua incidência, mas que foram agravadas neste período. Portanto, mesmo diante dessa retomada, – um tanto quanto nauseante – denominada de “pós-pandemia”, este evento ainda nos serve como analisador das dinâmicas subjetivas na instituição SUS, sobretudo no que diz respeito às relações de trabalho e produção de Sujeitos e Coletivos no Sistema Único de Saúde.

Diversos estudos[3,4,5] mencionam os desafios enfrentados pelos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia, especialmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS) alocadas em territórios vulneráveis. A organização do trabalho precisou ser repensada, o que trouxe aos trabalhadores a necessidade de dar respostas diferentes aos desafios advindos nesse período, que se somaram aos já enfrentados anteriormente na APS.

Nesse sentido, dado o novo contexto pandêmico, os trabalhadores precisaram adaptar sua atividade para que fosse possível dar respostas às demandas. Mesmo diante de todas as políticas públicas, orientações, formação continuada para os trabalhadores, o saber-fazer parece ter ficado suspenso, sobretudo pelo desconhecimento da doença no início e pela necessidade de adoção de medidas socio sanitárias “estranhas” ao cotidiano da APS.

Essa nova rotina pautada na contenção, identificação e tratamento de um vírus, que exigiu o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e protocolos rígidos de acesso à unidade, mudou radicalmente a forma como o trabalho era realizado nas Unidades Básicas de Saúde, adotando-se práticas que, até então, estavam muito mais atreladas aos serviços de urgência e emergência do que à atenção básica.

Em relação à organização do processo de trabalho, estudos[3] apontam que no início da pandemia os profissionais encontraram dificuldades para se readequarem. Os motivos para tal dificuldade incluem a falta de informação, de orientação e de equipamentos de proteção individual. Dada a necessidade de evitar a propagação do vírus, os serviços de saúde suspenderam reuniões de equipe e outros espaços que poderiam contribuir para a “aglomeração” de pessoas. Como consequência, a escassez de reuniões de equipe causou certo entrave na definição e pactuação do fluxo de funcionamento das unidades. Essa fragilização no direcionamento e orientação das equipes da APS foi marcante nos primeiros meses de pandemia, e há indícios da opção de muitas gestões municipais pelo modelo individual e hospitalar como resposta imediata[3].

Considerando o cenário de pandemia e as características dos territórios com altos índices de vulnerabilidade social, nos questionamos a respeito dos impactos e dificuldades para lidar com o trabalho neste contexto, com atenção aos determinantes e condicionantes de saúde presentes nos territórios de abrangência da APS do SUS. Nesse sentido, o principal objetivo desse trabalho é investigar aspectos da dinâmica subjetiva dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde em meio a esse processo de mudanças na organização do trabalho ocasionadas pela pandemia de COVID-19.

O campo da Saúde Coletiva tem se dedicado a compreender os componentes subjetivos e sociais envolvidos nos determinantes saúde e doença. Deste modo, busca-se também ampliar a compreensão a respeito do conceito de saúde, visando um deslocamento do modelo biomédico, que coloca ênfase na atenção às doenças. O contexto social e o indivíduo em relação com a comunidade, são considerados de forma integral, já que existem novas demandas em saúde que são acarretadas pelas transformações sociais. Especialmente durante o período de enfrentamento da COVID-19 no Brasil, tornou-se urgente considerar as especificidades de cada território, considerando que esse processo não se mostrou homogêneo no centro e nas periferias dos municípios, nem mesmo entre as diferentes regiões do país.

A respeito dessa questão do território, Santos[6] afirma que, devido ao modo como se deu o processo de urbanização das grandes cidades, em geral, elas padecem dos mesmos problemas acerca do emprego, habitação, transporte, lazer, água e esgoto, educação e saúde, sendo que tais adversidades ficam mais visíveis quanto maior é a cidade.

Afirmamos com isso a existência de uma complexa relação entre o surgimento de doenças, epidemias, questões de saúde mental e as adversidades ligadas à habitação, desemprego, alimentação e relacionamento familiar, que introduzem a necessidade de repensar o modo como a oferta de cuidados vem sendo feita, sobretudo na APS.

Para que isso ocorra, é preciso haver mudanças no processo de trabalho, que deveriam vir acompanhadas de apoio e suporte das instancias de gestão à nível micro e macrorregional. Entretanto, a conjuntura desfavorável às políticas públicas, a falta de suporte aos trabalhadores, a crescente vulnerabilidade social da população brasileira e o contexto de emergência sanitária da COVID-19 trouxeram agravantes para a saúde mental dos profissionais.

Desse modo, este trabalho se propõe a analisar impactos que as mudanças no processo de trabalho trouxeram para os trabalhadores, a partir de dados coletados em uma pesquisa multicêntrica intitulada “Estratégias de Abordagem dos Aspectos Subjetivos e Sociais na Atenção Primária no contexto da Pandemia”. Esta pesquisa foi realizada em três municípios de grande porte do sudeste brasileiro (Rio de Janeiro, São Paulo e Campinas), em Unidades Básicas de Saúde localizadas em territórios marcados pela vulnerabilidade social. Neste trabalho utilizamos os dados coletados pela equipe de pesquisadores do município de Campinas, da qual eu fazia parte, referentes à quatro UBS do distrito de saúde norte da cidade.

Foi a partir do relato dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde durante um período crítico do enfrentamento da COVID-19 no país, que correspondem aos anos de 2020 e 2021, que surgiu o interesse pela reflexão a respeito do processo de subjetivação dos profissionais, em particular daqueles aspectos que comprometeram sua saúde mental em tal contexto. Essa reflexão

buscou estar atrelada aos referenciais já consolidados no campo da Saúde Coletiva, e como dupla intenção, buscou também compreender tais fenômenos pela ótica da Psicodinâmica do Trabalho.

Ao ter contato com a história dos usuários e profissionais da APS, foi-se construindo a hipótese de que o enfrentamento da pandemia, tendo a função laboral alocada na periferia da cidade, acrescentava elementos importantes de serem considerados na compreensão da dinâmica psíquica dos trabalhadores. Não se trata somente de mudanças na organização do trabalho, mas também de pensar essas mudanças em meio a um contexto de vulnerabilidade social, fragilização do componente coletivo e desmonte das políticas públicas. O contato intenso com o território, e as próprias características do trabalho na APS, pareciam trazer novas questões aos profissionais, diferentes daquelas enfrentadas pelos colegas atuando em outros níveis de atenção à saúde, como serviços de urgência/emergência e hospitais, dificultando o manejo e adaptação do processo de trabalho às demandas específicas da COVID-19 na APS.

Consideramos relevante o estudo de tais questões para o planejamento em saúde, dado que o processo saúde-doença do trabalhador influencia diretamente na oferta de serviços para a população. Além disso, a saúde do trabalhador e da trabalhadora é considerada um direito básico no país, como podemos observar a partir da Política Nacional de Saúde do Trabalhador[7]. Essa política tem como objetivo definir princípios, diretrizes e estratégias a serem seguidos pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento de atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, além de reduzir os impactos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Essa Política está alinhada com outras políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a interconexão das ações de saúde do trabalhador com o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. A partir da articulação de ações individuais de assistência e recuperação dos agravos com ações coletivas de promoção, prevenção e vigilância dos ambientes, processos

e atividades de trabalho, é possível intervir nos fatores que influenciam a saúde dos trabalhadores. Além disso, é necessário considerar o conhecimento técnico e as experiências dos sujeitos em suas práticas institucionais. Para alcançar esses objetivos, é estimulada a participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, bem como a busca de articulação com várias entidades e representações de categorias de trabalhadores, promovendo sua presença nas instâncias oficiais de representação social do SUS, como conselhos e comissões intersetoriais.

Dessa forma, entendendo que a subjetividade deve ser considerada no processo saúde-doença dos trabalhadores, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de compreender como o contato intenso com a vulnerabilidade social nos territórios, agravada pela emergência sanitária da COVID-19, impactou a dinâmica psíquica e a saúde mental da categoria profissional no SUS. Essa compreensão pode vir a ser útil na formulação de políticas de saúde no país, podendo haver consequente melhora nos índices de saúde dos trabalhadores e da população adscrita.

a. Subjetividade, o corpo psíquico em questão

No que diz respeito ao tema da subjetividade, diversas abordagens teóricas oferecem caminhos possíveis de exploração. Neste contexto, nossa escolha recai sobre a psicanálise como enfoque específico para analisar essa questão. Ao nos aprofundarmos no estudo das dinâmicas psíquicas no contexto do trabalho, a compreensão da subjetividade humana torna-se essencial para desvendar as implicações psicológicas do trabalho na área da saúde.

Faz-se relevante observar que, embora a autora deste trabalho esteja inserida no campo profissional da psicologia (ou 'campo psi'), o conceito de subjetividade tem sido abordado com importante polissemia e, por muito tempo, permaneceu implicitamente aceito. No entanto, em dado momento, surge a questão essencial: o que exatamente entendemos quando nos referimos à subjetividade?

No contexto do trabalho cotidiano, o que essa dimensão subjetiva realmente representa? Será que a subjetividade dos trabalhadores, incluindo pensamentos, crenças, concepções, sentimentos e estruturas psíquicas, entre outros elementos, seria aquilo que não se encaixa nas métricas tradicionais do mundo do trabalho?

A maioria das estratégias de gestão tem buscado reduzir ao máximo o espaço subjetivo dos trabalhadores, visando ampliar o controle sobre o processo de trabalho. Desse modo, este capítulo surge com a intenção de traçar um pano de fundo, servindo como referencial suficiente para o início da discussão que se segue, sem a pretensão de realizar um estudo exaustivo sobre esse conceito.

Ao optarmos por tal caminho teórico, faz-se mister retomar a centralidade do corpo para o desenvolvimento psíquico segundo a psicanálise. A fusão entre corpo biológico e o corpo psíquico marca o lugar da subjetividade, já que, esse segundo corpo é considerado aquele onde a afetividade é vivida, é onde se encontram as experiencias de prazer, sofrimento e desejo.

Esse corpo erótico, que não se resume ao corpo biológico, se manifesta nas experiências afetivas com os outros e conosco, antes mesmo do processo de compreensão e simbolização dessas experiências. Essa característica imediata e carnal das experiências do corpo psíquico é a origem do trabalho do pensamento e de construção do corpo vivido[8].

Em psicanálise esse segundo corpo é chamado de corpo erógeno, ele não nasce concomitantemente ao corpo biológico, se constitui aos poucos a partir da relação entre a criança e o adulto no momento dos cuidados e asseios corporais, experiencia que origina a excitação e curiosidade da criança. É esse segundo corpo que é convocado no ato de trabalhar, e a subjetividade está o tempo todo implicada neste processo. Desse modo, esse corpo erógeno resulta da relação com o outro e consigo mesmo[9].

E por que a subjetividade estaria implicada no ato de trabalhar? A subjetividade não é criada, ela acontece e é vivenciada num campo invisível. Um corpo vivencia seu contato com o mundo, e assim vivencia também essa

intimidade da experiência interior. O sofrimento, a dor, o prazer, não são visíveis, mas são vivencias afetivas de um sujeito, que, sob a forma de uma emoção ou sentimento, experiencia um estado do corpo. Ou seja, o sujeito vive seu contato com a mundo a partir da afetividade, e a afetividade está na base da subjetividade[10].

Desse modo, também a partir do trabalho o sujeito pode experienciar a vida, e pode também observar seu próprio crescimento e transformação. Nessa experiência, o trabalhador desenvolve certa sensibilidade em torno de sua ocupação que é ignorada pelos outros. Distingue percepções olfativas, visuais, táteis, desenvolvendo assim registros de sensibilidade que passariam despercebidos para quem não se ocupa desse mesmo ofício. Esse corpo que usa sua capacidade para sentir não é o corpo biológico, mas o corpo erógeno[11].

Esse corpo é o tempo todo acionado no ato de trabalhar, e trabalhar é tanto uma experiencia afetiva quanto um “vir-a-ser”, com implicações para a saúde e patologia daquele que trabalha[12]:

> Desde a origem da experiência de resistência ao mundo até à intuição da solução prático-técnica e a experimentação de respostas ao real, é sempre o corpo que é envolvido em primeiro lugar. Contrariamente ao que supõe o senso comum, o próprio trabalho intelectual não se reduz a uma pura cognição. Ao contrário, trabalhar passa, primeiro, pela experiência afetiva do sofrimento, do pático. Não existe sofrimento sem um corpo para experimentá-lo. (p. 29)

b. Trabalho: Práxis, Sofrimento e Estratégias defensivas

Trabalhar é muito mais do que utilizar tecnologias para chegar a um resultado, exige capacidade reflexiva e de tomada de decisão. Isso não significa minimizar o uso de técnicas e de conhecimento prévio, sem isso não há práxis. O trabalho em saúde, por exemplo, exige ação em múltiplos planos, dada a complexidade do processo saúde e doença. Dessa forma, o sujeito que trabalha deve conhecer as normas, técnicas e regulamentações que regem seu ofício, mas a racionalidade da práxis está além disso, diz respeito às modificações necessárias dada a singularidade de cada caso, ou seja, é a capacidade de reflexão da ação que pode criar procedimentos no trabalho[13].

O ato de trabalhar já carrega em si certa transgressão de normas, para fazer bem seu trabalho, o sujeito precisa contornar os regulamentos, já que o trabalho concreto é diferente daquilo que foi previsto. Dada a imprevisibilidade e complexidade do trabalho, ajustes e adaptações são feitos com vistas à execução da atividade, contrariamente à essa ideia, quando o trabalhador se apega demasiadamente às normas, o funcionamento da instituição fica comprometido[11].

Atividade é o que os trabalhadores de fato fazem, enquanto tarefa é aquilo que foi prescrito. Nesse intervalo entre a tarefa e a atividade o trabalhador vê a necessidade de utilizar sua inteligência inventiva para encontrar soluções, o que pode ser denominado como zelo, que designa tudo aquilo que permite ao sujeito criar soluções para resolver a defasagem entre o prescrito e o efetivo, em outras palavras, é o trabalho vivo. Essa aptidão no trabalho envolve a inteligência, a aceitação da experiência do real, do insucesso e do sofrimento, ou seja, engaja a subjetividade. É por conta desse envolvimento que o trabalho não pode ser compreendido como algo que ocupa uma posição de neutralidade em relação ao ego e à saúde mental do sujeito[11].

Mas o que seria essa vivência de sofrimento inevitável do trabalho? Ela diz respeito a tudo aquilo que foge do controle, que caminha em direção ao insucesso. A partir disso o trabalhador percebe em si sentimentos como raiva, irritação, desagrado e impotência. Um trabalhador inapto seria aquele que é pouco sensível a essa afetividade, em contrapartida, o sujeito que suporta o insucesso e mobiliza sua inteligência para encontrar a solução, estabelece uma certa intimidade com a resistência colocada pelo real, lutando corpo a corpo com ela[11].

Dessa forma, a familiarização subjetiva e afetiva do corpo com o real é necessária nesse processo de encontrar uma solução conveniente, ou seja, o enigma do real precisa ser “apropriado” para então ser decifrado. Esse processo foi nomeado pelo filósofo Michel Henry – e utilizado por Dejours[11] em sua teoria – como “corpropriação” do mundo:

> A sua essência joga-se no corpo a corpo com o real, quer se trate do psicanalista que tenta detectar a angústia do paciente que ameaça a

> ruptura da cura analítica, esforçando-se por dar forma a essa angústia, tentando encontrar os seus contornos e conteúdo, quer seja o técnico que procura sentir a instalação nuclear que não reage como habitualmente e que ameaça escapar à sua capacidade de controle. (p. 13)

Para compreender como a Psicodinâmica do Trabalho pensa a vivência subjetiva no trabalho, Dejours[11] lança mão do conceito de angústia como compreendido pela psicanálise. Esse conceito serve de base para a apreensão do sofrimento que o trabalhador vivencia, e para tal exercício, a origem da angústia nas relações da criança com os pais é analisada. As angústias dos pais são vivenciadas pela criança, que por sua vez, tem dificuldades de distinguir o que é seu e o que é dos pais. Quando mais velha, busca expressar esse sentimento a fim de encontrar uma elaboração, porém, os pais podem não encontrar condições de ajudá-la, já que tal situação faz emergir aquilo que os faz sofrer.

Na ausência da elaboração da angústia surge um componente enigmático, uma curiosidade primitiva jamais satisfeita. À vista disso, constitui-se na criança uma zona de fragilidade psíquica, que dependerá de outros espaços privilegiados na vida adulta para elaborar esse sofrimento primitivo. O trabalho é um desses espaços, ele permite o fortalecimento psíquico e, consequentemente, a diminuição desse espaço obscuro, na medida em que o sujeito resolve os enigmas relacionados ao trabalho. Essa relação entre o mundo do trabalho e o mundo psíquico é chamada por Dejours[11] de ressonância simbólica.

No caminho para compreender o sofrimento psíquico, Dejours[11] constatou outras condições psíquicas no ambiente de trabalho, para além da já esperada observação sobre a desestabilização psicológica dos trabalhadores. Não foi apenas o constrangimento organizacional que o autor encontrou quando estava em campo, mas também um silêncio, uma normalidade. Porém, esse silêncio não é sinônimo de um estado saudável, pode significar um equilíbrio precário entre o esforço de se manter produtivo e as forças desestabilizadoras, o que gera grande sofrimento. Quando amplia seu objeto de pesquisa para além da investigação em torno da patologia no trabalho, cria um novo campo denominado como Psicodinâmica do Trabalho[11].

De certo modo, o sofrimento no trabalho em si não significa um estado patológico, a patologia acontece quando o equilíbrio entre as forças desestabilizadoras e o esforço da continuidade da atuação se rompe. Por detrás da manutenção desse equilíbrio estão as estratégias defensivas ou mecanismos de defesa que o sujeito ou o coletivo lançam mão no cotidiano do trabalho. O sofrimento torna-se incontornável quando o equilíbrio se rompe[11].

Em um sentido psicanalítico, o termo “trabalho” é utilizado para designar a exigência do trabalho do Eu sobre as pulsões, ou seja, para que haja regulação pulsional, é preciso que haja trabalho psíquico. Porém existe uma diferença entre o trabalho psíquico com finalidade de organização da pulsão, e o trabalho no sentido da *poïesis*, aquele em que há o objetivo de transformação do mundo a partir da produção do sujeito[14]:

> Convém assinalar que transformar o mundo implica no engajamento da subjetividade, pode ser revelada pelo impasse do encontro com o real do trabalho, o qual coloca o sujeito face à experiência do fracasso, como uma experiência afetiva e enigmática, que funciona como mensagem que exige do sujeito uma tradução. (p. 168)

Trabalhar é, então, fracassar diante do real do trabalho, dada a imprevisibilidade da lacuna entre a atividade efetiva e o prescrito. Além de exigir um esforço inventivo do sujeito, o trabalho também o coloca em contato com a dúvida, o medo, a angústia e o prazer, ou seja, ele se dá a partir da experiência afetiva do sofrimento[14]. Para que seja possível dar respostas a uma tarefa, o ato de trabalhar exige então engajamento da subjetividade. Portanto, mesmo em um cenário onde as prescrições são claras, e as condições sejam rigorosas, para que o trabalho seja bem executado, é praticamente impossível não haver desvios daquilo que foi prescrito.

O trabalho é marcado por situações que o tiram do campo do previsível a partir de acontecimentos externos, como mal funcionamento dos materiais, máquinas, ferramentas e incoerência organizacional. Ou seja, entre a concretude da realidade e a prescrição, existe sempre uma discrepância. Nesse sentido, sendo o trabalho caracterizado pelo preenchimento da lacuna entre o prescrito e o real, o trabalhador necessita fazer uso da invenção e da

descoberta, algo de si mesmo que o sujeito acrescenta àquilo que não funciona[12].

A concepção de sofrimento se distingue da noção de doença mental, conforme Dejours[15], principalmente na interpretação que este último termo assume na psiquiatria clássica. Todavia, no espectro entre saúde e doença, os dois estados psíquicos reconhecidos pela psiquiatria clássica, surge um domínio marcado pela batalha contra o adoecimento, o qual necessita ser cuidadosamente considerado, especialmente no que se refere à relação entre o homem e o trabalho. A saúde não se configura como um estado estável, mas sim como um objetivo em constante movimento, assim, o que importa é o empenho para alcançá-la.

De maneira semelhante, o campo que separa o sujeito e a organização do trabalho prescrito há um espaço de liberdade que autoriza as invenções, ou seja, onde é possível haver certa intervenção do trabalhador sobre o processo de trabalho, para que este seja adaptável às suas necessidades e aspirações. Quando da inexistência dessa possibilidade, surge o sofrimento[15]:

> Entre o homem e a organização do trabalho prescrita, há, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza a negociação, a invenção e as ações para modular o modo de funcionamento, ou seja, a intervenção do operador na própria organização do trabalho para adaptá-la às suas necessidades, ou mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Quando essa negociação é levada ao seu limite máximo e a relação entre o homem e a organização do trabalho é bloqueada, começa o campo do sofrimento e a luta contra o sofrimento. (p. 145, tradução nossa).

Quando o sofrimento se torna intransponível, então? Vimos que entre o que foi prescrito e o que foi efetivado, não existe possibilidade de previsão, o que exige um esforço inventivo daquele que trabalha. Porém, o sujeito pode se deparar com a não existência desse espaço para a criação de novos modos de agir, ocasionando uma experiência de angústia[12].

Esse sofrimento se difere de outro tipo de sofrimento pela lógica defensiva ou criativa, ou seja, Dejours[16] em sua teoria marca a diferenciação entre o sofrimento criador e o sofrimento patogênico. Este último aparece quando já se esgotaram todas as margens de criação e liberdade na organização do trabalho, quando resta apenas a pressão em um ambiente

rígido, fazendo surgir a frustração, impotência e a repetição. É um sofrimento residual não compensado que ameaça o equilíbrio psíquico, levando-o a uma descompensação e ao adoecimento.

Trabalhar não é apenas experienciar o fracasso, mas sim, superar o insucesso e se perceber capaz de encontrar a solução. Até que seja possível obter o sucesso na tarefa, múltiplas tentativas podem ser necessárias, conformando assim um jogo de falha e retorno à obra, o que exige o desenvolvimento de novas aptidões. Assim, para que o trabalho de produção, aquele no sentido da *poïesis*, seja bem executado, a subjetividade é convocada em seu nível mais íntimo. Dessa forma, é devido à persistência que o trabalho de produção se transforma, e consequentemente, a experiência emocional de ser capaz de realizar o trabalho deriva o sentimento de prazer. Todo esse processo de transformação está ligado à expansão da subjetividade e de realização de si mesmo[11].

O sofrimento é inevitável, ele é parte da história de todos os sujeitos, porém, o desafio colocado é o de transformar o destino do sofrimento, para que ele seja modificado, e não eliminado. Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, o sujeito experiencia benefícios para sua constituição identitária. O sofrimento criativo funciona como uma resistência à desestabilização psíquica, um mediador para a saúde[16].

Essa teoria que pensa as dinâmicas psíquicas envolvidas no ato de trabalhar engloba a psicanálise e a teoria social. Além disso, busca compreender o trabalho a partir do olhar clínico, ou seja, valoriza também as dimensões do ato de trabalhar como gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc[12].

Em se tratando do trabalho em saúde, Campos[17] alerta para as particularidades que tornam ainda mais urgente o desenvolvimento da liberdade de criação, e, portanto, da autonomia, dos trabalhadores. Como por exemplo, questões relativas à própria complexidade do processo saúde-doença da população, ou ainda a necessidade de integrar o usuário como parte fundamental das intervenções, a fim de evitar que o objeto da clínica seja

exclusivamente a doença. Ou seja, no campo da saúde, havendo o paradoxo entre padronização das condutas e a singularidade dos casos[17], os trabalhadores precisam ainda mais de espaço para serem inventivos, propositivos e autônomos.

Os padrões dominantes de subjetividade são modificados a partir das práticas profissionais e de gestão, desse modo, o trabalho não visa apenas a produção de bens materiais, mas também a coprodução de Sujeitos e Coletivos Organizados para a Produção[18]. Neste sentido a expressão dessa inventividade, dos interesses e desejos pode ampliar a capacidade dos sujeitos de lidarem com as limitações impostas pelo contexto. Além disso, permite que os interesses próprios ganhem certa confluência com as necessidades impostas pela instituição, ou pelos outros, a partir do contexto[18].

Entretanto, esse processo encontra entraves em modelos onde há o predomínio da Racionalidade Gerencial Hegemônica[17]. Mesmo atualmente existem métodos de gestão que se utilizam da disciplina e do controle. Retomamos então o exemplo da divisão do trabalho proposta por Frederick Taylor (1856-1915) que trouxe profundas mudanças na concepção de processo de trabalho até então vivida na classe trabalhadora. Em vistas do aumento da produtividade, Taylor propôs um método rigoroso que tinha como subproduto a eliminação do saber-fazer artesanal e consequentemente, a suplantação da subjetividade daquele que trabalha por meio do controle de seus corpos[18,19].

Nesse modelo, aos trabalhadores não cabe qualquer governança, desejo ou interesse, então o que sobressai é a norma e o trabalho alienado. Dessa forma, o controle sendo uma característica marcante da concentração de poder, agir na direção da democracia institucional seria uma diretriz operacional anti-Taylor[18].

Dois caminhos possíveis para superar a racionalidade gerencial hegemônica são: o fortalecimento do sujeito e a aposta na democratização das instituições. Para atingir tais objetivos, é preciso buscar compreender os mecanismos de constituição desse Sujeitos e Coletivos[18], ambos em constante devir. Os desejos, necessidades e interesses do Sujeito são alterados por

relações sociais, porém, mesmo estando imerso na história, ele é dotado de capacidade de reação diante de seu contexto. Trata-se de uma permanente interprodução entre interno e externo. É a partir de sua interferência nesses planos que o Sujeito se singulariza, ou seja, ele lida e transita por esses planos a partir da práxis[18].

Cada campo de atuação exige conhecimento técnico específico, e quando falamos em práxis, para que seja possível ampliar a capacidade inventiva do sujeito diante da especificidade de cada caso, esse saber compreensivo engloba também o governo de si mesmo e as relações sociais e políticas. Portanto, observar o contexto, escutar e interagir com usuários e pares são condições necessárias para o conhecimento sobre cada caso. Além da escuta, é preciso estar disponível para compartilhar as decisões durante a prática[13].

Desse modo, não há democracia sem a intervenção deliberada de Sujeitos. Porém, a democracia é, também, uma interprodução entre interno e externo, é um produto social que depende da correlação de forças e da constituição de espaços de poder compartilhado. A existência desses espaços marca o lugar da democracia nas instituições, são espaços onde é possível ter acesso a informações, ter papel ativo nas discussões e tomadas de decisões[18]. Desse modo, a Teoria Paideia versa sobre a ampliação da capacidade de circulação do poder dentro das instituições de saúde[20]:

> A concepção Paideia parte da constatação da diferença constitutiva e essencial entre os distintos atores sociais (gestores, trabalhadores e usuários), tanto do ponto de vista de papel social quanto de poder. Não há paridade mesmo quando se constitui espaços coletivos com vistas ao diálogo. Mas pretende-se estabelecer contratos entre os envolvidos, de modo a permitir que a abordagem das questões relativas à clínica e à gestão possa ser construída desde os diferentes saberes e interesses. (p. 986)

Os espaços coletivos e o exercício da democracia institucional, além da sua função de administração e planejamento do processo de trabalho, têm também a capacidade de influir sobre a constituição do Sujeito e produção de subjetividade, processo que Campos[18] denomina de Fator Paideia. Porém, mesmo a partir dessas denúncias a respeito do desgaste dos modelos de gestão baseados na Racionalidade Gerencial Hegemônica, o autoritarismo

ainda se faz presente nas organizações modernas, mesmo que seja disfarçado de um vocabulário que remete a uma relação colaborativa do trabalhador para com a empresa.

Em certa medida, isso é apenas uma forma de instigar no trabalhador entusiasmo por ser parte da empresa. Entretanto, no momento da concepção intelectual e tomada de decisão, o “colaborador” tem sua atuação limitada[18]. O autoritarismo como uma reprodução da lógica operacional do exército, ordens religiosas e família, não admite a democracia justamente por esta ser considerada como uma irresponsabilidade. O operário é visto como alguém desprovido de saber, então não seria capaz de enfrentar decisões e responsabilidades. Cria-se com isso uma naturalização da dominação e da alienação[18].

A tradição de estudos sobre o estresse no trabalho por exemplo, sobretudo na américa do norte, frequentemente está ligada à ideia de individualizar a questão da saúde mental no trabalho[21]. Esse tipo de abordagem acaba por perpetuar a responsabilidade individual em detrimento do reconhecimento de que isso se trata de um problema social ligado a uma organização patogênica do trabalho. Maranda[21] cita que tais teorias se inscrevem em uma teoria mais abrangente do capital humano, que isenta as empresas e o Estado de se responsabilizarem pelas consequências dos “problemas pessoas”.

Além disso, os programas de ajuda aos trabalhadores os reduzem a uma perspectiva biomédica, já que as medidas propostas vão no sentido de um suporte individual, como ajuda médica do tipo curativa, psicoterapia e condicionamento psíquico, por exemplo. O objetivo principal desses programas pode ser entendido como uma tentativa de ajuste dos trabalhadores ao estresse, adquirindo meios para reduzir os sintomas. Dessa forma, raramente são considerados fatores ambientais como fonte das diversas manifestações do estresse, a interpretação que surge é que, enfatizando a relação entre a pessoa e o ambiente, as teorias tradicionais do estresse têm tendencia a individualizar a relação com o trabalho, a fim de favorecer o ajustamento às tensões como condição para permanecer no emprego. Em contrapartida, as

abordagens coletivas das questões psíquicas ligadas ao trabalho consideram a existência de uma dinâmica entre os coletivos e o ambiente de trabalho, com o qual é necessário desenvolver “astúcia” para permanecer saudável[22].

Neste modo de pensar e executar o trabalho, apenas os indivíduos que ocupam posições de chefia na instituição têm espaço para manifestar seus desejos, e aos operários, a subjetividade é tida como aquilo que deve ser eliminado, a fim de que o trabalho prescrito seja rigorosamente cumprido. É um reconhecimento da subjetividade a partir de seu avesso, dessa forma, é a partir do afastamento dos pensamentos e desejos do trabalhador, que se busca evitar possíveis desvios na produção[19].

Destituir o trabalhador de subjetividade e criatividade, a fim de que se aumente a produção, é um processo que acaba por destituir também o componente coletivo da instituição[22]:

> O trabalho taylorizado engendra, definitivamente, mais divisões entre os indivíduos do que pontos de união. Mesmo se eles partilham coletivamente da vivência do local de trabalho, do barulho, da cadência e da disciplina, o fato é que, pela própria estrutura desta organização do trabalho, os operários são confrontados um por um, individualmente e na solidão, às violências da produtividade. (p.39)

No trabalho em saúde, essa divisão que a organização do trabalho ocasiona pode ser observada a partir da adoção de condutas individualizadas e baixo engajamento em reuniões de equipe. Os modelos de gestão e de financiamento que vem sendo adotados no país nos últimos tempos marcam ainda mais essa fragilização do trabalho em equipe, sobretudo quando o trabalho é pautado pela lógica do cumprimento de metas e avaliado a partir de métricas que desconsideram os componentes subjetivos do cuidado em saúde. Então, mesmo que os trabalhadores da saúde ainda compartilhem do mesmo local de trabalho e que estejam distribuídos em equipes designadas a partir de uma certa área de abrangência, vivenciam os desafios advindos da organização do trabalho e do território de forma solitária.

Inseridos em um ambiente de trabalho que limita a criatividade e a união das categorias profissionais, os trabalhadores podem estar mais suscetíveis à experiência de um tipo de sofrimento intransponível. Nesses casos, na

impossibilidade de transformar o sofrimento através da sublimação no trabalho, os trabalhadores lançam mão de estratégias defensivas, que funcionam como mecanismos de racionalização da insegurança, medo e angústia que ocasionam o sofrimento. Ou seja, diante das prescrições rígidas da organização, os trabalhadores racionalizam essas emoções negativas a fim de se protegerem das pressões da instituição[12].

Entretanto, nem sempre essas estratégias são suficientes, seja pelo autoritarismo ou falta de suporte institucional, é nesse ponto que o sujeito vê sua saúde mental desestabilizada. De modo geral, a ausência de investimento criativo e a impossibilidade de colocar em ação as estratégias de defesa, são fontes de sofrimento e desestabilização psíquica no trabalho[12].

Para Dejours[16], a organização do trabalho limita a realização do projeto espontâneo do trabalhador a partir da prescrição de um modo operatório preciso. Essa organização é entendida como a vontade de outro e cria um modo de repartição entre os trabalhadores. As relações humanas ficam recortadas do conteúdo da tarefa e essa organização marca, de certa forma, o controle sobre os corpos dos trabalhadores.

A contradição fundamental está alocada no desejo de trabalhar contra a vontade do empregador. A depender de como o trabalho foi organizado, o trabalhador vê a via de descarga pulsional entravada. Em alguns casos, mesmo havendo um processo de trabalho delimitado pela gestão, os trabalhadores encontram espaço para a iniciativa, marcando assim uma diferença entre o modo operatório e o que foi prescrito. Nesses casos, o trabalhador consegue aliviar a carga psíquica do trabalho[16].

Quando há um livre funcionamento, ou seja, quando há a possibilidade de descarga psíquica a partir da realização da atividade, o trabalhador pode encontrar prazer no trabalho. A articulação dialética entre conteúdo da tarefa e seu livre funcionamento é capaz de fazer advir o bem-estar, dessa forma, a carga psíquica do trabalho encontra uma via de liberação. Isso permite o rebaixamento da tensão e descarga da energia pulsional[16].

Quando o inverso acontece, como no caso da carga psíquica acumulada, surgem questões como fadiga, astenia e consequentemente a patologia. Neste sentido, Dejours[16] levanta a questão “Na tarefa qual é o componente do trabalho que se opõe à descarga de energia? O que faz o trabalho entravar o livre jogo do sistema ‘motivação-satisfação’ (ou desejo-prazer)?” (p.26).

O trabalho em saúde em contexto de grande vulnerabilidade social traz impactos subjetivos aos trabalhadores, que podem ser observados através do absenteísmo, afastamento por adoecimento psíquico, desmotivação. Dejours[16] aponta a existência de efeitos concretos e reais resultantes da relação homem-trabalho. Além do absenteísmo, pode existir ainda um engajamento excessivo nomeado como “presenteísmo”, havendo ali a incapacidade de qualquer ator de atenuar o ardor desencadeado[16].

Dentre os efeitos concretos da relação homem-trabalho, além do absenteísmo e do engajamento excessivo, existem ainda outras estratégias que os trabalhadores podem adotar a fim de se protegerem do sofrimento. Uma dessas estratégias pode ser a colaboração entre os trabalhadores com objetivo de ultrapassar obstáculos, fazendo surgir assim uma dimensão do coletivo em busca de equilíbrio psíquico[12,18,19].

Assim como acontece a lacuna entre trabalho prescrito e real, quando falamos em componente coletivo existe também uma discrepância entre o que foi concebido pela coordenação e a organização do trabalho como acontece efetivamente, esse segundo elemento é chamado de cooperação. Dessa forma, o trabalho implica a relação com o outro, é, além de produzir, viver em conjunto. Porém o trabalho em conjunto não pode ser naturalizado, já que o coletivo é formado apenas quando existem regras que organizam a atividade comum, necessita um engajamento e implicação de cada um dos membros[11].

A construção dessas regras, que por sua vez exige uma outra forma de zelo, é chamada de atividade deôntica. A partir da prescrição do trabalho pela coordenação, ou seja, divisão de tarefas, atribuições e limitações das funções de cada um, o coletivo reajusta aquilo que foi prescrito, de maneira consensual

e que seja respeitada por todos. Isso exige que sejam estabelecidas relações de confiança entre os pares, já que cada sujeito precisará mostrar aos outros a forma como trabalha, incluindo seus desvios e transgressões.

Na impossibilidade de construir confiança, cresce no trabalhador o receio de sofrer retaliações. Dessa forma o trabalhador, quando disposto a cooperar, precisa ouvir os colegas e saber exprimir seu ponto de vista, ciente de que está correndo um risco. Dessa participação na atividade deôntica o coletivo aporta contribuições importantes para a instituição e para a sociedade, e em troca se beneficia de uma retribuição[11].

Esse processo de construção do componente coletivo nas instituições pode ser carregado de conflitos, desentendimentos, discussões, fazendo desse um espaço incerto e desconhecido que exige o comprometimento pessoal de cada sujeito. Esse comprometimento pode ser mais sólido e duradouro quando os trabalhadores encontram possibilidade de retribuição pelos seus esforços. Uma via possível para que isso ocorra é o reconhecimento, tanto pelos pares quanto pelos usuários, nesse segundo caso o trabalhador experiencia também um sentimento de utilidade em torno de sua atividade[11].

O reconhecimento de utilidade pode partir da direção, dos colegas e dos clientes, que são os beneficiários da qualidade do serviço. Por outro lado, se são impedidos de trabalhar, ou precisam executar tarefas inúteis, os trabalhadores são tomados pelo sentimento de vergonha, perdendo assim a confiança em si mesmos.

Um outro tipo de reconhecimento, o julgamento de beleza, é aquele feito pelos pares, os únicos que compartilham do mesmo zelo em relação ao ofício, já que conhecem as regras da profissão a partir de dentro. Esse tipo de reconhecimento é mais apreciado por ser o mais severo, e é a partir dele que o trabalhador experiencia o sentimento de pertencimento[11].

Quando existe reconhecimento pelo trabalho desempenhado, o sujeito sente que seu esforço, dúvidas, angústias e frustrações adquirem sentido. Ao se perceber como um sujeito diferente daquele anterior ao reconhecimento, o trabalhador entende que o sofrimento não foi em vão, tendo valor para além da

organização do trabalho. Isso significa que o reconhecimento também constrói identidade, já que sentimentos de prazer, leveza, alívio e elevação são experienciados pelo sujeito[16]:

> O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego. A identidade constitui a armadura da saúde mental. Não há crise psicopatológica que não esteja centrada numa crise de identidade. Eis o que confere à relação para com o trabalho sua dimensão propriamente dramática. Não podendo gozar os benefícios do reconhecimento de seu trabalho nem alcançar assim o sentido de sua relação para com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento e somente a ele. (p. 34)

Essa dimensão do reconhecimento e da cooperação é uma importante dimensão da sublimação no trabalho. Um outro nível de sublimação possível no trabalho, e que já foi mencionada anteriormente, é a corpropriação, ou seja, a maneira pela qual o trabalho convoca a subjetividade[11].

Diante de tudo isso, o compromisso em encontrar modos de gestão alternativos deve permanecer ativo, sobretudo em um momento de desmonte das políticas públicas. Assegurar a sobrevivência do SUS, a oferta de saúde qualificada e a realização dos trabalhadores, é um esforço necessário em busca de construir um Método de Gestão alternativo, como o que já foi amplamente descrito por Campos[18]. Visando atingir os objetivos primários como a produção de saúde, e ao mesmo tempo criar condições para que os trabalhadores ampliem sua autonomia e capacidade reflexiva, busca-se um modelo de gestão muito além daquele que pretende adaptar e moldar os Sujeitos[18].

A escuta atenta das falas individuais e coletivas dos trabalhadores é caminho para a apreensão das angústias vividas no trabalho. Tanto para a Psicodinâmica do Trabalho[19] quanto para a Teoria Paideia[18], mesmo que os desafios no trabalho sejam vivenciados pelos indivíduos, a solução passa sempre pelo componente coletivo. Dessa forma, reafirmamos a importância da criação de espaços de circulação da palavra dentro das instituições, são nesses espaços públicos que o sofrimento pode emergir e que as soluções podem ser pensadas por todos.

c. O trabalho em territórios vulnerabilizados

Conforme previsto pela Política Nacional da Atenção Básica, os serviços da Atenção Básica deverão ser ofertados considerando os determinantes e condicionantes de saúde, a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território[23].

Com a intenção de esboçar uma geografia da subjetivação, Ferreira Neto[24] propõe uma ampliação da noção de subjetividade para além da interioridade psíquica. Para isso é necessário o esforço de correlacionar subjetividade e espaço social, ou seja, compreender os processos de subjetivação no território. Tal esforço deve superar a formulação de que o ser humano vive em sociedade e é influenciado por ela, já que essa perspectiva coloca em voga a noção de que o ambiente social é externo ao sujeito, fomentando, então, a oposição entre interno e externo. Dessa forma, o autor[24] situa a subjetividade como processo, e não como estrutura, e diz a respeito à associação entre transformações nos espaços sociais e os modos de subjetivação.

Nas civilizações gregas, a noção de subjetividade estava associada ao conjunto de fluxos urbanos, ou seja, havia uma compreensão da subjetividade em relação com a cidade, marcando assim uma exterioridade distinta da interioridade psicológica. A noção de subjetividade interiorizada advém do cristianismo, trazendo foco para as questões morais do código ético. A meditação cartesiana oferece subsídio à essa subjetividade interiorizada, posteriormente o discurso científico se apropria dessa noção. Tem-se então de um lado a subjetividade ético-estética da polis grega, e de outro, a subjetividade individualizada do sujeito do desejo moderno[24].

Acontece que, durante todo esse processo, certamente muito mais complexo do que a forma como estamos caracterizando neste trabalho, a subjetividade interiorizada foi retirada de seu contexto histórico e transformada em “parâmetro definitivo da natureza”. Ferreira Neto[24] se dedica a demonstrar que não existe uma forma padrão de subjetividade, trazendo para a discussão Michel Foucault em contraponto à teoria cartesiana, fenomenológica e existencialista, em defesa da ideia de que o sujeito é constituído por processos

que lhe antecedem, e não àquela defendida pela tradição filosófica e etimológica que entende o sujeito como fundamento[24]:

> As genealogias dos modos de subjetivação de Foucault, das diversas formas de sujeito, buscava analisar como são constituídos historicamente diferentes processos de subjetivação, pelas relações discursivas e não discursivas, numa analítica que inclui dimensões espaciais, arquitetônicas, e de gestão urbana. (p. 62)

Em se tratando do contexto social do trabalho, a indissociável relação da cidade com a produção de saúde adiciona alguns elementos à discussão. Nesse sentido, os desafios advindos das situações de vulnerabilidade dos territórios impactam o cotidiano dos profissionais de saúde, vezes de modo sutil, outras nem tanto.

Porém, dificilmente as equipes de saúde encontram momentos em que possam dialogar a respeito dessa problemática, prática que poderia contribuir para uma leitura crítica das condições de trabalho, possibilitando assim a correlação de tais questões com os desafios próprios do trabalho em saúde. A escassez de supervisão institucional e espaços de reflexão sobre a prática dificulta a elaboração daquilo que os aflige, podendo aumentar o risco de desempenharem a atividade laboral de forma automatizada e contrária aos preceitos do SUS, como integralidade e humanização.

Neste sentido, Lancman *et al.*[25] apontam que o convívio intenso e prolongado com os usuários pode provocar um impacto psicológico nos trabalhadores, visto que as situações de extrema privação material das áreas vulneráveis trazem o sentimento de impotência para a equipe. Desse modo, se não houver acolhimento das demandas e angústias dos trabalhadores, as ações de humanização do cuidado dão lugar às estratégias de distanciamento da equipe para com a comunidade, com o intuito de se protegerem das situações sociais críticas.

O convívio intenso com a vulnerabilidade social associado à falta de recursos para lidar com tal problemática é designado como violência indireta[25]. Situações que impelem os profissionais a agirem contra sua vontade podem causar danos à integridade psíquica, desqualificam o trabalho e são formas de violência indireta. Ela decorre de situações de violência externa que os

profissionais vivenciam direta ou indiretamente, e que podem ocorrer com frequência em serviços da APS localizados em áreas de maior risco social[25].

Entretanto, mesmo cientes da vulnerabilidade social existente no Brasil, agir nesse cenário e realizar intervenções terapêuticas pode ser um desafio dada a dificuldade de compreensão das formas de subjetivação adotadas pela população[26]. Estar em contato com a pobreza extrema, com a dor e a morte, pode ser de difícil simbolização para a equipe, algo que vai além da capacidade de resistência dos profissionais. Além disso, devido ao imaginário social criado em torno das camadas mais pobres da população, a equipe que trabalha nas áreas de maior risco social pode também experienciar sentimentos de desvalia e desrespeito de que sofrem a população adscrita[26].

Em um sentido mais amplo, as conformações sociais pautadas pela violência e miserabilidade marcam a emergência de um processo de degradação da sociabilidade[27]. A banalização e dilaceramento das relações sociais impactam as formas de subjetivação no território, impactando também no processo saúde-doença, tanto da população quanto da equipe[28]:

> Reconhecer a subjetividade no processo saúde-doença significa reconhecer que o limiar entre a saúde e a doença é sempre singular e que, mesmo influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o sócio-econômico, em última instância, a influência desses contextos dá-se no nível individual, encarna-se em sujeitos concretos. (p. 150).

De certo, o processo de subjetivação dos indivíduos passa pelo componente cultural e socioeconômico, porém, é importante entender que esses últimos não exercem impacto apenas no nível individual, mas devem ser compreendidos como questões de natureza política. A respeito disso, Santos[6] afirma que o termo pobreza não trata apenas de um estado de privação material, sua definição transcende a mera localização do sujeito na sociedade à qual pertence. O autor conceitua a pobreza enquanto um problema social, e acima de tudo, uma categoria política. “É um conjunto complexo e duradouro de relações e instituições sociais, econômicas, culturais e políticas criadas para encontrar segurança dentro de uma situação insegura”[6] (p. 19).

Existe um complexo arranjo de relações e situações concretas que perpetuam o cenário de exclusão das camadas mais pobres da sociedade brasileira. No imaginário social, existe uma ideia difundida de que a desigualdade é uma questão ancestral, e que, por ser tão antiga, parece intransponível. Souza[29] denomina isso como "violência simbólica". Almeida[30] aponta que o Brasil é conhecido como um campeão das desigualdades sociais, com uma estrutura política que relega as camadas mais pobres da população a um papel subalterno na estrutura social. A violência urbana surge como um sintoma disfuncional, revelando as limitações do que é chamado de Estado democrático de direito.

O discurso social em torno da desigualdade no Brasil é algo que vem de muito tempo. Essa forma de relação e de convivência entre as classes é elemento herdado do regime escravista, assim como o processo de favelização nas grandes cidades. O processo histórico de nosso país criou e viu se desenvolver populações periféricas vulneráveis. Compreender tais dinâmicas sociais e seus impactos nos processos de subjetivação dos sujeitos é passo imprescindível no enfrentamento dos desafios vivenciados por aqueles que circulam, vivem e trabalham nas periferias das cidades.

Todo o processo de produção das periferias e do imaginário social em torno dela culmina em sua desvalorização, não somente da população residente, como também do território como um todo. Os espaços geográficos das cidades conhecidos como vulneráveis, sofrem intensa generalização e repulsa, seus moradores, seu modo de se organizar, seu trabalho, seu lazer e, poderíamos dizer, sua organização econômica e laboral. Não por acaso, o SUS que deliberadamente foi pensado para existir na periferia, muitas vezes é retratado sob a ótica de ser um “serviço para pobres”[31].

O próprio conceito de território, por sua natureza, implica a existência da subjetividade dos indivíduos em relação ao espaço geográfico. Território não se refere exclusivamente a um fenômeno puramente físico, ele é também intrinsecamente subjetivo e político. Seus elementos são delimitados pela ação humana, motivados por razões específicas, dependendo do uso que é feito desse espaço e dos significados construídos em torno dele[32]:

> Território é um conceito político e geográfico, porque o espaço geográfico é tanto compartimentado quanto organizado através de processos políticos. Uma teoria política que ignora as características e a diferenciação do espaço geográfico opera no vácuo. Se as ideias não são necessariamente enraizadas ou situadas no espaço, o fenômeno material e a ação política aos quais essas ideias concernem devem ser localizados em algum lugar do espaço geográfico. Somos lembrados da observação de Aristóteles, em sua obra "Física", que 'o que não está em nenhum lugar não existe'. (p. 526)

Nesse caminho, a partir da compreensão da dinâmica dos sujeitos com seu entorno estaremos melhor instrumentalizados para formular Políticas Públicas potentes. Dessa forma, surge a reflexão a respeito de como o Sistema de Saúde, desde sua implantação, vem pensando e organizando sua oferta em territórios tão distintos e cheios de complexidade.

O uso do termo "território" nas formulações sobre o SUS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem seu berço nas produções de Milton Santos[33] e se justifica a partir da necessidade de discutir os problemas geográficos imbricados nas questões de saúde. A partir da apropriação do termo pelo sistema de saúde, duas correntes de pensamento foram desenvolvidas, a primeira com uma visão mais burocrática, topográfica, considerando o território como o espaço físico e geopolítico. E a segunda, que se aproxima mais do conceito de território usado de Milton Santos, que entende o território como processo, que se produz a partir de uma dinâmica social, onde há tensão entre sujeitos sociais[33].

Antes das ações práticas de definição de público-alvo e alocação dos serviços, o território é definido por seu uso: "não se trata de criar territórios, mas de adaptar os serviços aos territórios"[33] (p. 311), remetendo à reflexão feita pelo próprio Milton Santos acerca do uso que é feito do território como processo que o consolida enquanto objeto de análise social, e não apenas o território em seu sentido físico. Ou seja, os estudiosos da área alertam para a necessidade de ir além das visões burocráticas acerca do território para compreendê-lo como processo social que se constrói e se transforma.

Neste sentido, o texto introdutório da Política Nacional de Promoção da Saúde[34] considera o espaço geográfico além dos muros das unidades de saúde. O entendimento acerca do território é mais abrangente do que apenas

concebê-lo como o local de moradia da população adscrita, considera-se também as vivências e o trabalho de sujeitos e coletividades. Entretanto, embora a formulação das políticas públicas em saúde considere as diversidades e especificidades dos territórios, ainda é presente a cultura de operar os serviços de forma homogênea[35]:

> Estes cenários discrepantes desafiam a própria leitura da cidade, que normalmente é vista como um todo homogêneo capturado pelos números médios de renda, habitação, saúde, educação e proteção social. A população residente é vista como um grande número, a partir do qual são quantificadas demandas, sem considerar sua distribuição pelos diversos chãos da cidade, como se viver no centro ou nas bordas fosse a mesma coisa, como se as áreas urbana e rural não se constituíssem em territórios diferenciados. (p. 13).

A produção do território conta com a dinâmica do todo, assim como o todo sofre influências do território, ou seja, em conjunto com a lógica global, está a lógica territorial. É a partir do conhecimento do mundo como totalidade que a compreensão de território se faz possível.

Em relação à pandemia de COVID-19, sem dúvidas a população das comunidades vulneráveis vivenciou outras facetas deste problema. A pandemia não se deu da mesma forma na periferia e nos centros das cidades, por isso, torna-se urgente a afirmação de que “não estavam todos no mesmo barco”[36]. Somente a partir disso é possível levantar questionamentos a respeito do trabalho em saúde e suas especificidades em territórios vulneráveis durante a pandemia de COVID-19.

Dessa forma, compreender as dinâmicas subjetivas e sociais envolvidas neste processo é passo imprescindível para propor ações de enfrentamento e suporte aos trabalhadores, o que consequentemente pode desencadear melhorias na oferta de cuidado à população.

Considerando essa reflexão acerca do território, questões relacionadas às vulnerabilidades sociais, juntamente com as adaptações no processo de trabalho, podem ter surgido para os trabalhadores no período da pandemia. As respostas oferecidas pelos profissionais diante das dificuldades desse cenário e a presença de conflitos e tensões são aspectos a serem considerados. Além

disso, é relevante explorar se os trabalhadores perceberam ter suporte adequado para lidar com as diversas problemáticas

d. Conjuntura Política

Além da relação com o território, outras condições concretas também podem influenciar a forma como o trabalhador experimenta sua subjetividade em seu cotidiano de trabalho. Um exemplo notável é a organização econômica e política de uma instituição pública tão ampla e abrangente como é o SUS.

A política de ajuste fiscal adotada no governo de Michel Temer preconizou o congelamento de gastos públicos por até 20 anos, com isso o Estado deixou de ter condições para cumprir com as obrigações institucionais previstas na Constituição Federal. Aquilo que é público, que versa sobre as políticas sociais, é visto como gasto a conter, e a forma como o termo “teto de gastos” circula dentro da lógica neoliberal, visando um apelo de interesse coletivo, é capaz de alimentar uma narrativa a favor da revisão dos gastos sociais, que estariam atreladas à piora de resultados econômicos. De acordo com Menezes, Moretti e Reis[37]:

> Por essa razão, defendemos o argumento de que o neoliberalismo não é apenas uma ideologia ou uma teoria econômica falsa, mas uma tecnologia de governo voltada a conduzir sujeitos e suas condutas por meio de uma racionalidade concorrencial, que visa ao desmonte do sistema proteção social fundado na solidariedade e, em particular, à desconstrução de um sistema de saúde universal que sequer chegou a constituir os instrumentos adequados de financiamento. (p. 67)

O setor privado, que foi previsto para ser complementar e suplementar no atendimento à saúde, vem crescendo e ganhando força nos últimos anos. A racionalidade neoliberal incorpora a perspectiva de mercado na formulação das políticas de saúde, atingindo de forma direta a atenção básica. A partir da nova Política Nacional de Atenção Básica, importantes diretrizes do SUS ficaram ameaçadas, o cuidado assume uma característica mais fragmentada e perde-se a potência que a Estratégia de Saúde da Família tem de ser ordenadora do cuidado na atenção básica[38].

Em um processo de reestruturação da atenção básica, no ano de 2019 o Ministério da Saúde apresentou propostas acerca do financiamento, regulação e prestação de serviços. Entre a apresentação dessa nova proposta de financiamento, até sua data de aprovação, não houve esforços de gestores no que tange a discussão, análise do novo modelo e consideração de solicitações de importantes atores e entidades, como o Conselho Nacional de Saúde, por exemplo[38].

Dessa forma, o Programa Previne Brasil se constitui como uma nova proposta de financiamento que altera de forma estrutural a organização da atenção básica. Através da extinção dos pisos fixo e variável (PAB), da introdução de repasse federal a partir do número de pessoas cadastradas e um novo modelo de pagamento por desempenho. Além disso, nesse mesmo período foi estabelecida a Lei nº 13.958 que institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). No que tange a prestação de serviços, também no ano de 2019 foi estabelecida, pelo Ministério da Saúde, a Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS)[38].

A maneira como tais mudanças foram ocorrendo ao longo dos últimos anos gerou desconfiança de teóricos da área e da sociedade civil, sobretudo pela falta de investimento do MS em espaços de debate e de controle social. Todas essas medidas combinadas agravam o cenário de privatização da saúde e demonstram a existência de uma clara estratégia política na direção da mercantilização do cuidado, estratégia essa que não conta com a participação direta de usuários e trabalhadores da atenção básica[38].

A forma como o neoliberalismo age sobre a subjetividade dos sujeitos, impelindo a adoção de medidas individualizadas, não faz ação somente no nível de quem usa o serviço público, mas também de quem o faz. A Emenda Constitucional nª 95, o subfinanciamento, e a política de austeridade trazem consequências diretas para o trabalho. A falta de recursos básicos para desempenhar as funções tem sido tema recorrente nos relatos de profissionais da saúde pública.

A implementação de estratégias e medidas alinhadas com princípios neoliberais impacta negativamente aspectos fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS), como a abordagem multidisciplinar, a integralidade e o engajamento comunitário. Essas mudanças reverberam na rotina dos serviços de atenção básica, afetando diretamente o modo como o trabalho é organizado.

Os profissionais de saúde são afetados por tais transformações tão significativas, que influenciam tanto o valor atribuído ao seu trabalho quanto a condução adotada. Isso se manifesta através do aumento da pressão por resultados, da negligência à dimensão subjetiva das relações e do cuidado, bem como da desvalorização de outras profissões além de médicos, enfermeiros e dentistas.

OBJETIVOS

Geral: Analisar a dinâmica dos processos subjetivos e sociais dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, no contexto da pandemia de COVID-19, em territórios vulneráveis.

Específicos:

I. Identificar a compreensão de trabalhadores sobre a organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de COVID-19.
II. Compreender a dinâmica dos processos subjetivos e sociais do cuidado em saúde.
III. Identificar as principais estratégias de enfrentamento adotadas pelos trabalhadores e o uso dos dispositivos de democracia institucional.

MÉTODO

O Estudo Ampliado

O presente trabalho é parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Estratégias de Abordagem dos Aspectos Subjetivos e Sociais na Atenção Primária no Contexto da Pandemia” sob coordenação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), pela Fundação Oswaldo Cruz e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Foi realizada na região metropolitana das cidades de São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Campinas (SP), em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 4 UBS em cada uma das cidades, em territórios reconhecidos pelo alto grau de vulnerabilidade social. Para tal, foi criado um grupo multicêntrico de pesquisadores desses três municípios, que realizou encontros síncronos através de videochamada, visando a formação teórica, compartilhamento de experiências e alinhamentos necessários ao andamento do estudo.

Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de caráter qualitativo, que utilizou metodologias como a observação participante, diário de campo, entrevistas em profundidade com trabalhadores e usuários e pesquisa documental. Como produto das entrevistas foram criadas narrativas de cada participante, material que foi validado pelos entrevistados. Na fase de interpretação dos dados coletados, os principais pontos de análise foram a compressão de si e as dimensão do vínculo/afeto, poder e saber.

Esse estudo ampliado contou com financiamento da *Open Society Foundations*[1] em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. A partir da atribuição de bolsas para pesquisadores de campo, dispôs o desenvolvimento de atividades como caracterização do contexto municipal da Atenção Básica; caracterização do território de estudo; levantamento de dados secundários; observação participante nas UBS selecionadas; realização de entrevistas presenciais.

A pesquisadora autora deste trabalho foi contemplada com uma bolsa para pesquisadores de campo na cidade de Campinas. Neste trabalho serão

[1] A *Open Society Foundations* é uma rede internacional de filantropia que apoia financeiramente grupos da sociedade civil em todo o mundo, com o objetivo declarado de promover a justiça, a educação, a saúde pública e a mídia independente. Fonte: https://www.opensocietyfoundations.org

analisados os dados coletados a partir de entrevistas em profundidade e diários de campo do município de Campinas, que, no referido estudo, compreende 4 Centros de Saúde (CS) do distrito de saúde norte.

Em consonância com a literatura a respeito das pesquisas qualitativas no campo social[39] o processo de pesquisa foi dividido em três etapas, a primeira corresponde a fase exploratória, a segunda ao trabalho de campo e a terceira diz respeito à análise e tratamento do material empírico. Dessa forma, em um primeiro momento, após a conformação do grupo de pesquisadores, foram realizados encontros para a formação teórica a respeito de metodologia científica e dos referencias teóricos do estudo. Esses encontros também serviram para alinhamento da entrada em campo.

Na etapa de trabalho de campo, no município de Campinas quatro pesquisadores iniciaram a aproximação com as UBS para observar e acompanhar o cotidiano da equipe em uma frequência semanal. A pesquisadora autora do presente trabalho esteve presente em uma das quatro UBS selecionadas para o estudo, em períodos pré-acordados com a coordenação da UBS. A observação participante foi posteriormente registrada em diário de campo, que serviu como dado empírico para a análise dos resultados.

Além disso, nesta etapa foram realizadas também entrevistas com informantes-chave, a fim de coletar informações a respeito do funcionamento da unidade e população adscrita. Trata-se de uma estratégia de entrevista direcionada ao conhecimento do contexto e obtenção de informações relevantes acerca do funcionamento da UBS. Diferentemente da entrevista em profundidade, que será descrita posteriormente, essa estratégia de entrevista com informantes-chave não visa a investigação de aspectos subjetivos do discurso, e tampouco ao aprofundamento de questões que surgem na fala. Entretanto, fez-se útil para complementar a pesquisa documental e observação participante para o conhecimento do território e do serviço de saúde estudado. Essas informações foram registradas em diário de campo, que se encontram em anexo neste trabalho. Esse material foi associado às narrativas para servir de apoio na interpretação dos resultados.

No decorrer da observação participante foi possível presenciar como os trabalhadores vivenciam o cotidiano do serviço, sua relação com colegas, com usuários e com o espaço físico do CS. A própria distribuição espacial de salas, mobílias, espaços de descanso dos profissionais, estacionamento, área externa, foram considerados no momento de analisar as dinâmicas subjetivas e sociais. Ao ocupar os diferentes ambientes da unidade, foi possível testemunhar interações entre usuários que aguardavam atendimento, a forma como os profissionais respondiam às demandas do acolhimento, o papel desempenhado pelo segurança no fornecimento de informações aos usuários, as conversas de cunho pessoal e desabafos entre colegas na copa durante a pausa do almoço.

Observar uma situação social com vistas a realizar uma investigação científica permite que o observador esteja em relação direta com o cenário cultural de estudo. Essa metodologia permite que haja uma espécie de participação na vida social, sendo a coleta de dados e a ampliação da compreensão do contexto seus principais objetivos. Como efeito secundário, ao se inserir nesse contexto, de certa forma o observador o modifica[39].

Nas pesquisas qualitativas, essa proximidade com os interlocutores é algo almejado, não sendo, portanto, um inconveniente. Isso permite que, ao longo do processo de pesquisa, o pesquisador se afaste de prejulgamentos acerca do contexto e evite o possível aprisionamento causado pela utilização de instrumentos rígidos de coleta. Dessa forma, a observação participante permite que o pesquisador esteja constantemente avaliando a relevância de questões que antes pareciam fundamentais, e levantando novos pontos de interesse na medida em que as relações vão ocorrendo, facilitando então a correlação dos fatos às suas representações, e a compreensão das contradições entre o que é prescrito e o que é verdadeiramente vivido pelos atores sociais na instituição[39].

Após esse primeiro momento de aproximação, os pesquisadores realizaram entrevistas em profundidade com profissionais e usuários, mediante demonstração de interesse ou indicação de colegas e coordenação. As entrevistas aconteceram em um ou dois encontros, de 60 minutos em média. A

entrevista em profundidade é uma modalidade de entrevista que preza pelo discurso livre, com a intenção de adentrar em conteúdos que dificilmente seriam acessados em outras modalidades de investigação, como por exemplo reflexões abstratas e implícitas, que só afloram quando o entrevistado encontra espaço para ser espontâneo[40].

No início do encontro com o participante, após a coleta de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi feita uma pergunta disparadora relacionada à experiência cotidiana do trabalho durante a pandemia de COVID-19, essa pergunta foi: “Para você, como está sendo trabalhar na pandemia?”. À medida em que o entrevistado relatava sua experiência, as intervenções da pesquisadora ocorreram de modo a aprofundar temas relativos ao objetivo do estudo ampliado, como por exemplo “vínculo e afeto”, “compreensão de si e autocuidado”, “relação com o SUS”, dentre outros.

A opção por essa modalidade de entrevista se justifica pela intenção de conhecer a vivência subjetiva dos entrevistados. Ao longo dessa investigação surgiram nos relatos temas como medo, insegurança, luto, cansaço, sobrecarga, violência institucional e urbana. Além disso, buscou-se valorizar os aspectos não verbais, como postura corporal, mímica facial, riso, choro e apresentação pessoal. Na opção pelo local onde as entrevistas ocorreram, buscou-se valorizar a escolha do entrevistado, de modo a favorecer um ambiente acolhedor que possibilitasse o livre discurso. A maioria delas aconteceram na própria UBS, em salas reservadas, área externa, copa, ou então em praças, igrejas, centros comunitários e associação de moradores.

As entrevistas foram transcritas com o auxílio de gravações, depois foram associadas aos diários de campo, o que possibilitou a construção das narrativas fundamentadas no referencial hermenêutico voltado às pesquisas sociais no campo da saúde[41,42]. O uso das narrativas baseia-se na insuficiência das abordagens tradicionais para a compreensão das adversidades das novas práticas em saúde integrantes do cenário sanitário brasileiro. As narrativas têm uma relação multifacetada com os discursos sociais, sendo que, a partir delas, questões identitárias, de contexto, e as relações de poder, são percebidas de forma diacrônica e sincrônica[41].

Em um novo encontro com o entrevistado esse material foi lido conjuntamente, a fim de construir uma interpretação compartilhada. Neste momento o entrevistado poderia alterar algum trecho e então validar sua própria narrativa. Os textos produzidos por cada pesquisador também passaram por leitura conjunta no grupo de pesquisadores, em reuniões semanais. Todo esse processo de validação do material se configurou como um momento hermenêutico entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa.

O campo

A escolha dos campos de pesquisa no município de Campinas baseou-se no vínculo institucional já existente entre a Universidade Estadual de Campinas e o Distrito de Saúde Norte, desse modo, mediante acordo com a gestão distrital, 4 Centros de Saúde foram selecionados para o estudo. Essa região localiza-se na periferia do município, sendo que a maioria dos bairros que correspondem ao distrito norte apresentam elevado índice de vulnerabilidade social.

É uma região que conta com aproximadamente 200 km² de área com uma população de cerca de 200.000 habitantes. Apesar da Macrorregião Norte ser uma das mais desenvolvidas economicamente, os bairros que o compõem apresentam grandes diferenças socioeconômicas.

Para compor essa pesquisa, foram escolhidos Centros de Saúde alocados nas áreas de administração regionais AR04, AR11 e Subprefeitura de Nova Aparecida. Por conta de sua localização estratégica, permeada por rodovias importantes, conta ainda com empreendimentos de abrangência regional, como o Terminal Multimodal de Cargas (TIC), armazéns alfandegários e o Techno Park, composto por 55 empresas dos setores de tecnologia da informação, biotecnologia, entre outros[43].

Por estarem localizados geograficamente próximos à fronteira com municípios vizinhos, os residentes destes bairros transitam cotidianamente entre um município e outro, inclusive fazendo uso de serviços de saúde destes municípios, como Pronto Atendimento e Hospitais. Além disso, segundo relatos

coletados em campo, essa região conta com a presença de diversas Organizações da Sociedade Civil, igrejas, praças, escolas e centros de cultura. A seguir serão apresentados alguns dados a respeito dessas unidades:

Quadro 1

	CS-1	CS-2	CS-3	CS-4
POPULAÇÃO 2020	15.350	19.815	15.494	9506
Nº BAIRROS	4	21	2	13
Nº PROFISSIONAIS	62	52	50	54
Nº EQUIPES SF HABILITADAS	4	3	3	4
Nº EQUIPES S BUCAL	1	3	2	2
Nº EQUIPES NASF	1	1	1	1

Fonte: https://portal.campinas.sp.gov.br/secretaria/saude/pagina/centros-de-saude

Participantes

A seleção inicial dos participantes foi feita por demonstração de interesse ou indicação dos gestores das unidades. Em um segundo momento, os profissionais, entrevistados ou não, indicaram os usuários que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo.

Foram entrevistados ao todo 17 trabalhadores, sendo 13 mulheres e 4 homens, a idade variou de 24 a 68 anos. Em se tratando da categoria profissional, foram entrevistados seis médicos, quatro técnicos ou auxiliares de enfermagem, três enfermeiros, um agente comunitário de saúde (ACS), um psicólogo, um assistente social e um técnico administrativo. Sendo um dos critérios de inclusão, o tempo de serviço na unidade deveria ser superior a um ano. Dentre os entrevistados, esse período variou de um ano até mais de duas décadas. Segue Quadro de identificação dos entrevistados a partir de códigos alfanuméricos, categoria profissional e Centro de Saúde:

Quadro 2

Centro de Saúde	Código Alfanumérico	Categoria Profissional
CS-1	**P01**	Psicóloga
	P02	Enfermeira
	P03	Agente Comunitária de Saúde
	P04	Enfermeira
CS-2	**P05**	Médico de Família
	P06	Enfermeira
	P07	Técnico de Enfermagem
	P08	Técnica Administrativa
	P09	Médica Residente
CS-3	**P010**	Técnica de Enfermagem
	P011	Médica Pediatra
	P012	Médica clínica
	P013	Assistente Social
CS-4	**P014**	Auxiliar de Enfermagem
	P015	Médico de Família
	P016	Auxiliar de Enfermagem
	P017	Médico Residente

Fonte: Elaboração da autora, 2023.

Análise dos dados

Como terceira etapa do processo de pesquisa qualitativa no campo social, tem-se a busca pela compreensão e interpretação dos dados empíricos, momento em que o trabalho de campo é articulado com a fundamentação teórica escolhida[39]. Neste trabalho, as duas etapas anteriores caminharam em consonância com o estudo ampliado, sendo que foi a partir desta etapa de análise dos dados que, com o intuito de atingir os objetivos anteriormente descritos, novas óticas foram sendo adicionadas à leitura dos fenômenos observados ao longo do trabalho de campo.

Após a etapa de construção e validação das narrativas, todo o material empírico passou pelo processo de ordenamento e classificação. Dessa forma, os principais temas foram agrupados e denominados como núcleos temáticos. Tais temas correlacionam-se com os objetivos desse estudo. A partir desses dados, foram identificados fatores importantes para a compreensão das dinâmicas subjetivas dos trabalhadores. A análise dos dados baseou-se nos referenciais da Teoria Paideia e da Psicodinâmica do Trabalho.

Dado que a coleta de dados ocorreu durante a fase de investigação da pesquisa ampliada, a escolha dos referenciais teóricos para a análise do material empírico foi feita com o objetivo de aprofundar a leitura crítica e reflexiva sobre o tema da subjetividade no contexto do trabalho em saúde. É importante destacar que este estudo não visa uma intervenção metodológica no sentido estrito da Psicodinâmica do Trabalho, ou seja, não envolve a aplicação de técnicas específicas desse campo de estudo. Em vez disso, esse referencial teórico é uma das perspectivas adotadas para analisar os resultados, contribuindo para uma leitura dos fenômenos observados ao longo do processo investigativo previamente descrito.

Neste trabalho foram analisadas as narrativas fruto das entrevistas em profundidade e observação participante, tomando como pontos de análise as dimensões do sofrimento/prazer e a compressão de autonomia e Cogestão nas relações do poder/saber no ambiente de trabalho.

Aspectos Éticos

A pesquisa que subsidiou as análises deste trabalho foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP CAAE 40699120.2.0000.5404.

O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A rede de APS de Campinas cobre cerca de 65% da população, conta com 227 Equipes de Saúde da Família e 120 Equipes de Saúde Bucal em 66 UBS, além de uma equipe de Consultório na Rua[43]. Além disso, nos últimos

anos o município ampliou a organização das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

A partir da Política Nacional de Atenção Básica[23] a Atenção Básica foi definida como um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individuais, familiares e coletivas, visando práticas de cuidado integrado, realizadas em equipe multiprofissional para a população de um determinado território. Essa política prevê que as ações em saúde devem ser ofertadas de acordo com as necessidades e demandas do território, de modo a considerar os determinantes e condicionantes de saúde.

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde teve um papel importante na prevenção e controle clínico-epidemiológico da pandemia, e o uso dos referenciais já previstos pela APS deveriam ser somados ao estabelecimento de uma estratégia de cuidado específica para a Covid-19, sem deixar de lado o cuidado dos demais usuários[44]. Além disso, a PNAB prevê que as necessidades e demandas do território e os determinantes e condicionantes de saúde, sejam consideradas para a oferta de ações em saúde. Designa ainda que essas ações devem ser feitas visando práticas de cuidado integrado e em equipe multiprofissional[23].

Sendo a principal porta de entrada do SUS, a APS desempenha um papel de ordenadora do cuidado. Dentre suas características está a territorialização e integralização do cuidado. Para que seja possível ofertar cuidado longitudinal, que preze pela promoção e prevenção, o serviço de saúde deve estar alocado próximo ao domicílio da população adscrita. Além disso, ainda tendo a longitudinalidade como um importante princípio, equipes interdisciplinares são designadas para determinada área de abrangência, o que permite a criação de vínculo com as famílias que ali residem, e consequentemente um melhor ordenamento do cuidado.

A Política Nacional de Humanização[45] reafirma os valores fundamentais do SUS, como diretrizes aponta para o acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

Os profissionais que compõem as equipes da APS são: médicos da família, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista. Como estratégia de ampliação da clínica realizada na APS, tem-se as equipes NASF, compostas por psicólogos, fisioterapeutas, médicos especialistas, terapeutas ocupacionais, assistente social.

A COVID-19 NA APS

No final de 2019 casos de uma nova doença respiratória na Província de Wuhan, na China, foram amplamente noticiados. Neste primeiro momento, o conhecimento a respeito do fenômeno ainda era pequeno, o que se sabia era que essa nova doença se assemelhava à gripe, devido aos sintomas respiratórios. Em janeiro de 2020 o vírus foi isolado e identificado como um novo tipo de coronavírus. A doença se espalhou rapidamente, afetando principalmente pessoas idosas e com comorbidades, com o primeiro óbito registrado em 11 de janeiro na China[46].

A pandemia se espalhou globalmente nos primeiros meses de 2020, sendo que foi em março que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a síndrome respiratória aguda grave causada pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2) como pandemia, devido ao seu alto poder de transmissão[47].

A APS foi um importante dispositivo de cuidado durante a emergência sanitária. Em alguns locais, foi o primeiro serviço de saúde que a população buscou quando do início dos sintomas[48]. Graças à sua capilarização no território, foi possível mapear casos e realizar as medidas necessárias frente ao adoecimento da população.

O artigo 5º da Política Nacional da Atenção Básica[23] prevê que a para alcançar resultados positivos para a saúde da população, a Atenção Básica deve estar integrada com a Vigilância em Saúde. Nesse processo, os determinantes, os riscos e danos à saúde devem ser considerados no estabelecimento dos processos de trabalho. Desse modo, dada sua

característica territorial, a APS dispunha de ferramentas para realizar o acompanhamento longitudinal dos casos de COVID-19 em sua área de referência47. Sua atuação próxima da comunidade pode facilitar atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento da COVID-19[50,51].

Entretanto, isso não se deu de forma coordenada e homogênea em todos os municípios. Na ausência de diretrizes claras por parte do governo federal, cada município se organizou de uma determinada maneira, muitas vezes sem que houvesse um planejamento estratégico realizado em conjunto com os profissionais[52]. Dessa forma, muitos dos princípios da APS parece terem sido deixados de lado, em detrimento de uma abordagem centralizada no modelo biomédico[53].

De certo houve a necessidade de dar respostas rápidas à emergência sanitária, mesmo no contexto dos serviços de saúde territoriais. Entretanto, ao focar exclusivamente no combate ao vírus, a atuação da APS parece ter se aproximado do papel desempenhado pelos serviços de saúde emergenciais, o que prejudicou a continuidade do cuidado segundo seus próprios preceitos. Além disso, esse novo funcionamento pode ter colocado em xeque a capacidade inventiva dos profissionais, já que nesse período os espaços de cogestão foram minados, ou pouco utilizados.

Para os profissionais da saúde, além de presenciarem uma mudança brusca em seu processo de trabalho neste período, o contato intenso com a vulnerabilidade dos territórios pode ter sido mais um gerador de angústia e sofrimento. A pandemia de COVID-19 agravou processos que já vinham ocorrendo a nível nacional, como o aumento da pobreza, desemprego, insegurança alimentar e precariedade habitacional[54]. A junção desses fatores com as novas atividades impostas pela pandemia no cotidiano dos serviços, impactou de forma substancial a forma como os trabalhadores desempenhavam seu papel, o que gerou impactos também na dinâmica subjetiva e saúde mental deles.

O estresse advindo do enfretamento à COVID-19, sobretudo em um momento de pouco conhecimento sobre a doença, parece ter se somado à

perda do saber-fazer próprios desse trabalho, já que, impedidos – ou desestimulados – de utilizar ferramentas como visitas domiciliares, busca ativa, atividades grupais, os profissionais precisaram lançar mão de outras estratégias, mesmo que de forma arbitrária ou desprovida de autonomia. Isso significa que, além de terem que adaptar seu trabalho, esse processo não se deu de forma compartilhada entre gestão, profissionais e usuários.

Com o passar dos meses as demandas de saúde não relacionadas à COVID-19, que ficaram represadas neste período, começaram a reverberar no cotidiano dos serviços, trazendo ainda mais sobrecarga aos profissionais. O cuidado prestado à síndrome respiratória somou-se à outras tarefas, como a volta dos grupos, reuniões, vacinação contra a Covid-19, cuidado aos usuários com DCNT, visitas domiciliares etc. Desse modo, os profissionais se sentiram sobrecarregados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a interpretação dos dados, trechos das entrevistas e narrativas dos trabalhadores foram selecionados e posteriormente foram agrupados em núcleos temáticos. O critério adotado para a análise desse material foi realizado com base nos próprios objetivos dessa investigação, dessa forma, priorizou-se os trechos relativos aos temas que se correlacionavam com tais objetivos.

Nesta etapa trechos da narrativa foram agrupados em núcleos temáticos baseados nos referenciais teóricos da Teoria Paideia e da Psicodinâmica do Trabalho, tais como organização do trabalho; subjetividade, espaços coletivos e reconhecimento; território, vínculo e determinantes sociais da saúde e sublimação e estratégias de enfrentamento.

A categorização dos relatos em núcleos temáticos funciona como um guia para orientar nossa reflexão sobre como certos fatores afetam o processo de subjetivação dos profissionais, bem como a maneira que eles interpretam essas questões em nível individual e coletivo. No entanto, é importante enfatizar que essa estratégia de análise e interpretação dos relatos não tem

como objetivo simplificar o material empírico. Em vez disso, visa aprofundar nossa compreensão acerca da complexidade das experiências dos profissionais, permitindo-nos explorar de maneira mais abrangente e significativa as nuances e as interconexões entre os diversos elementos que compõem o cenário em questão.

No núcleo nomeado como “organização do trabalho” foram analisados relatos que indicam as mudanças na organização do processo de trabalho devido às novas exigências de atendimento à COVID-19. Embora as interferências no real do trabalho sejam incontroláveis, vale investigar quais foram as mudanças no processo de trabalho neste período. Mesmo que as mudanças na rotina de trabalho fossem inevitáveis, nos interessa investigar como essas mudanças ocorreram.

No núcleo temático nomeado como “subjetividade, espaços coletivos e reconhecimento” a análise dos relatos buscou identificar quais os efeitos dessas mudanças na organização do trabalho nos Sujeitos e Coletivos. Esse período agravou questões anteriores à pandemia de COVID-19, questões essas relacionadas à sobrecarga, relacionamentos interpessoais, conflitos, desmotivação e ausência de democracia institucional. Cada um desses tópicos renderiam uma vasta análise, porém, por motivos organizacionais optamos por aglutiná-los neste núcleo justamente por compreender que tais temas dizem respeito ao modo como os trabalhadores sentem e vivenciam as interferências do contexto, da organização e da gestão do trabalho.

A análise acerca do contato com território vulnerabilizado se justifica pela necessidade de compreensão de seus efeitos no processo de trabalho e na subjetividade dos trabalhadores. À vista disso, no núcleo temático nomeado como “território, vínculo e determinantes sociais da saúde” foram analisados relatos que indicam a maneira como essa dimensão do território foi sentida e percebida pelos profissionais.

Em “sublimação e estratégias de enfrentamento” buscamos aglutinar relatos a respeito dos mecanismos e estratégias adotados diante do medo, cansaço e alienação. Os entrevistados mencionam estratégias individuais e coletivas, como por exemplo o direcionamento de mais energia e foco para as

atividades, como forma de se esquivar do medo no início da pandemia, ou então a criação de ofertas de cuidado entre os profissionais, como é o caso das rodas de conversa no fim do expediente e sessões de acupuntura.

Quadro 3

Núcleo Temático	Categorias de Análise
Organização do trabalho	Conhecer as mudanças ocorridas na organização do trabalho no período da pandemia de COVID-19. Identificar as mudanças na rotina, movimentos da gestão e da equipe para adaptar o funcionamento das unidades e como os sujeitos lidaram com elas.
Subjetividade, Espaços Coletivos e Reconhecimento	Analisar relatos das vivencias subjetivas como sentimentos, emoções e percepções acerca do trabalho. Investigar a influência de fatores como carga de trabalho, relações interpessoais, espaços coletivos e autonomia na saúde mental dos trabalhadores. Analisar se esses fatores contribuíram para o acesso ao prazer no trabalho.
Território, Vínculo e Determinantes Sociais da Saúde	Investigar se intenso contato com o território influenciou na percepção do sofrimento no trabalho. Analisar os efeitos que o contato com territórios vulnerabilizados pode causar no processo de trabalho e subjetividade dos trabalhadores.
Sublimação e Estratégias de Enfrentamento	Analisar os mecanismos de defesa adotados pelos trabalhadores a fim de lidar com o sofrimento. Compreender experiências pessoais, institucionais e crenças que auxiliam ou entravam o manejo do sofrimento/medo. Ampliar a compreensão a respeito da racionalização da angústia e do medo e de estratégias defensivas de apoio e cuidado mútuo entre a equipe.

Fonte: Elaboração da autora, 2023.

I. Organização do Trabalho

Assim como mencionado anteriormente, o enfrentamento da pandemia de COVID-19 trouxe para os serviços de saúde a necessidade de adaptação do processo de trabalho. Essas mudanças visavam tanto a contenção da proliferação do vírus quanto a identificação e acompanhamento dos usuários infectados. Os relatos de trabalhadores, coletados a partir das entrevistas, dizem respeito à tais mudanças, incluindo também a percepção deles em torno dessa reestruturação do cuidado.

As ações baseadas na promoção da saúde e acompanhamento dos usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são ações prevista para a APS, porém, por conta das novas demandas da pandemia de COVID-19, dar continuidade a essa linha de cuidado foi um desafio para as equipes. Esse processo pode ser nomeado como descaracterização da Atenção Primária[55], dada a radical mudança na oferta de cuidados durante este período, justamente pela necessidade de atender às demandas urgentes dos sintomáticos respiratórios. Dessa forma, grande parte do cuidado até então ofertado aos usuários foi suspenso:

> *Para mim, esse momento foi como uma guerra. A vida virou atender Covid, tive que deixar em segundo plano os pacientes crônicos: A gente sabe que tivemos que dar prioridade para o que era pior, o mais grave. No início a gente tinha SAMU praticamente todo o dia aqui. Eram pacientes muito graves, pacientes saindo entubados daqui, coisa que não é nossa rotina, isso desestruturou a equipe; [...] quando foge um pouco da rotina a gente não se sente tão confortável para um atendimento. A gente tá focado mais na prevenção e não em tratar a doença, então mudou mesmo o foco do atendimento, a gente ficou praticamente um Pronto Socorro.* **(P012)**

Esse relato exemplifica que modificar a organização do trabalho de maneira brusca desestabilizou a equipe. Isso significa que diante da novidade e necessidade de rápida adaptação, os trabalhadores experienciaram um rompimento com a rotina que conheciam anteriormente, sobretudo porque o trabalho deixou de ser feito da maneira como estavam apropriados:

> *A Atenção Primária não teve um grande papel com as urgências, mas é triagem dos respiratórios. Teve dias em que chegamos a atender 50 pessoas gripadas, colher 50 exames de covid, é algo constante. No primeiro ano, fomos pegos de surpresa. Era algo novo, não sabíamos de nada. Tentamos organizar o fluxo da melhor forma possível, mas como era tudo muito desconhecido, teve restrições. Não tinha mais consulta de rotina, era só atendimento para covid.* **(P06)**

Além disso, o novo funcionamento trouxe a necessidade de seguir Protocolos que fugiam do que era conhecido pelos trabalhadores, já que diziam respeito a condições de trabalho que não são comuns no cotidiano da APS, como por exemplo o uso de Equipamentos de Proteção Individual:

> *No começo, por exemplo, essa questão dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) foi bem desorganizada, faltavam jalecos e máscaras. Tínhamos pouco material e só usávamos para atender alguém que tivesse suspeita.* **(P017)**

O termo “descaracterização” remete a esse processo de mudança radical, que distancia a APS de suas características fundamentais. Foi como se a APS tivesse passado por um processo de desvio de seu papel, já que teve seu sentido alterado, afastando-se do modelo de saúde da família previsto nas Políticas Públicas. O funcionamento da unidade, em um primeiro momento, se assemelhou aos serviços de emergência, porém de uma forma não pactuada com a equipe:

> *É um momento em que a equipe de saúde da família não consegue fazer o seu trabalho, e desde o início da pandemia não veio nenhum profissional a mais, e precisamos atender sintomáticos respiratórios, colher os testes de covid e a vacinação. Se nem a equipe de saúde da família tem conseguido fazer o seu papel, como nós do NASF vamos apoiar esses profissionais?* **(P01)**

Mesmo diante da necessidade de pensar um novo funcionamento para as unidades, os trabalhadores mencionam que tentaram resolver demandas que surgiram concomitantemente ao cuidado dispensado aos usuários infectados pela COVID-19. Nesses casos, lançaram mão de estratégias como o teleatendimento, que apesar de ter auxiliado na manutenção do cuidado, também foi mencionado como um posto de trabalho extra, que contribuiu para o sentimento de sobrecarga:

> *Na unidade a gente perdeu um pouco o acompanhamento dos pacientes, porque o acolhimento começou a ficar muito cheio e a equipe foi orientando os pacientes a não irem ao Centro de Saúde por medo deles se contagiarem. Eu não sei se foi a melhor saída. A gente procurou preservar os pacientes, mas também não conseguiu acompanhar estes que precisavam de acompanhamento por conta de uma comorbidade, de uma questão crônica. O Centro de Saúde tentou na medida do possível acompanhar esses casos, às vezes mais perto, às vezes à distância, telefonando e agendando visitas quando era possível ou necessário. Agora aqueles casos que vinham mais espontaneamente no C.S a gente não conseguiu acompanhar do mesmo jeito.* **(P014)**

Além de ser uma demanda extra de trabalho, alguns profissionais identificaram que a estratégia da telemedicina não era capaz de atender às necessidades dos usuários, que pediam atendimento presencial mesmo após o acompanhamento por telefone:

> *A prefeitura investiu em telemedicina como tentativa de manter a assistência, mas não acho que a experiência foi positiva na unidade. Vejo como sendo uma demanda a mais pra nós, visto que o atendimento por telefone gera um atendimento presencial a pedido do*

> *próprio usuário, então a demanda acaba por não ser resolvida a distância.* **(P05)**

Essas adaptações no processo de trabalho trouxeram impactos na oferta de cuidado aos usuários, e, além da percepção de que a população ficou prejudicada, os trabalhadores mencionam que esse novo funcionamento acarretou a perda do saber-fazer. Além disso, sofreram pressão por parte dos usuários para atender às demandas represadas:

> *A assistência focada na Covid ficou insustentável porque nossos crônicos começaram a descompensar sem assistência, sem consulta, sem exame. Ficamos todo este tempo renovando as receitas para não ficar sem medicação, mas chegou um momento em que eles começaram a bater na nossa porta pedindo por consulta, então voltamos a abrir agenda, como o esperado que se faça na atenção primária.* **(P06)**

Os efeitos dessa nova organização do trabalho foram sentidos também pelos usuários, que sem acesso à unidade da maneira como conheciam anteriormente, reivindicaram seus direitos. Entretanto, um agravante para essa situação de tensão entre usuários e trabalhadores foi a falta de comunicação e orientação a respeito do novo funcionamento:

> *A população está mais agressiva, mais violenta, e é natural diante da dificuldade de acesso por causa da demanda da vacinação. É muita desorganização, vivemos um dia após o outro. Organiza e desorganiza, organiza e desorganiza, nisso a população não entende direito quais são as ofertas. A gente sofre e a população também.* **(P01)**

Conjuntamente ao processo de mudança na organização do trabalho, surgiu também a necessidade de readequar o espaço físico das unidades. Conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, os serviços precisaram restringir a circulação de usuários em suas dependências. Dessa forma, uma saída encontrada pelas unidades estudadas foi a criação de uma triagem do lado de externo do prédio:

> *Uma outra estratégia que a gente utilizou foi de atender a população do lado de fora da unidade, pelo menos as demandas que não eram de Covid. Nós criamos uma espécie de triagem e às vezes conseguimos até medicar o paciente ali fora mesmo. Quando percebíamos que era algo mais elaborado e precisava entrar na unidade a gente o trazia para dentro.* **(P017)**

A avaliação da eficácia do cuidado prestado foi diferente entre as UBS estudadas. Para alguns profissionais, a forma como se organizaram no início

da pandemia, com triagem no ambiente externo, trouxe agilidade no atendimento e cumpriu com o objetivo de evitar a circulação dentro da unidade. De fato, a necessidade de evitar a aglomeração de pessoas em espaços fechados estava dada enquanto uma importante medida de contenção do vírus. Porém, em última análise, essa prática modificou uma das características fundamentais da APS, a de ser um serviço “porta aberta”:

> *Às vezes para evitar aglomeração a gente fazia essa triagem lá fora e só deixava entrar quem realmente precisava dentro da unidade. A gente consegue dar um suporte bom, renovando as receitas, garantindo alguns atendimentos médicos e consultas. A enfermagem e os agentes ficaram mais à frente, às vezes o coordenador ficava também na porta, sempre 2 ou 3 pessoas, de acordo com a demanda. A gente também orientava os pacientes sobre questões de cuidado, uso de máscara, higienização, todos os cuidados em relação a Covid.* **(P014)**

Outros preceitos da APS também foram preteridos nesse período, como por exemplo a utilização de estratégias de cuidado que visem a manutenção do vínculo com as famílias. Dada a crescente demanda e desfalque no quadro de profissionais, as equipes precisaram atender um número muito maior de usuários e famílias, perdendo assim a capacidade de desenvolver vínculo longitudinal, dimensão essencial do trabalho na APS:

> *A demanda de atendimento é muito grande, e a gente não consegue controlar muito bem quem são nossos pacientes. Se você me perguntar hoje: quem são seus pacientes? Eu não vou saber te falar.* **(P012)**

Em alguns casos, mesmo havendo o interesse individual de algum profissional em manter o vínculo com a população atendida, a crescente demanda comprometeu a qualidade do cuidado ofertado. O relato a seguir menciona essa dificuldade, mas, além disso, a presença dessa dimensão do território e do reconhecimento do cuidado longitudinal no discurso demonstra a existência de uma certa sensibilidade relacionada ao ofício. O entrevistado é capaz de ver os efeitos de seu trabalho ao longo dos anos, porém deixa explícita sua preocupação relacionada à manutenção da qualidade do trabalho realizado dada a alta procura por atendimento na UBS:

> *Eu fico bastante no acolhimento porque eu gosto de acolher, conversar com os pacientes, ver as necessidades. Eu sou uma das pessoas mais antigas da unidade, estou há quase 20 anos aqui dentro. A gente conhece muita gente desde que era criança e hoje já*

> *se vê adulto. É uma outra relação com o usuário e com a comunidade, com o território. Mas às vezes é puxado ficar sozinho no acolhimento. As vezes fica pesado porque chegam a ser 25, 27 atendimentos em uma manhã. Quando é desse jeito eu me pergunto como a gente pode ter condições de fazer um bom atendimento, uma boa triagem, uma boa orientação, porque um volume tão grande também dificulta tudo isso.* **(P014)**

O cuidado longitudinal, as atividades de promoção e prevenção, encaminhamento para coleta de exames e atenção especializada, são atribuições fundamentais da APS. Porém, o cuidado prestado aos usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ficou fragilizado durante os meses iniciais da pandemia, período correspondente ao início do ano de 2020. Quando os usuários tiveram maior possibilidade de acesso às unidades, os trabalhadores mencionaram que o estado de saúde deles estava agravado, devido ao período de restrição às consultas, grupos para hipertensos e diabéticos e visitas dos ACS para acompanhamento e orientação:

> *Em relação ao acompanhamento dos crônicos, eles chegam para o atendimento já muito comprometidos, com pico de hipertensão e diabetes descompensada. No início da pandemia não havia acompanhamento, só emergências. Com a prioridade de atendimento voltada para a Covid-19, houve aumento no número de óbitos para esse segmento de pacientes crônicos.* **(P011)**

Essa questão da continuidade do cuidado dos usuários portadores de DCNT surgiu de maneira expressiva na maioria dos relatos, se apresentando como uma preocupação recorrente em todos os Centros de Saúde estudados. Porém, mesmo com a suspensão das atividades específicas para essa parcela da população, alguns usuários continuaram buscando acesso às unidades de outras formas:

> *Na verdade, esses pacientes ficaram meio que largados, os hipertensos, os diabéticos, os pacientes da saúde mental, ficaram todos perdidos. Muita gente, em especial as mulheres, vinham muito pro Centro de Saúde também para conversar, para poder sair de casa. Era o único lugar que elas tinham para ir nesse momento de isolamento.* **(P016)**

De maneira geral, o isolamento social não perdurou por muito tempo nos municípios brasileiros, dessa forma a população precisou retornar às suas atividades laborais mesmo ainda havendo grande risco de contaminação, num período anterior à campanha de vacinação contra a COVID-19. Sobretudo nos territórios vulnerabilizados, grande parte da população continuou trabalhando

mesmo quando a orientação dos órgãos de saúde nacionais e internacionais era o isolamento social.

Enquanto as classes privilegiadas mantinham o trabalho remoto, por exemplo, as empregadas domésticas e trabalhadores informais, continuaram suas atividades. Essa rápida retomada das atividades, somada à não adesão aos protocolos socio sanitários dificultou a compreensão dos usuários a respeito do funcionamento restrito dos serviços de saúde:

> *Agora que a população voltou às suas atividades de rotina, não entendem o porquê o Centro de Saúde não está funcionando normalmente. Eles dizem que por causa da covid não conseguem mais passar com o pediatra, ginecologista. Falta o entendimento de que essas mesmas pessoas que atendem a covid, atendem também as consultas de rotina.* **(P03)**

Além das orientações para contenção da proliferação do vírus a nível nacional e internacional, o contexto de pouco conhecimento sobre o comportamento da doença foi propício para o surgimento de protocolos rígidos a respeito do funcionamento dos serviços de saúde. Sendo assim, a própria gestão municipal incentivou que os serviços de saúde suspendessem atividades que poderiam colocar a equipe em maior risco de contaminação:

> *No começo a prefeitura e os órgãos da saúde fizeram uma pressão para não fazermos visitas e diminuirmos as saídas do C.S, enquanto os residentes fizeram um caminho contrário, falando da importância de a gente manter esse contato.* **(P017)**

Em relação à atuação da gestão municipal, mesmo identificando que no período inicial da pandemia as orientações não eram claras, para alguns entrevistados a gestão municipal conduziu de maneira satisfatória as orientações. Além disso, em alguns relatos ficou perceptível essa distinção entre o primeiro ano da pandemia, que corresponde ao ano de 2020 e o segundo, em 2021:

> *Acho que a pandemia teve muitos impactos no serviço e deu para ver uma diferença entre o primeiro e segundo ano. Acho que o primeiro ano foi muito mais confuso, com pouca orientação de qual era o nosso papel e o que a gente poderia fazer, quais condutas poderia tomar. Na própria sociedade as empresas ainda não tinham essa recomendação de afastamento e muitos pacientes não conseguiam se afastar quando precisavam. Com o tempo, os órgãos de saúde começaram a fazer recomendações mais claras, melhorando os fluxos, dando orientações mais minuciosas e isso deixou a gente mais tranquilo. Não tinha algo centralizado do Ministério da Saúde, mas*

> *pelo menos da prefeitura e do sistema municipal de saúde a gente recebia esse apoio.* **(P017)**

Essa avaliação não excluiu a percepção de que houve desarticulação nas condutas, o que deixou à cargo da gestão local algumas decisões sobre o fluxo e organização do trabalho:

> *No começo dentro do mesmo distrito cada um fazia uma coisa, cada unidade fazia de um modo. A gente até tinha algumas recomendações, mas eram muito vagas e a decisão acabava ficando meio interna do Centro de Saúde. Às vezes o distrito propunha alguma coisa e a gente achava que era melhor não fazer, como, por exemplo, cancelar agenda e as visitas. Acho que quando o distrito começou a se organizar um pouco melhor e começou a oferecer treinamento para gente, organizando melhor o fluxograma, as coisas melhoraram, mas isso não aconteceu nos primeiros meses.* **(P017)**

A retomada das atividades não se deu de forma articulada em todo o município, cada unidade se organizou de uma forma. Porém, de maneira geral, os grupos tiveram uma retomada tardia dada a quantidade de demandas represadas neste período e que foram entendidas como prioritárias pela gestão e equipes:

> *Os grupos foram cancelados, mas anteriormente eu fazia grupos de Hiperdia, de Saúde Mental e de Dislipidemia; agora pretendo iniciar o de tabagismo. A retomada está por começar e só não aconteceu porque as equipes estão com demandas atrasadas que precisam de atenção. Essas demandas são de exames laboratoriais, aferição de pressão, dentre outras que envolvem as necessidades dos pacientes crônicos, como os diabéticos e os hipertensos. Esses pacientes ficaram um ano, um ano e meio sem acompanhamento*. **(P012)**

Além disso, a comunicação das mudanças nos protocolos de atendimento era percebida como insuficiente, e quando alguma conduta precisava ser modificada, não havia capacitação da equipe para atender nos novos moldes. Essa situação pode ter contribuído para a perda do saber-fazer e aumentado a alienação frente ao próprio trabalho:

> *Os protocolos da prefeitura também geram uma demanda importante de serviço, como por exemplo a reabertura das escolas. Se um aluno ou professor apresenta um único sintoma, precisamos fazer teste de antígeno em toda a sala. Então quando começamos a pensar que o fluxo vai desafogar, surge uma nova demanda ou um novo protocolo que exige uma organização e resposta da equipe. Se uma professora apresenta algum sintoma, testamos a sala inteira, então tem dias que a unidade está enchendo. Achamos que a demanda ia diminuir, mas ainda está imprevisível e isto acaba pegando bastante da agenda médica porque precisa de alguém para atender e fazer testagem.* **(P09)**

Em dado momento, segundo ano da pandemia, 2021, seguindo as diretrizes municipais, as equipes reabriram o agendamento para consultas médicas, retomaram grupos e reuniões de equipe. Porém, neste mesmo período a campanha de vacinação contra a COVID-19 estava em andamento em todo o país, e precisaram atender às demandas rotineiras em paralelo à essa nova atividade da vacinação, que mobilizava muito tempo e pessoal:

> *Recentemente voltaram as agendas normais, porém se mantém em paralelo as agendas das vacinas da Covid. Todas as equipes se reuniram para organizar essa retomada, mas falta gente. [...] Não temos gente o suficiente para cobrir tudo [...] Apesar de ter horas extras autorizadas, não encontram ninguém para vir abrir a farmácia.* **(P013)**

A organização da vacinação ocupou um tempo importante da equipe, dificultando a continuidade de outras atividades. Além disso, dada a grande demanda, de algum modo toda a equipe foi inserida na escala, fato que gerou descontentamento em alguns profissionais dada a ausência de poder deliberativo em relação às próprias atribuições:

> *Agora estamos voltando às atividades de antes da pandemia, mas a campanha de vacinação ainda tem demandado muito tempo do serviço, a vacinação deixou de ser só de sábado e passou a ser todos os dias à tarde. Às vezes me sinto sobrecarregada porque além da vacinação continuamos com as demais atividades. Não tenho liberdade para não estar em uma função da escala em prol de conseguir fazer minhas atribuições enquanto agente comunitária, e quando tem motorista disponível para levar para a visita, não tem equipe para ir, porque é no horário da vacinação de covid*. **(P03)**

Segundo observações registradas em diário de campo, os períodos de vacinação na unidade eram intensos. Os corredores da unidade ficavam lotados de usuários em fila, aguardando sua vez para serem vacinados. É importante mencionar que o agendamento online de vacinação contra a COVID-19 no município não seguiu critérios de adscrição no território, fato que, segundo uma entrevistada, dificultou o acesso e busca ativa dos usuários residentes no território:

> *Algumas pessoas da população não conseguem agendar a vacina por uma dificuldade em acessar à internet, ou por serem analfabetos ou mesmo por não poderem parar o seu trabalho na hora que libera no site para garantir o agendamento. Foram pessoas até o Centro de Saúde para se vacinarem que eram de bairros mais nobres, e percebi que a nossa população adscrita do território tem ficado sem acesso. A questão da escolaridade e do acesso à internet influenciam no*

> *acesso à vacinação. A equipe tem que entender que precisa garantir o acesso de sua população.* **(P01)**

As mudanças no processo de trabalho se deram de forma diferente nas categorias profissionais. Os trabalhadores do núcleo médico e de enfermagem, relataram grande sobrecarga, enquanto os Agentes Comunitários de Saúde e as categorias profissionais que compõem o NASF, por exemplo, em um primeiro momento vivenciaram desorientação e uma intensa perda do saber-fazer, já que a prioridade no momento estava voltada ao "combate ao vírus", trazendo à tona um processo de trabalho pautado no cuidado biomédico:

> *Fico muito desanimada com o governo e a gestão da pandemia, existe uma desarticulação e falta de diretriz nacional. Me sinto perdida em relação ao papel da saúde mental nesse momento, mas discordei da proposta do distrito de que os profissionais da saúde mental dessem suporte psicológico para os próprios colegas de equipe. Sou equipe também, estou sofrendo e tenho medos da mesma forma que meus colegas.* **(P01)**

> *Meu trabalho enquanto Agente Comunitária de Saúde antes da pandemia era pautado nas ações no território, eu fazia visitas domiciliares e busca ativa, que de início foram canceladas, então eu não sabia como ia funcionar meu trabalho.* **(P03)**

Esse resultado corrobora com o que foi encontrado por pesquisas realizadas em outros municípios brasileiros, como no estudo de Silva e colaboradores[3] em Pernambuco, que menciona o frágil direcionamento do trabalho da equipe NASF no período da pandemia. Os autores indicam que isso reflete a dificuldade da gestão municipal em reconhecer o papel que essa equipe poderia desenvolver neste período. Além disso, destaca-se também a predominância do modelo curativista, com foco para os serviços de urgência, emergência e hospitalar[3].

Uma decisão organizacional que recebeu avaliação negativa dos trabalhadores foi a de cancelamento das férias durante um período mais crítico da pandemia de COVID-19. Com a crescente demanda essa medida foi tomada visando a continuidade do serviço com toda a sua capacidade de recursos humanos, porém não foi pactuada em conjunto com a equipe:

> *Muitos profissionais estão esgotados, sem energia para atender a população e sem poder tirar férias, ou licença prêmio para manter o serviço funcionando. Estamos desde o começo da pandemia com as férias suspensas, só podemos tirar 15 dias porque eles não podem se*

> *negar. Para nós funcionários prestarmos um serviço de qualidade precisamos estar bem.* **(P08)**

Os relatos de sobrecarga apareceram de maneira expressiva nas falas dos trabalhadores. Essa percepção pode estar atrelada à diversos fatores, como aumento da demanda de trabalho e diminuição no quadro de profissionais, criando uma realidade em que há muito trabalho a ser feito e poucos profissionais para desempenharem as tarefas. Nesse cenário, alguns trabalhadores demonstram certa resistência às dificuldades cotidianas, o que às vezes é entendido sob a lógica da “boa vontade”.

São pessoas que, apesar das condições precárias, continuam perseverando para encontrar soluções no trabalho. Porém, é preciso cautela para não se cair em um discurso moralista em torno da imagem do bom e do mau funcionário. O esforço deve ser feito na direção de não individualizar questões coletivas que necessitam do amparo da gestão para serem solucionados:

> *Sobre a assistência prestada pela atenção primária hoje, vejo o esforço dos profissionais, mas a população aumentou muito. Hoje é um trabalho muito mais sobrecarregado, com pouco RH e não conseguimos atender todas as demandas diárias da população. A recepção não dá conta, só tem uma pessoa. Aqui a nossa recepção nunca esteve tão organizada, porque a recepcionista tem vontade de fazer, mas sozinha é muito difícil.* **(P08)**

II. Subjetividade, Espaços Coletivos e Reconhecimento

Discutir as implicações psicológicas do trabalho significa necessariamente abordar a questão da subjetividade. Nesse sentido, tudo aquilo que escapa às métricas convencionais da Racionalidade Gerencial Hegemônica[17] deve ser considerado. Analisar essa dimensão é fundamental para reafirmar a centralidade que a subjetividade ocupa no ambiente de trabalho, especialmente porque as estratégias de gestão neoliberais intencionalmente individualizam e capturam a subjetividade, com intenção de transformá-la em mercadoria, diminuindo assim seu caráter coletivo e político.

.

Além de destacar as transformações ocorridas na organização do trabalho durante a pandemia, nosso objetivo é compreender os impactos dessas mudanças para os trabalhadores. Neste tópico, foram selecionados relatos que evidenciam os efeitos dessas alterações na percepção de sobrecarga, reconhecimento, autonomia e nos elementos que indicam a forma como os trabalhadores se relacionam entre si e com a comunidade.

Retomamos assim a centralidade do corpo, já que, para sentir, é preciso de um lugar no qual a afetividade é vivida[8]. Assim, as experiencias de prazer, sofrimento e desejo não são criadas, elas acontecem em um campo invisível. Porém, invisível não significa inexistente. Existe um certo paradoxo implícito nos modelos de gestão que negam essa dimensão, já que, como ela não é criada, também não desaparece quando é negada no espaço institucional. Dessa forma, parece pertinente nos perguntarmos para onde ela vai quando não encontra espaço adequado para emergir. Como os trabalhadores percebem e experimentam seu trabalho quando não há espaço para expressar e refletir sobre sua afetividade?

> *Eu posso ter uma visão um pouco enviesada, porque eu entrei junto com a pandemia e tenho a impressão de que as pessoas estavam bem. Pode ser que elas não estavam. Mas desde que eu entrei eu vi muita gente da equipe ficar ansiosa, muito preocupada, triste, com muito medo e se sentindo pressionada. Alguns profissionais vinham conversar, pedir medicamentos. Isso é algo que eu não sei se estaria igual se não estivéssemos em uma pandemia. Muitos trabalhadores conversam comigo que estavam trabalhando por trabalhar, que perderam a vontade de estar ali. Isso afetou o trabalho e a capacidade das pessoas oferecerem um serviço de qualidade e se sentirem bem com seu trabalho.* **(P017)**

Através de relatos nos quais os trabalhadores compartilham suas experiências e emoções negativas relacionadas ao trabalho, surge a oportunidade de refletir sobre o sofrimento. Essas experiências englobam sentimentos como medo, perdas, luto, falta de reconhecimento, frustração, impotência e dificuldade em atribuir significado às tarefas desempenhadas[10]:

> *No começo todo mundo ficou com muito medo, medo de se contaminar, de ficar doente e ter alguma complicação e medo de levar isso para fora e contaminar outras pessoas.* **(P017)**

Experiências de medo ou de prazer, embora possam não ser visíveis externamente, constituem as vivências afetivas de um indivíduo. Essas

experiências surgem através de emoções ou sentimentos, refletindo-se no estado do corpo do sujeito[10]. Portanto, ao serem incentivados a compartilhar suas experiências profissionais, os trabalhadores também adentram no domínio afetivo, descrevendo sentimentos e emoções que surgem a partir de seu ambiente de trabalho e das percepções sobre o impacto de suas ações nesse contexto:

> *Acho que o C.S tem uma sobrecarga de trabalho muito grande. E não é só trabalho para fazer, mas uma sobrecarga emocional do trabalho, algo que gera muito sofrimento por estar ali na frente. Dá uma sensação muito grande de impotência, em ver as dificuldades de assistência. Às vezes dá uma sensação de estar enxugando gelo, sabe? Eu sinto que nesse processo eu fiquei bem próximo do burnout. Isso é algo que não vejo só em mim, mas na equipe toda do Centro de Saúde.* **(P017)**

O tema da sobrecarga foi frequentemente mencionado nos relatos dos entrevistados, indicando a existência de um cansaço emocional além da fadiga física decorrente da rotina de trabalho. A atuação na área da saúde carrega consigo a responsabilidade pela preservação e promoção da vida. Além de atender às demandas mais simples do cotidiano da atenção básica, os profissionais estão constantemente lidando com a complexidade do processo de saúde e doença de outras pessoas, o que pode resultar em uma significativa sobrecarga emocional:

> *Acho que vai demorar alguns meses até estas coisas conseguirem ser retomadas. Eu acho que a gente foi um pouco falho nisso e fica esse aprendizado para o futuro. Aprendemos que a gente não pode deixar de acompanhar estes casos, porque as pessoas podem morrer destas outras complicações e não só de Covid. Hoje vejo muita gente chegando no C.S com sequelas bem graves de doenças crônicas. Gente que perdeu porcentagem importante da visão por conta da diabetes; casos de amputação de membros por comorbidades; falecimentos por agudização de suas doenças. Em alguns casos eram doenças terminais e não havia o que fazer, mas em outros era algo que era prevenível.* **(P017)**

Os entrevistados também experienciaram sentimentos de abandono. Isso impacta diretamente o imaginário construído em torno do valor do próprio trabalho. Nesse contexto em que os trabalhadores sentem que a gestão não valoriza seu trabalho, o projeto de realização de si mesmo pode ficar ameaçado[16]:

> *Trabalhar aqui no C.S está sendo muito difícil, porque os equipamentos viraram verdadeiros pronto atendimentos. Eu já*

> *trabalho na rede há mais de 10 anos e ver seu trabalho assim abandonado, o projeto de saúde da família ignorado, é muito duro. Faz parecer que nosso trabalho é supérfluo, não é? que é só a gordurinha, que pode cortar que não faz falta [...] essa medicina de guerra vai continuar por quanto tempo? Quando poderemos voltar a ter acesso verdadeiro à unidade?* **(P015)**

Esse sentimento é acompanhado da percepção do autoritarismo, já que, segundo os entrevistados, não houve abertura para cogestão no momento da deliberação sobre salário, férias e outros benefícios que são direitos dos trabalhadores:

> *Nesse momento eu me senti abandona. Enquanto a enfermagem nunca foi tão valorizada, a mídia colocando a gente lá em cima, ao mesmo tempo tínhamos um lado da nossa política que colocou a população contra a gente. Eu me senti assim nessa encruzilhada; congelaram nosso salário, nossa abonadas, congelaram tudo! Não teve uma avaliação querendo saber se você está bem, como isso vai impactar a sua vida. Disseram para gente "vocês vão fazer, é assim e pronto! não vão receber, não vai contar para nada". Eu acredito que o profissional trabalha por amor, mas tem que ter o reconhecimento financeiro, porque se for para trabalhar de voluntario eu vou trabalhar em qualquer lugar. Agora se você está trabalhando por um salário tem que ser justo.* **(P016)**

Os modos de gestão podem impactar diretamente no vínculo entre equipe e população. A organização do trabalho quando não considera essa relação, coloca em xeque a confiança que a população atendida tem no serviço, minando esse campo relacional e desgastando a equipe, que sem poder de decisão sobre o fluxo de trabalho, não consegue se defender das demandas e dos "ataques" da população[25]:

> *Não percebi nenhuma ação do Apoio Distrital nessa questão da violência, eles vêm ao Centro de Saúde quando o acolhimento já acabou e não ficam um tempo maior para entender o que está acontecendo. O Apoio não tem proatividade para entender o que a equipe tem enfrentado no cotidiano, é só cobrança e tomam decisões sem nos consultar. A decisão da mudança dos dias de aplicação da vacina de COVID não levou em conta a nossa opinião, nem o que seria melhor para a população, que perdeu meia semana de atendimento. Como a população não entende que é uma ordem vinda de cima, quem escuta a reclamação é quem está na porta e na recepção.* **(P03)**

Esses aspectos do funcionamento institucional impactam a saúde mental dos trabalhadores, que não se sentem motivados dada a situação de desmonte que os serviços públicos sofrem dentro da lógica neoliberal[37]. A ausência de plano de carreira, reconhecimento por parte da gestão, incentivo, defasagem no quadro de profissionais, além da avaliação baseada no cumprimento de

metas desconectadas do real funcionamento do serviço[38], geram sentimento de frustração nos trabalhadores:

> *De maneira geral, muitos trabalhadores apresentavam problemas de saúde mental anteriores à pandemia. Isso está relacionado ao fato de que, no serviço público, a motivação tem de vir do próprio trabalhador, uma vez que a gestão não elogia e não fomenta as carreiras. Além disso, a estabilidade e a falta de avaliações contribuem para que determinados profissionais também não se motivem. Isso acaba tornando o trabalho cada vez mais individualizado. O gostar da profissão também é fundamental para manter a saúde do trabalhador.* **(P011)**

No que tange ao componente coletivo, a existência da democracia institucional depende crucialmente da intervenção deliberada dos indivíduos, sendo que a questão central reside na correlação de forças[18]. Em situações nas quais não há espaços de poder compartilhado nos serviços, ou estes são precários, em vez do fortalecimento dos sujeitos, observam-se atitudes que indicam um baixo investimento e engajamento no trabalho. Essas situações comprometem a construção de confiança entre os pares, e consequentemente afetam o funcionamento da atividade deôntica[11]:

> *Falta tempo para conversarmos para que todos entendam o porquê dessas mudanças e como lidar melhor com isso. Isso atrapalha porque se uma pessoa já não concorda muito com alguma coisa e ainda não tem espaço para se colocar sobre isso, falar e deixar sua opinião, ela se fecha ainda mais, e é aí que não faz mesmo, que não colabora.* **(P02)**

Os trabalhadores mencionam a inexistência ou a burocratização de espaços institucionais como reuniões de equipe, assembleias, conselho gestor e conselho local. A ausência de encontros para que a equipe pudesse refletir sobre a organização do trabalho e encontrar maneiras de lidar com a sobrecarga, é percebida negativamente pelos entrevistados:

> *Nós precisamos verbalizar, discutir, pensar, não estamos tendo espaço para isso, para pensar em mudanças. Mesmo espaços como o conselho gestor estão esvaziados, com uma participação pequena da equipe.* **(P015)**

Por outro lado, quando existe o reconhecimento pelo trabalho desempenhado, os trabalhadores experienciam bem-estar[12], que pode ser mensurado a partir de relatos que indicam o sentimento de utilidade e de realização. Ter seu trabalho reconhecido pela gestão, colegas e usuários, bem

como ver sentido no trabalho desempenhado, possibilita uma descarga psíquica importante para a manutenção da saúde mental:

> *Trabalhar na pandemia está sendo bom, eu gosto de atender, de ver as pessoas melhorando. Fico triste com as pioras, mas me sinto bem fazendo este papel. Me sinto útil para os pacientes, para os familiares, cumprindo o meu papel.* **(P04)**

Nos primeiros meses da pandemia de COVID-19 no Brasil, foram adotadas medidas socio sanitárias para contenção da contaminação, dentre elas, o isolamento social. Para os profissionais da saúde, em sua grande maioria, o afastamento das atividades presenciais não foi uma opção, fato que gerou medo, devido ao desconhecimento a respeito da doença. Porém, para alguns trabalhadores isso foi algo positivo, já que permitiu a manutenção da convivência com colegas e contribuiu para o sentimento de utilidade:

> *Apesar disso, foi bom ver os pacientes evoluírem bem, conseguir cuidar deles, dar apoio; eu ficaria mais angustiada se precisasse fazer home office. Pelo menos no trabalho eu tinha convivência com as pessoas*. **(P012)**

Por conta do risco de contaminação, alguns trabalhadores portadores de DCNT, idosos, gestantes foram realocados e retirados das unidades para desempenharem sua função laboral a partir de um ambiente menos propício à circulação do vírus. Porém, esse movimento gerou uma série de desconfortos para os trabalhadores que permaneceram no Centro de Saúde, seja pelo risco de contaminação ou pela sobrecarga, já que passaram a desempenhar as funções dos colegas ausentes, além das suas próprias atribuições:

> *Na unidade, mesmo com a escala de atendimento na Covid, havia aumento da carga horária devido aos afastamentos dos trabalhadores comórbidos. Neste sentido, alguém acabava sobrecarregado e com exposição maior à doença. Eu fui a mais escalada para esses atendimentos, sendo que não participei da construção dessas escalas.* **(P012)**

Apesar dos relatos acerca de alguns conflitos, sobretudo neste período de afastamento dos trabalhadores que compunham o grupo de risco, alguns relatos demonstram a existência de vínculo afetivo entre os colegas de equipe. Alguns entrevistados expuseram sua preocupação com o adoecimento dos pares, algo que remete também ao medo pelo próprio adoecimento:

> *A pior situação foi viver o afastamento de colegas de trabalho. Uma coisa é você cuidar da população, você estar ali, estar junto, sentir a*

> *dor com eles, a dor que te atravessa, mas quando você vê o seu colega tombando [positivar para o Covid] é muito profundo, porque você pode ser a seguinte, não é a próxima não, é a seguinte mesmo. Como era tudo novo, o medo de perdê-los era muito grande.* **(P013)**

É esperado que haja um envolvimento emocional com o trabalho e que os pensamentos sobre ele persistam mesmo fora do ambiente profissional. Isso é indício da aptidão do sujeito pelo seu ofício, pois o trabalho não é apenas sucesso, mas também envolve desafios e superações. Faz parte do processo de busca por um estado saudável a capacidade de tentar abordagens diferentes, retornar à sua obra e continuar investido afetivamente. Nesse processo o trabalhador encontra novas aptidões e vê seu trabalho sendo transformado graças à persistência[11].

Entretanto, as condições de trabalho podem ser um obstáculo para a manutenção da saúde. Não basta apenas que o trabalhador tenha as ferramentas para superar a resistência do real, é igualmente necessário que ele encontre na instituição um ambiente propício para chegar a soluções[15]. Nesse sentido, a sobrecarga resultante da insuficiência de pessoal é uma realidade enfrentada diariamente pelas instituições públicas de saúde, o que pode dificultar a capacidade do trabalhador de lidar eficazmente com as demandas e desafios do seu ofício:

> *Estamos trabalhando além dos nossos esforços, com um RH baixíssimo, três anos atrás a gente tinha o dobro do RH. Metade do RH, muito cansaço e fazendo o que pode, chega um momento em que a gente não aguenta. Tem pessoas que afastaram por estafa. O profissional não tem a qualidade de sono que deveria, chega em casa e fica ansioso. Tem pessoas com síndrome do pânico aqui, sabemos que a pessoa teve a sua saúde minada. Falta apoio para o profissional, ser ouvido, receber atendimento neste momento, ter um suporte em saúde mental. Eu procurei por ajuda, mas muitos de nós não procuram e isto tem que ser olhado.* **(P06)**

Em relação à conjuntura política, os trabalhadores compreendem, em certa medida, as influências dos modelos de gestão e de financiamento no funcionamento da instituição. Eles expressam preocupação com a implementação de medidas fragmentadas e que degradam a qualidade da atenção primária, resultando na falta de engajamento dos funcionários e na fragilização das equipes, fatores que podem resultar da adoção de práticas fundamentadas na racionalidade neoliberal:

> *Eu percebo que muitas vezes a sociedade fala de privatizar os serviços públicos como uma solução para isso, mas uma empresa privada nunca vai ter o mesmo comprometimento que o servidor. Eu fico preocupado com o futuro, porque acho que ainda vão acontecer muitas terceirizações e que a qualidade do serviço vai piorar com isso. Eu vejo que infelizmente a privatização está caminhando a passos largos e que talvez chegue uma hora que o pessoal vai dar um jeito de acabar com o servidor público.* **(P014)**

Além disso, um modelo de gestão frágil também pode dificultar a atividade deôntica e a cooperação entre os pares[11]. Em um nível local, as reuniões de equipe e do colegiado gestor podem ampliar a capacidade de resolução e o exercício da cogestão no Centro de Saúde[20]. Porém, esses devem ser espaços garantidos e fortalecidos institucionalmente, para que, dessa forma, estejam menos suscetíveis aos imprevistos:

> *A equipe ainda não retomou completamente a agenda de reuniões, fizeram duas reuniões gerais até o momento. Um dos motivos seria porque o coordenador ainda não estipulou um dia fixo para reuniões gerais, então não foi possível organizar as agendas para que todos tivessem presentes. Um dia fixo de reunião também é uma sugestão da equipe para organização do trabalho. Esses são pontos em que a equipe vem sentindo dificuldades, as reuniões do colegiado gestor são para esses momentos, é uma forma de a equipe apoiar o coordenador em questões delicadas. Nos reunimos quando sentimos a necessidade de repensar ou pautar algo importante, mas com o propósito de ajudar o coordenador e não o contrário.* **(P05)**

Em certa medida, mesmo sendo diretamente afetados pelas decisões tomadas em nível local, os trabalhadores compreendem seu papel crucial na preservação da democracia institucional. Além disso, eles demonstram entendimento sobre as relações de poder e hierarquia presentes na instituição, reconhecendo que as ações do coordenador estão interligadas a outras decisões em âmbito municipal e federal:

> *O funcionamento da unidade vem sendo alterado semana a semana, tem sido muito ruim e a equipe tem reclamado da comunicação. Essa foi uma questão que foi levantada na reunião geral que voltou a ter agora, até então não estávamos fazendo devido a pandemia. Fizemos duas reuniões sobre esta insatisfação com o coordenador, mas talvez não dependa só dele e seja algo que vem de cima, pode ser que ele também não tem conhecimento de como as coisas vão acontecer.* **(P09)**

No entanto, mesmo cientes de sua responsabilidade, a ausência dos espaços que promovam a democracia institucional gera efeitos negativos cotidiano de trabalho[18]. Sem espaço legítimo de deliberação e reflexão, os trabalhadores encontraram dificuldades para assimilar e compreender a nova

organização, o que pode ser efeito do autoritarismo e comunicação descoordenada, tanto por parte da gestão municipal como também pela gestão federal:

> *No começo também foi muito difícil a comunicação no centro de Saúde. Tudo foi muito de cima para baixo e de um jeito muito confuso; cada hora era anunciada uma coisa e faltou muita comunicação. No começo falaram que iria ter uma divisão onde alguns Centros de Saúde iam ficar só para COVID e outros não, mas logo depois isso caiu. Olha, foi difícil o planejamento, ele veio de uma forma igual para todos os Centros de Saúde sem nenhuma conversa com a gente. Ao mesmo tempo a equipe que ficou na frente ficou muito sobrecarregada, porque muita gente da equipe foi afastada por fazer parte dos grupos de risco. Com isso a gente se sentiu meio abandonado tendo que dar conta de muita coisa sozinho, tendo que trabalhar dobrado, assumindo a linha de frente sem ninguém.* **(P016)**

Mesmo quando existem espaços como reuniões de equipe, por exemplo, alguns profissionais expressam não se interessarem pela participação devido à burocratização desses espaços. Tais relatos evidenciam a fragilização e desqualificação das reuniões, que, além de serem fundamentais para a construção de autonomia e cogestão, funcionam também como um espaço de manutenção e fortalecimento do coletivo:

> *Tem muita gente na equipe que tem uma potência muito grande, mas que tem ficado em silencio nas reuniões, por escolha própria. Não está tendo espaço de conversa e de escuta verdadeira entre a gente. Antigamente a gente se escutava mais, se acolhia, quando precisava discordava e quebrava o pau, mas estava ali um para o outro. Hoje eu não sinto isso, eu acho que a equipe está muito adoecida, muito focada em si e não conseguindo olhar o outro. Tem gente que não se mistura, não come com a gente, não se junta com o resto da equipe.* **(P016)**

A desqualificação e burocratização das reuniões de equipe desmotivaram a participação dos trabalhadores. A perda do componente coletivo dentro das equipes empobreceu as estratégias defensivas que poderiam funcionar como uma barreira contra o sofrimento patogênico[16]. Além disso, a não-adesão a esses espaços se deu também por conta da sobrecarga de trabalho:

> *Com a alta demanda, não consigo participar das reuniões de equipe, pois sempre estou no acolhimento. Antes disso, aproximadamente duas pessoas da enfermagem participavam. Esses encontros devem acontecer, em vista de uma organização, mas não faço questão de estar presente, pois é aquela mesmice, é chato. Além disso, tem profissionais que participam para saírem da assistência e descansar.* **(P010)**

Como efeito de todo esse processo, as equipes passaram a deslegitimar algumas propostas que, segundo os entrevistados, estavam descoladas da realidade vivida por eles no cotidiano do serviço:

> *Mesmo quando surgem propostas a equipe fica desconfiada, porque elas surgem sem a participação de toda a equipe, e muitos sentem que nem vale a pena tentar investir nelas e que provavelmente elas não darão certo. Há muita descrença e muita desconfiança em relação a propostas que surgem assim, que não contemplam o real problema da unidade e uma real participação da equipe.* **(P015)**

Mesmo que essa fragilização dos Espaços Coletivos seja anterior à pandemia[18], esse processo parece ter se agravado neste período, que, dada sua característica de imprevisibilidade e urgência, trouxe muitas mudanças em um curto intervalo de tempo[3]. A ausência de consenso evidencia que não houve um acordo mútuo, deixando os profissionais com a sensação de não terem sido ouvidos no processo de reavaliação da organização do trabalho. Essa dinâmica se assemelha a um funcionamento alienante, caracterizado pela falta de espaço para a democracia institucional:

> *Tudo aconteceu na tentativa e erro, nada foi para prejudicar ninguém, mas as medidas não foram tão bem pensadas.* **(P012)**

No âmbito subjetivo, existe uma interprodução contínua entre interno e externo, onde o sujeito é moldado pelo contexto e pelas relações sociais, mas também possui a capacidade de reagir aos elementos externos. É através da intervenção nesses planos que o sujeito se singulariza, e isso ocorre a partir da práxis[20]. A interação do sujeito com usuários e colegas é uma das condições necessárias para desencadear essa práxis:

> *Dá uma sensação de esperança ver quanto serviço de saúde pública conseguiu se mobilizar. Eu sinto que existe uma filosofia entre os trabalhadores de ajudar os outros, de cuidado, em especial as pessoas mais vulneráveis. Eu acho que a maior parte dos trabalhadores do CS são assim. Nisso eu vejo que os agentes de saúde tiveram um papel que eu admiro muito até hoje. Os agentes de saúde eram a linha de frente; saíam para a rua mesmo nos momentos em não podíamos sair juntos. Mesmo quando estava mais difícil eles saíam na rua, batiam na casa das pessoas para orientar, ver se estava precisando de alguma coisa.* **(P017)**

De maneira mais abrangente, esses relatos nos instigam a refletir sobre o componente subjetivo no trabalho, buscando avançar para além de concepções moralizantes acerca dos trabalhadores da saúde, valorizando o

profissional engajado na luta social pela consolidação do SUS. Especialmente diante do cenário político marcado pelo sucateamento nos últimos anos, os trabalhadores expressam, de maneira significativa, sentimentos de cansaço, sobrecarga e descrença nas políticas públicas:

> *As decisões são unilaterais, não consideram nossas questões. A equipe é mão de obra e não têm suas necessidades atendidas. Estamos insatisfeitos e não podemos tirar férias, essas e outras coisas trazem para nós a sensação de um trabalho mecanizado. Mesmo acreditando no SUS, é muito normal e válido sentir essa sensação de indisposição e indiferença no trabalho.* **(P02).**

III. Território, vínculo e determinantes sociais da saúde

Admitindo a existência de uma complexa relação entre as condições de vida da população e o surgimento de doenças[6], reafirmamos que no caso da pandemia de COVID-19 não seria diferente. Porém, na urgência de dar respostas e conter a proliferação do vírus, até mesmo a APS, induziu uma lógica hospitalocêntrica e biomédica no início da pandemia[3].

A máxima “não estamos todos no mesmo barco”[36] foi validada na medida em que trabalhadores e usuários perceberam e relataram necessidades específicas das comunidades vulnerabilizadas neste período. Marcados por precariedade habitacional, emprego informal, insegurança alimentar, esses territórios necessitavam de medidas singularizadas, e não de mais entraves no acesso à direitos básicos.

Considerando as particularidades do trabalho na área da saúde, seria crucial a presença de autonomia e liberdade criativa dos sujeitos18. Isso se deve tanto à complexidade do processo saúde-doença quanto à necessidade de integrar o usuário como uma parte fundamental das intervenções[18]. Um importante aspecto, relacionado à complexidade do processo saúde-doença, foi evidenciado no caso da “descompensação” de pacientes portadores de doenças crônicas.

Quanto à dimensão que envolve a necessária participação do usuário na saúde, podemos refletir sobre o quão distinto é esse aspecto em comparação a

outros tipos de trabalho. Em uma linha de produção, em uma fábrica de automóveis, por exemplo, o consumidor final não tem acesso livre ao processo de trabalho, para contribuir com sugestões sobre como os trabalhadores deveriam realizar determinadas tarefas. O trabalho na área da saúde mistura esse espaço interno e externo, processo e produto final. O valor de uso do trabalho, nesse caso, é continuamente avaliado e modificado na presença daqueles que se beneficiam da força de trabalho do profissional de saúde. Pelo menos, esse deveria ser o caso, e isso pode falhar quando não existem espaços de controle social no serviço.

Retomando a característica da atenção primária em que há o intenso contato com o território[19], as análises desse núcleo temático partem da percepção de que a proximidade com as famílias e o convívio com situações de vulnerabilidade social, podem também trazer certa dificuldade de simbolização para os trabalhadores[26], sobretudo na ausência de um espaço potencial no qual possam lançar mão de respostas criativas diante dos desafios. Os entrevistados mencionam, por exemplo, o luto vivenciado por eles por conta do falecimento dos usuários de sua referência, dado a existência dos vínculos duradouros com essas famílias:

> *São pessoas que a gente conhece, que a gente cuida. Sei lá, mexe mais com a gente, de estar atendendo alguém que a gente conhece; diferente de Pronto Socorro, porque chega um paciente 'x', nunca viu [trabalhadores não conhecem]. Então acho que o atendimento do Covid na Unidade Básica talvez tenha tido um sofrimento diferente de quem atende Pronto Socorro, de quem já está acostumado a lidar com urgência. A gente saía bem esgotado, de chegar aqui e já ter gente para ser atendido porque não estava respirando, precisando de oxigênio*. **(P012)**

> *A gente perdeu muitos usuários nesse momento. Tiveram famílias inteiras que a gente perdeu. Teve uma usuária que a gente acompanhava que me chamou muito a atenção. Ela cuidava do marido, que teve um AVC e perdeu parte dos movimentos, e sempre vinha aqui no acolhimento, acho que pra contar para gente como ela sofria por ter que cuidar dele. Ela chorava muito e vinha sempre no acolhimento contar as histórias dela. De repente ela pegou COVID, ele pegou COVID, todo mundo pegou e morreu cara! Morreu a família inteira e ela morreu desse jeito, infeliz, sem consegui mudar a vida dela. Isso mexeu muito comigo, ver a história assim interrompida, dessa forma brusca.* **(P016)**

Os trabalhadores vivenciaram o luto pela morte de usuários de sua referência e, além disso, tiveram contato intenso com o luto dos familiares, já

que precisavam continuar monitorando outros membros do núcleo familiar que também adoeceriam. Essas experiências remetiam ao luto vivenciado pelo falecimento de seus próprios familiares:

> *Perdemos muitos pacientes, e fui responsável todo este tempo de fazer investigação de óbito de covid como enfermeira. Eu recebia o óbito dos hospitais e eu tinha que ligar pra família, perguntar como tinha sido, se alguém da casa apresentava sintomas, convidá-los a fazer o teste de covid na unidade e isto foi muito desgastante. Escutar a família no seu pesar, é muito difícil. Eu perdi dois familiares por covid, então foi ficando mais pesado ainda. Eu entrava em contato com as famílias sabendo o que eles estavam passando.* **(P06)**

Também destacaram a necessidade de lidar, além do cuidado clínico, com questões relacionadas a necessidades socioeconômicas, insegurança alimentar, violência, desemprego e outros desafios sociais no cotidiano de trabalho:

> *Muitos pacientes vêm até a recepção para renovar receitas, como era feito antes, e neste momento, não é possível fazer isto todos os dias, depende do fluxo de serviço diário. Sempre que possível, tento falar com o médico para renovar uma receita, ou quando é uma pequena demanda, porque entendo as dificuldades dos usuários em acessar o serviço, a gente trabalha com uma população carente, isso me mobiliza muito.* **(P08)**

As adversidades do contexto não foram vivenciadas pela população sem resistência. Nos territórios estudados a comunidade protagonizou ações solidárias em parceria com movimentos sociais, igrejas e Assistência Social. Essas iniciativas visavam a ajuda mútua e incluíam ações como doação de alimentos e produtos de higiene, acesso à cursos profissionalizantes, projetos sociais para crianças, adolescentes e idosos e apoio a vítimas de violência doméstica:

> *No território havia vários grupos religiosos que tentaram ajudar a população nesse momento. Houve muitas doações de cestas básicas, com as pessoas se organizando em grupos para ajudar quem estava em maior vulnerabilidade, acionando a assistência social. É interessante ver como o próprio bairro conseguiu ajudar as pessoas, mesmo tendo uma insegurança. Mesmo assim, as pessoas ajudavam quem estava com um risco maior.* **(P017)**

Alguns trabalhadores relataram o envolvimento com essas iniciativas comunitárias de ajuda solidária, porém, essas estratégias não se originaram nos Centros de Saúde, e em muitos casos, não foram endossadas pela gestão local ou municipal. Em sua maioria foram estratégias pensadas e executadas

por coletivos e organizações da sociedade civil, e foi através de reuniões intersetoriais que alguns trabalhadores demonstraram interesse em compor a iniciativa:

> *O bairro é muito marcado pela violência contra a mulher, contra as crianças, e quando vi as escolas fechadas, saúde e assistência com atendimento restrito, fiquei pensando sobre os casos de violência que não estão chegando para nós, sendo que a mídia afirma que a violência tem aumentado. Alertei na reunião intersetorial que a gente não podia esquecer essas questões, e aí fomos pensando estratégias, pensando em um trabalho em educação em saúde e fazendo materiais multimídia para a população, divulgando os canais de ajuda para os casos de violência.* **(P01)**

A disparidade no acesso à direitos básicos ficou ainda mais evidente durante a pandemia. Isso se explica pelo aumento do desemprego, consequente insegurança alimentar e precarização habitacional. Os trabalhadores mencionam os casos de famílias numerosas residindo em condições insalubres, dificultando assim o cumprimento das medidas socio sanitárias:

> *Nos atendimentos perguntamos quantos são na casa e quem está trabalhando, e tem muitas casas com seis pessoas morando e só uma trabalhando. Um salário-mínimo para seis pessoas é muito pouco, não tem reserva, aí a questão é sobrevivência, dar comida para as crianças.* **(P04)**

Os desafios advindos das precárias condições de vida da população evidenciam a relação indissociável entre contexto social e produção de saúde. Os trabalhadores compreendem a complexidade dessa relação e identificam que a pandemia de COVID-19 foi um agravante para a população:

> *Na população a gente também percebe esse impacto na saúde mental. Isso sempre foi uma demanda alta deste território e sempre foi uma característica deste C.S. Mas com a pandemia, o isolamento, desemprego, nossa! Acho que aumentou muito isso, sabe? É essa sensação de "inseguridade", não ter emprego, da renda dada pelo governo não ser suficiente, das pessoas com dificuldade de conseguir alimentos. Muita gente do território é trabalhador informal e nesses casos quando a pessoa pega Covid é difícil dela ser afastada.* **(P017)**

Os profissionais da APS necessitam cultivar em sua prática a sensibilidade para lidar com questões de saúde que emergem no interstício, indo além dos atendimentos estritamente ambulatoriais. Isso é particularmente evidente para as questões de saúde mental, que permeiam a ambiência, as conversas nos corredores da unidade e as consultas. A proximidade da

Unidade Básica de Saúde com o território a torna uma referência também para as demandas relacionadas ao sofrimento mental, requerendo da equipe uma abertura e disposição para enfrentar questões que ultrapassam as queixas do corpo:

> *Uma coisa que me chamou muita a atenção nessa pandemia foram os casos de saúde mental. Começaram a vir muito mais pessoas com sintomas de ansiedade e depressão ligados a pandemia, a perda repentina de parentes, hospitalização, eu acho que praticamente quadruplicou o número de pessoas que procuram o Centro de Saúde com queixas dessa natureza. É bem complexo acompanhar esses casos, porque você precisa diferenciar o que é uma coisa patológica, que já vem de antes e às vezes se agravou, ou aquilo que é um sofrimento mental ligado a uma situação difícil.* **(P014)**

Diferentemente da conduta adotada por um serviço de urgência e emergência, os trabalhadores da atenção primária entendem que medicar o sofrimento psíquico não responde à demanda de cuidado, sobretudo porque trata-se de um usuário que provavelmente continuará acessando o CS apresentando grande sofrimento. Conhecer a família e rede de apoio do usuário é uma vantagem para a construção do cuidado[5], o que adiciona um elemento importante para a escuta qualificada:

> *Eu vejo que às vezes tem muito caso da mental que vêm do Pronto Atendimento e o usuário já vêm muito medicado, com muita receita de Diazepam e depois a gente tem um trabalho grande para desmamar esse paciente. É diferente de quando ele chega no Centro de Saúde e a equipe já o conhece há muitos anos, sabe da história da família, dos conhecidos, já sabe das tragédias de cada um e consegue fazer uma outra escuta. No PA não tem essa relação de proximidade, de compreensão, aqui a gente acaba conhecendo quase todo mundo mais de perto, tem outro vínculo de confiança.* **(P014)**

O despreparo para lidar com situações emocionais desafiadoras pode fazer com que os trabalhadores lancem mão de estratégias de distanciamento para com os usuários, a fim de que se proteger das situações sociais críticas[25]. Em contrapartida, a criação de espaços de diálogo e reflexão sobre esses temas às vezes funcionava como um amparo para enfrentar seus próprios desafios psíquicos e, consequentemente, ter mais condições emocionais de acolher a população:

> *Existe um despreparo dos profissionais para lidar com pessoas que perderam familiares na pandemia, senti a necessidade de estudar para estar preparada já que não houve capacitação para lidar com o*

> *luto dos pacientes. Como não me sinto preparada, evito perguntar sobre as perdas dos usuários.* **(P09)**

A alocação física do serviço de saúde no território por si só não garante a manutenção de vínculo e continuidade no cuidado ao longo do tempo[33]. Entre as estratégias destacadas pelos profissionais para estabelecer uma maior proximidade com os usuários, destacam-se as atividades grupais:

> *Uma estratégia que a gente usa muito e que precisamos retomar, e aí não só para os casos da mental, são os grupos e os atendimentos mais de rotina, que deixam a gente mais próximo da população. Isso foi uma coisa que a gente parou durante a pandemia, mas que seria muito importante voltar, até para não lutarmos tanto a agenda médica e podermos acompanhar mais pacientes. Os grupos são uma coisa que dão muito certo aqui no C.S e que temos um retorno muito bom dos atendimentos.* **(P014)**

Lidar com um contexto de vulnerabilidade social e com a falta de recursos é um grande desafio para os trabalhadores. Não havendo um espaço para simbolizar suas vivências, isso acaba gerando um sofrimento intransponível. Dessa forma, as equipes precisam de espaços para refletir acerca das “durezas” de seu cotidiano, no qual encontrem recursos para lidar com a diferença e com a escassez[26]. Se esse espaço é negado, é possível que os trabalhadores se distanciem da comunidade como uma forma de autodefesa.

Os usuários, por outro lado, percebendo esse movimento e a constante negativa de acesso, muitas vezes lançam mão de respostas hostis e violentas contra o serviço:

> *Quando se deparam com a negativa do atendimento os usuários ficam agressivos, respondendo de forma exaltada. Às vezes escutam só que não tem médico e nós não conseguimos explicar. Alguns colegas já foram ameaçados, o último caso que aconteceu de agressividade foi no dia da vacinação, o profissional se afastou por conta da pressão psicológica.* **(P03)**

As demandas e reinvindicações dos usuários exemplificam a presença de um paradoxo entre a singularidade dos casos e a padronização das condutas. Diante de um funcionamento enrijecido em um primeiro momento da pandemia de COVID-19, os usuários questionaram, fizeram levantes contra o impedimento de acesso à saúde. Para os trabalhadores inseridos em um ambiente com baixo investimento no componente coletivo, as reivindicações

foram percebidas de maneira contundente, criando a sensação de que usuários e trabalhadores estavam em lados opostos de um campo de batalha:

> *Quando faço alguma ação no território, ouço alguns relatos de usuários que se queixam da falta de atendimento, que suas queixas não foram nem ouvidas, ou mesmo da grosseria de alguns profissionais. A população tem uma razão de reivindicar o acesso, e a equipe, por conta do cansaço, não consegue ouvir as queixas no acolhimento. Acho que uma parte são questões de cada trabalhador, e outra são as limitações do processo de trabalho. Existe uma quebra de comunicação, confiança e vínculo com a população, para que eles confiem, nós precisamos conhecer as famílias que atendemos.* **(P01)**

A construção e manutenção da confiança entre usuários e profissionais dependia e era correlacionada com o conhecimento dos usuários sobre sua referência. O uso do termo “conhecer” neste relato remete a algo além do “saber quem são”, e se assemelha mais ao componente do vínculo e da longitudinalidade. Por outro lado, devido à escassez de recursos, sucateamento do serviço público e o intenso contato com os usuários, os trabalhadores terminaram vítimas da violência indireta:

> *A situação da farmácia é problemática, de início os profissionais desse setor também foram escalados para trabalhar nos centros de imunização, e ao se depararem com a farmácia fechada, os usuários reagiram. Então esse pessoal que está em ligação direta com o usuário, está muito mais desgastado e sendo muito mais acionado, têm de lidar com as queixas comuns e com as questões da pandemia, além dos conflitos com a população.* **(P011)**

A APS carrega a missão de lidar com os fenômenos considerando o contexto social no qual o serviço de saúde está inserido[33]. Para além de se ocupar das questões de saúde que atravessam a população – e no caso da pandemia, o mundo – os serviços do SUS têm a responsabilidade de considerar, também, como os sujeitos, com seus modos de existência, com suas necessidades específicas, vivenciaram esse fenômeno. Porém, sem suporte institucional, essa reflexão ocorre de forma precária, e os trabalhadores criavam uma tendência de lidar com as dificuldades do território de forma defensiva, criando uma barreira entre o serviço e a população:

> *Na UBS fiquei por três meses na triagem da porta, local muito ruim de ficar, ali é um lugar para adoecer as pessoas. O usuário chega e já quer resolver ali, não quer ter paciência de esperar para entrar. A população é imediatista, buscam resolutividade rápida para as suas queixas, essa é uma característica da população atendida pelo SUS, querem tudo na hora.* **(P010)**

Historicamente, as populações marginalizadas no país enfrentam desafios relacionados à falta de acesso aos serviços básicos, sendo que o SUS se estabeleceu com o objetivo de modificar esse cenário[35]. No entanto, ao depararem-se com obstáculos para garantir seu direito à saúde e ao vivenciarem diariamente um processo de degradação da sociabilidade, é possível que os usuários não se percebam como parte fundamental do processo de defesa e manutenção do SUS:

> *Para a população também fica uma informação desencontrada, eles não entendem por que as coisas estão acontecendo dessa forma e ficam bravos. Estamos com demanda e os usuários descontentes, alguns pacientes chegam questionando dizendo por que a unidade não fecha, acontecem brigas e gritaria quando não conseguem ter o acesso.* **(P09)**

Por outro lado, quando há espaço para expressar a inventividade, interesses e desejos dos envolvidos na produção de cuidado, a capacidade de lidar com as limitações do contexto é ampliada[13]. Dessa forma, reforça-se a coprodução de Sujeitos e Coletivos Organizados para a Produção[18], estabelecendo um processo de trabalho que se move tanto de forma ascendente quanto descendente.

Não se trata, portanto, de encontrar responsáveis pelas situações de violência vividas no cotidiano dos serviços de saúde, isso seria uma postura leviana. Ao contrário disso, refletir acerca dessa banalização e dilaceramento das relações sociais no território, permite identificar questões importantes para o enfrentamento dessa problemática, como por exemplo a comunicação ineficiente entre serviço e usuários:

> *Existe falhas na comunicação com a população, como no caso do acolhimento por exemplo. Pela manhã, os usuários passam primeiro pela equipe de enfermagem e depois com a equipe médica, já a tarde isto não acontece porque a equipe de enfermagem está concentrada na vacinação, então os usuários passam por uma triagem na recepção e as urgências passam diretamente com os médicos. O acolhimento de manhã está ficando mais cheio, as pessoas chegam as 7h da manhã e ficam esperando até as 14h/15h, está havendo muita demora. Há dias em que metade das salas da UBS estão sendo usadas e não temos salas para atender, o que também impossibilita a assistência e a população fica sem entender o motivo.* **(P09)**

A ausência dos espaços de cogestão e controle social ocasionaram falhas na comunicação com a população, impactando assim a avaliação que os

usuários fazem do serviço. Em última instância, essa avaliação negativa do cuidado impossibilita que os trabalhadores tenham acesso ao reconhecimento daqueles que usufruem e são diretamente impactados pelo seu trabalho:

> *Os usuários trazem reclamações referente aos atendimentos da sexta-feira, do atendimento da Covid, da questão da vacinação, do acolhimento da tarde ser diferente e dos agendamentos, acho que porque eles não sabem como está funcionando. Muitos vem se queixando de não conseguirem agendar consulta, não sei se foi passado a informação para eles de que a prefeitura solicitou o fechamento das agendas.* **(P09)**

A violência simbólica age nos níveis mais profundos da subjetividade do sujeito, e é capaz de enraizar no imaginário social a ideia de que a desigualdade é uma questão intransponível[29]. De maneira semelhante, o SUS quando visto pela ótica da desqualificação do serviço público, sobretudo em territórios vulnerabilizados, pode gerar na equipe sentimentos de desrespeito e desvalia[26]. Nesse cenário, até mesmo as categoriais profissionais que comumente têm alto valor simbólico e social, quando atreladas ao contexto da APS, são desqualificadas:

> *Os usuários não compreendem bem a função da APS, enxergam os médicos da ESF com menos relevância em comparação aos especialistas. É como se a escolha por trabalhar em uma UBS fosse falta de opção por parte desses profissionais. Os ACS às vezes são mal interpretados e maltratados, apesar de serem figuras importantes.* **(P011)**

Como alternativa para lidar com a ausência ou fragilidade dos Espaços Coletivos nos serviços de saúde, a gestão e as equipes podem fortalecer sua colaboração com a organização comunitária, que muitas vezes já ocorre de forma orgânica e independente. É crucial reconhecer que essa abordagem não deve buscar a manutenção de uma estratégia hegemônica de controle dos corpos e moralização das formas de sociabilidade da comunidade. Pelo contrário, essa aproximação deve ser cuidadosamente planejada em conjunto com os atores envolvidos, levando em consideração o grau de autonomia e protagonismo da comunidade.

IV. Sublimação e estratégias defensivas

O termo sublimação, em um sentido psicanalítico, designa a modificação da pulsão. Consiste na mudança de objeto, de forma a substituir uma pulsão negativa por objetivos socialmente valorizados[56]. Nesse sentido, as estratégias defensivas e mecanismos de defesa surgem como uma tentativa de manutenção do equilíbrio entre as forças desestabilizadoras e o esforço da ação[11]. Em outros termos, é a mobilização de recursos psíquicos para resistir aos efeitos nocivos dos constrangimentos laborais. Esse movimento que o sujeito faz em busca de saúde psíquica, o faz buscando modificar aquilo que o ameaça sob a forma de um sofrimento patogênico.

Na tentativa de lidar com um tipo de sofrimento que ameaçava desestabilizar a saúde psíquica, os trabalhadores lançaram mão de estratégias defensivas individuais e coletivas. Essa categoria de análise visa à reflexão acerca das medidas adotadas pelos trabalhadores diante do sofrimento inevitável.

Diante de um contexto de abruptas modificações na organização do trabalho, da crise política no país, do sucateamento do serviço público e agravamento da vulnerabilidade social[37], os trabalhadores sentiram falta de espaços de diálogo para simbolizar essas questões. Mesmo havendo tentativas de instituir rodas, encontraram dificuldades para manter esses espaços, seja pela alta demanda de trabalho nas unidades ou pela própria dinâmica de relacionamento entre os colegas:

> *Pela residência a gente tentou fazer um grupo Balint chamado "Pausa para análise" com o objetivo de chamar os profissionais para conversar. Era um grupo com poucas pessoas e pouca gente podia participar por conta da pressão para produzir. Infelizmente não tinha muito tempo no CS para o pessoal participar. Uma das profissionais até ajudou a gente, a terapeuta ocupacional, auxiliando com a ideia de construir um espaço de autocuidado, mas a gente foi sentindo que não estava dando muito certo. Com o tempo a gente entendeu que as pessoas do C.S não se sentiam muito à vontade para conversar com a gente que era no fim também era colega de trabalho.* **(P017)**

Quanto aos impactos da conjuntura política na estabilidade ou desestabilização psíquica, embora a percepção negativa do desmantelamento das políticas públicas tenha efeitos prejudiciais para os trabalhadores, ainda

persiste, para alguns entrevistados, o imaginário em torno do valor associado aos cargos públicos:

> *Tenho orgulho do SUS e de ser funcionária pública, irei sentir falta quando me aposentar. Embora eu esteja cansada, vou contar para meus netos e os bisnetos as minhas histórias. Graças a esse emprego, tenho uma situação financeira estável, terei boas recordações.* **(P010)**

Além disso, mesmo diante de todas as dificuldades deste período, aspectos positivos do trabalho em equipe emergiram, fato que ressalta a potência da cooperação[11]. Assim, a interação com os colegas e a experiência de vida compartilhada desempenharam um papel significativo na expansão da subjetividade:

> *Quando penso na pandemia eu penso também que tem um outro lado da história, que envolve poder ver como a gente se transforma mesmo apesar desse cenário e como a gente consegue ver o melhor das pessoas, de poder ver tanta gente ali se dedicando. Apesar de todo mundo estar com medo, todo mundo estava querendo ajudar, tentando fazer alguma coisa nova, tentando apoiar os pacientes. Eu vi que isso aproximou muito o pessoal do posto de saúde, que todo mundo ficou muito mais próximo, algo que não teria acontecido fora da pandemia. Entre os trabalhadores eu senti que ocorreu um apoio muito forte; eu me senti bastante apoiado, sabe? Senti que fui bastante acolhido e senti que também consegue acolher os outros.* **(P017)**

Em relação ao profundo envolvimento com o território, observa-se uma certa ambivalência, uma vez que, em determinados casos, essa característica da Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser interpretada ora como fonte de sofrimento, ora como fonte de prazer. No segundo cenário, os profissionais conseguem perceber a eficácia contínua de seu trabalho ao longo do tempo. Além disso, o estabelecimento de vínculos duradouros com as famílias, em alguns casos, contribui para um maior reconhecimento e empatia por parte dos usuários em relação aos profissionais.

> *Quando chegava alguém muito grave, a gente melhorava a pessoa pra ela ir pro hospital, doía um bocado de ver isso. Mas muitos melhoraram, muitos voltam e conversam, vira tipo um pós-guerra, cada um contando a sua história. É legal pra eles e é legal pra gente, e uma felicidade do tipo eu ajudei, eu fiz um pedacinho, lógico que não quer dizer que eu curei, mas um pedacinho.* **(P04)**

A construção de sentido no trabalho passa pelo reconhecimento da capacidade de fazer algo com aquilo que faz sofrer. De certo modo, mesmo em

um lugar e tempo em que os protocolos eram rígidos, onde havia pouca possibilidade de escoamento da energia psíquica acumulada, foi possível que o coletivo de trabalhadores encontrasse maneiras de transformar o sofrimento patogênico em potência criativa[16] a partir da iniciativa de alguns colegas:

> *Uma profissional do NASF ofereceu para os profissionais atendimento de auriculoterapia. Essa foi a única coisa boa oferecida aos trabalhadores. Era um momento que a gente tinha para pensar na gente, e pensar em como a gente poderia estar bem para poder ajudar outras pessoas, porque acima de tudo, o profissional tem que estar bem para poder lidar com tudo aquilo* **(P012)**

Durante um período no qual o trabalho no campo da saúde estava em voga nos noticiários, os trabalhadores também se questionavam a respeito das estratégias de autocuidado. Isso inclusive foi mencionado como um fator importante para que continuassem sendo capazes de dar respostas às demandas dos serviços:

> *No trabalho, fui adepta do tratamento homeopático que a médica homeopata ofereceu, fiz o tratamento do começo ao fim. Em casa, continuei fazendo cursos de autocuidado, e entrei em um projeto da Unicamp que tem o intuito de preparar o profissional para a aposentadoria [...] eu tive o privilégio de me cuidar durante a pandemia, então eu pude também cuidar aqui [UBS].* **(P013)**

As estratégias de defesa coletivas podem ser capazes de garantir ao sujeito uma estabilidade psíquica que dificilmente seria adquirida apenas no nível individual[12]. Algumas ações protagonizadas pelos trabalhadores ajudaram a assegurar a coesão da equipe, funcionando como um mediador para a saúde:

> *No MVE a gente vê muito essa questão da expressão dos sentimentos e durante a pandemia eu dancei muito meus sentimentos. Eu também comecei uma formação de Reik xamânico que me ajudou muito também a explorar esse meu lado espiritual. Na equipe a gente também fez muitas coisas com práticas integrativas, ervas medicinais, para poder cuidar da gente. Sabe o que eu percebo? que quando você tem recurso interior fica muito mais fácil de você lidar com as coisas. Na pandemia, por exemplo, nasceu o Jardim do Centro de Saúde, bem nesse momento, de um esforço coletivo nosso de poder também trabalhar nossos sentimentos.* **(P016)**

Além da adoção dessas estratégias, alguns relatos indicam a existência de um mecanismo de defesa baseado na racionalização do medo. Essa racionalização funciona como um modo de diminuir a percepção das pressões

patogênicas[12]. A partir do contato diário e intenso com as demandas relacionadas à COVID-19, houve uma espécie de adaptação:

> *No começo da pandemia existia uma sensação de não saber como seria, já que não se tinha conhecimento sobre a dimensão e o impacto da pandemia no país. Eu tinha muito medo, inclusive de contaminar minha própria família, mas houve uma adaptação, por mais grave que a situação tenha se colocado. O contato diário criou certa adaptação para nós.* **(P02)**

Além da racionalização do medo, houve também, de certa forma, a adoção de um mecanismo baseado no engajamento excessivo nas tarefas, também como forma de lidar com o medo[12]. Ao mesmo tempo, esses mecanismos de defesa eram acompanhados de estratégias defensivas que aconteciam no nível coletivo, como, por exemplo, o suporte emocional ofertado e recebido dos colegas:

> *Tanto eu quanto os nossos colegas, às vezes chorávamos nos lugares, aí vinha outro e abraçava, tentava animar e ajudava. Nós também adoecemos, pegamos atestado, mas muitos o teste dava negativo, e cuidávamos uns dos outros. Com o tempo veio o peso do trabalho e paramos de adoecer, e a nossa mente foi saindo do medo e indo para o trabalho, e aí a carga de trabalho aumentou.* **(P04)**

A aposta no fortalecimento do componente coletivo pode ser uma potente estratégia para lidar com as adversidades no trabalho[12,18]. Porém, a conjuntura política foi mencionada como um entrave para a manutenção desses espaços. Trabalhadores que antes encontravam nos movimentos sociais uma forma de elaborar seu sofrimento, passaram a vivenciar constrangimentos vindos da instituição e da sociedade:

> *Faço o possível com o que tem, mas claramente é insuficiente. Para amenizar o sofrimento é importante reconhecer que não damos conta de toda a demanda, e não é por falta de vontade. É difícil porque não podemos nos manifestar mais, porque é criminalizado. Antigamente eu fazia parte do Coletivo dos Trabalhadores em Luta, que é um coletivo de organização da sociedade civil sem partido específico. São funcionários da prefeitura e pessoas que se solidarizam pela causa, que reivindicavam melhores condições de trabalho. A gente fazia vários atos, passeatas, manifestações pacíficas. Mas hoje, com a falta de profissionais, com funcionários afastados, e a criminalização das manifestações, fica difícil conseguir se organizar para fazer essas manifestações.* **(P02)**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS como sistema constituído e concreto é um espaço potencial, em construção, um ambiente facilitador onde o trabalhador pode experimentar ser um agente de mudança, criar modos de relação e de trabalho, se ver fazendo e protagonizando a construção de seu saber-fazer. Porém, só é possível defender a manutenção desse espaço se os trabalhadores se reconhecem nele, se reconhecem esse meio como um ambiente que lhe traz oportunidade de se experimentar de outras formas e de se constituir enquanto sujeito.

No período de trabalho em campo, entre os anos de 2021 e 2022, as questões relativas à própria organização do trabalho somaram-se a queixas endereçadas ao contexto político, vulnerabilidade social e categoria profissional, demonstrando que o sofrimento no trabalho pode ter causas multifatoriais. São questões que dizem respeito direta e indiretamente ao ofício, mas que impactam na realização das tarefas e na dinâmica psíquica do trabalhador. Entretanto, parece ter havido pouco espaço para o reconhecimento da subjetividade nos espaços compartilhados.

Falas a respeito da conjuntura política surgiram em diversos relatos de profissionais, porém, não foram encontrados indícios de que esses temas eram pautas de reuniões de equipe, sendo presentes apenas em relatos individuais. Tendo em vista que os espaços institucionais são privilegiados para a sublimação, elaborar conjuntamente quais são os fatores externos e macropolíticos que podem estar influenciando na organização do trabalho, pode ter um efeito preventivo para o sofrimento intransponível na instituição.

Além disso, a característica territorial e longitudinal da APS permite o contato e conhecimento de outras questões de saúde para além das queixas pontuais pelas quais os usuários buscam atendimento. O profissional da APS está, dessa forma, muito mais exposto às delicadezas daquilo que não se apresenta de imediato no acolhimento. Tais delicadezas dizem respeito à forma como os sujeitos sentem e entendem questões como moradia, alimentação, saúde mental, relações familiares, trabalho, e como elas podem influenciar a percepção e vivência do processo saúde-doença.

O modelo biomédico, ao longo da história da saúde pública, pode ter protelado tais questões em prol de um modelo curativista. Entretanto, na APS

parece inconcebível desatrelar tais fatores da produção de saúde, já que, vão surgindo de forma direta durante os atendimentos, e poderão se refletir nos resultados insatisfatórios dos indicadores de saúde, no sofrimento psíquico e mental, e até mesmo através de atos de violência por parte da comunidade.

É por essa razão que se torna imprescindível abordar questões comunitárias, políticas, socioculturais, organizacionais e subjetivas ao analisar o trabalho em saúde na APS, sobretudo em territórios vulneráveis. O trabalhador de saúde que está imbrincado com o território vivo de moradia dos sujeitos de quem cuida, precisa de suporte para elaborar esse conjunto de fatores externos que incidem sob seu trabalho, influenciam na atuação direta com o usuário, e modificam o resultado esperado de sua ação, podendo trazer sentimento de frustração e percepção do sofrimento.

Como objetivo último, buscamos a valorização dos Espaços Coletivos como espaço potencial que funcione como um continente para lidar com o sofrimento, que permita o funcionamento criativo, resolução de conflitos e imprevistos de modo compartilhado, diminuindo assim os fatores que contribuem para o adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora. Espera-se que esse trabalho venha a contribuir de maneira sólida com a reflexão e formulação de Políticas Públicas potentes no âmbito da Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues EAS, Tavares R, Melo VH, Silva JM da, Melo EM de. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. Saúde debate [Internet]. 2018Dec;42(spe4):55–66. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S404

2. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2018 Aug 20;34(8). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00056917.pdf

3. Silva WR de S, Duarte PO, Felipe DA, Sousa F de OS. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Trab educ saúde [Internet]. 2021Jan;19:e00330161. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330

4. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. Trab educ saúde [Internet]. 2021Jan;19:e00321153. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321

5. Giovanella L, Bousquat A, Medina MG, Mendonça MHM, Facchini LA, Tasca R, Nedel FB, Lima JG, Mota PHS, Aquino R. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de COVID-19 no SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/Editora Fiocruz; 2022. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9786557081587.0013.

6. Santos M. Pobreza urbana. 3a ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

7. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Diário Oficial da União 2017, 2012.

8. Molinier P. Sujeito e subjetividade: questões metodológicas em psicodinâmica do trabalho. Rev Ter Ocup Univ São Paulo (Online) [Internet]. 1 de abril de 2003;14(1):43-7. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13914

9. Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação: uma visão de conjunto. In: Trabalho vivo II: Trabalho e emancipação. São Paulo: Blucher; 2022. 248 p.

10. Dejours C. A Banalização da Injustiça Social. Luiz Alberto Monjardim. tradutor. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1999. 160 p.

11. Dejours C. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. Rev Port Psicanálise. 2013;33(2):9-28.

12. Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. Production. 2004 Dec;14(3):27–34. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004

13. Campos GW de S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011Jul;16(7):3033–40. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800002

14. Costa JEM, Brasil KT, Ganem V. O desafio do trabalho com adolescentes em conflito com a lei: intervenção em Psicodinâmica do Trabalho. Psicologia em Estudo. 2017 Jul 2;22(2):165.

15. Dejours C. Note de travail sur la notion de souffrance. Travailler. 2017 ; 35(1):145–54.

16. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.

17. Campos GW de S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):2337-44.

18. Campos GW de S. Um método para análise e cogestão de coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 240 p.

19. Lancman S, Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. Cad. Psicol. Soc. Trab. [Internet]. 1 de dezembro de 2003; 60:79-90. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25852

20. Campos GW de S, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP de. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014; 18:983–95. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324

21. Maranda MF. La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail. Santé mentale au Québec. 1995;20(2):219.

22. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Editora Oboré; 1994. 168 p.

23. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017

24. Ferreira Neto JL. Psicologia, políticas públicas e o SUS. São Paulo: Escuta; 2011. 224 p.

25. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED de, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009Aug; 43(4):682–8. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000036

26. Onocko-Campos RT. Psicanálise e saúde coletiva: interfaces. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 172 p.

27. Onocko-Campos RT, Massuda A, Valle I, Castaño G, Pellegrini O. Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud colectiva [Internet]. 2008 Ago; 4(2): 173-185. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200008&lng=es.

28. Figueiredo MD, Furlan PG. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p. 154-68.

29. Sousa J. A ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2011. 483 p.

30. Almeida AM. Estado autoritário e violência institucional. In: 28º Congresso Internacional da LASA (Latin American Studies Association). 2007. Setembro 5-8; Montreal, Canada. Disponível em : https://www.uece.br/cesa/wp-content/uploads/sites/32/2022/06/estado_autoritario_e-violencia_institucional.pdf

31. Endo TC. Serviço Público, a quem serve? Uma trajetória marcada pela identificação com a loucura, a doença e a miséria no SUS. Rev latinoam psicopatol fundam [Internet]. 2007Jan;10(1):1–5. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1415-47142007001001

32. Gottmann J. A evolução do conceito de território. Bol. Camp. Geog. [Internet]. 2012;2(3):523-45. Disponível em: https://publicacoes.agb.org.br/boletim-campineiro/article/view/2458

33. Faria RM, Bortolozzi A. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do sistema único de saúde no brasil. Rev Ra'e Ga. 2016;38:291-320. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/raega.v17i0.11995.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

35. Koga D. Territórios de vivência em um país continental. Serv. Soc. e Saúde [Internet]. 23º de julho de 2015;14(1):9-26. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8638899

36. Souza e Souza LP, Souza AG. No mar brasileiro agitado pela COVID-19, não estamos todos no mesmo barco. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2020;12:1-10. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/999

37. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde em Debate [Internet]. 2019;43(spe5):58–70.

38. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TW de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad. Saúde Pública 2020; 36(9):e00040220. DOI: 10.1590/0102-311X00040220

39. Minayo MCS. trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 61-77.

40. Da Silva AL. Ensaios em Saúde Coletiva: Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. Saúde Coletiva [Internet]. 2005;2(7):71. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84220794001

41. Onocko Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2008 Sep 11;42:1090–6. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rsp/2008.v42n6/1090-1096/pt/

42. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.

43. Prefeitura Municipal de Campinas [Internet]. Campinas, SP: Centros de Saúde: Secretaria da Saúde. Portal da prefeitura; 2023. Disponível em: https://portal.campinas.sp.gov.br/secretaria/saude/pagina/centros-de-saude

44. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da

Covid-19. Obs Covid-19 - FIOCRUZ. 2020; 1-13. Disponível em : https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41404

45. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

46. They, Ng H. Uma breve linha do tempo – Coronavírus Litoral – UFRGS [Internet]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/coronaviruslitoral/uma-breve-linha-do-tempo/

47. Oliveira ES, Morais ACLN. COVID-19: uma pandemia que alerta à população. IAJMH [Internet]. 2020 Apr. 2;3:1-7. Disponível em: https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/80

48. Prefeitura de Campinas. Secretaria de Saúde. Departamento de Vigilância Sanitária. Comitê Municipal de Enfrentamento da Pandemia de infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19). Monitoramento das medidas de prevenção da COVID-19 nas Unidades Básicas de Saúde de Campinas [Internet]. Disponível em: http://surl.li/ofyxh

49. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. Trab educ saúde [Internet]. 2021Jan;19:e00321153. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321

50. Barbosa SDP, Silva AVFG. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19. APS em Revista [Internet]. 2020;2(1):17-9. Disponível em: https://apsemrevista.org/aps/article/view/62

51. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al.. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. Trab educ saúde [Internet]. 2021Jan;19:e00310142. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310

52. Lui L, Albert CE, Santos RM, Vieira LC. Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Trab Educ Saude 2021; 19:e-00319151.

53. Giovanella L, Martufi V, Ruiz DC, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, Medina MG. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. Saude Debate 2021; 45(130):748-762. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113014

54. Matta GC, Rego S, Souto, EP, Segata J, eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia

[online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9786557080320

55. Rosa-Cómitre ACD, Campos AR, Silva FG, Jandoso B, Rodrigues CRC, Campos GW de S. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2023;28(12):3553–62. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06342023

56. Laplanche J, Jean-Bertrand Pontalis, Tamen P. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

APÊNDICE

Diários de Campo

06/07/2021 - Apresentação da pesquisa em reunião geral no Centro de Saúde

Cheguei na unidade um pouco antes do horário marcado para a reunião, fiquei um tempo na recepção, que estava vazia, aguardando minha colega do grupo de pesquisa. Algumas funcionárias entraram e me cumprimentaram, mas não perguntaram o que eu estava fazendo lá e nem me convidaram para entrar, penso que pode ser porque eu estava vestindo um jaleco, talvez podem ter pensado que eu era alguma aluna da Medicina.

Resolvi perguntar para uma funcionária que passava onde eu poderia encontrar a gestora A., ela então me levou até a sala em que a gestora estava atendendo, ela então me viu na porta e pediu que eu aguardasse. Depois caminhei com ela até o local onde seria a reunião, uma sala “externa” com cadeiras enfileiradas em duas colunas. Antes que os demais funcionários entrassem para a reunião, consegui conversar rapidamente com ela a respeito de como tinha pensando em conduzir a pauta, e questionei quanto tempo tínhamos para o assunto. Ela me disse que havia pensado de 15 a 20 minutos para a pauta, inicialmente pensei que seria pouco tempo, mas depois, no andar da conversa, me dei conta de que eles não seriam tão participativos e que por isso a pauta não se delongaria.

Quando deu a hora de iniciar a reunião, a gestora chamou os funcionários e rapidamente a sala, que parecia antes ter um espaço amplo, se encheu e ficou pequena, já que muitos outros profissionais foram chegando “atrasados” e ficando de fora da sala, acompanhando a reunião pela pequena porta aberta na entrada. Todos se apresentaram, e logo entreguei algumas cópias do resumo feito para as equipes. Apresentei a proposta, alguns prestavam atenção, enquanto outros estavam mais distraídos, olhando o celular ou mesmo cochilando. Cerca de quatro ou cinco pessoas interagiram com a gente durante a exposição, fazendo perguntas ou comentando a

respeito da importância dessa pesquisa. Outros ainda se colocaram à disposição para contribuir.

Destaco aqui a participação da psicóloga da equipe, S. que eu já conhecia pelas reuniões do comitê gestor da pesquisa da professora Rosana. Ela comentou a respeito da reunião intersetorial, e nos convidou a participar, enfatizando que seria um bom espaço para conhecer as lideranças comunitárias da região. Ela foi a pessoa que mais interagiu durante a exposição. Combinei com a equipe de ir às quartas-feiras para observar e conhecer um pouco da rotina deles. Duas enfermeiras do período da manhã se colocaram à disposição caso eu quisesse acompanhar o turno matutino.

Combinamos com a gestora de acompanhar um pouco do andamento da reunião, e logo após nossa pauta, uma residente de educação física fez uma breve exposição sobre a importância da educação física no cotidiano da atenção primária e sobre o andamento de um grupo de dança em andamento com as adolescentes da região. Depois, a gestora passou para a pauta do novo modelo de financiamento do município, percebi que o engajamento dos trabalhadores foi maior nesse momento, mobilizando alguns durante a exposição da estatística a respeito da saúde da mulher e das doenças crônicas.

Pude perceber que o espaço do CS é maior do que aparenta por fora, vi também que tem uma horta perto do estacionamento. Estavam presentes também alguns alunos da medicina, mas eles não participaram da reunião, ou estavam do lado de fora e eu não notei.

14/07/2021 - Observação

Cheguei no CS e logo vi que a recepção estava cheia, creio que por medida de segurança sanitária os usuários ficam esperando do lado de fora, tem algumas cadeiras, mas só um pequeno espaço logo perto da porta que é coberto. Passei pelas pessoas que aguardavam e pela mesa de acolhimento e fui entrando, me sentindo um pouco invasiva, mas também sem saber ao certo o que fazer. Passei pela recepção e cumprimentei as duas funcionárias que estavam lá, disse brevemente que era da pesquisa da Unicamp e que estava indo nesse dia para começar as observações, tenho a impressão de que elas

estavam ocupadas demais para me dar atenção, então uma delas disse para eu ficar à vontade. Entrei no corredor lateral direito, onde ficam as salas de enfermagem, acolhimento e das ACS. Fui direto para a cozinha porque precisava fazer minha refeição, e lá me apresentei para uma auxiliar de enfermagem e para as auxiliares da limpeza.

Do lado de fora da cozinha tem uma mesa grande, em um pequeno abrigo no “quintal” do CS, a psicóloga estava almoçando e perguntei se poderia me sentar lá. Durante minha refeição troquei algumas palavras com duas funcionárias que estavam fazendo seu horário de almoço, mas de maneira breve. Tive o sentimento de estar sendo muito “intrusa”, logo no meu primeiro dia usando um espaço tão íntimo para os trabalhadores.

Depois de comer decidi ficar um tempo sentada na recepção, optei por não usar o jaleco, tive receio de que esse tipo de traje de alguma forma intimidasse os usuários, e queria de certa forma me “camuflar” na paisagem e observar da maneira mais fluida possível, como se eu fosse também uma usuária aguardando atendimento.

Fiquei do lado de dentro da recepção, logo ao lado da mesa onde a ACS R. estava fazendo a triagem inicial. Ela só permitia a entrada depois de passar por ela, e às vezes alguns poucos usuários esperavam do lado de dentro, onde eu também estava. Percebi que tinha uma senhora sentada do outro lado da sala que ficou um bom tempo lá. Não sei se aguardava consulta médica ou era acompanhante de alguém que estava passando pela consulta.

Durante o tempo em que fiquei lá na recepção percebi que as maiores demandas eram por vacina, farmácia e acolhimento. Vi poucos sintomáticos respiratórios, mas quando estes chegavam, eram orientados a se dirigir direto ao corredor lateral onde tinha uma recepção específica para quem estava apresentando algum sintoma de COVID. Percebi também que tinha muitas crianças, algumas mães chegavam com duas ou três crianças acompanhando, e a maioria aparentava uma faixa etária entre 5 e 10 anos.

Além disso, já pude notar a presença das “figurinhas carimbadas”, usuários bem conhecidos da equipe. Me chamou a atenção uma senhora negra que assim que chegou a ACS se dirigiu à ela da seguinte forma “Fala Dona L.”, em um tom amigável e habitual, logo me veio à cabeça um desejo de entrevistá-la. Aliás, diversas vezes durante essa primeira observação, elenquei

em minha cabeça quem seriam os meus possíveis entrevistados, e felizmente imaginei grande possibilidade de atuação com essas novas pessoas.

A distribuição física do CS me chamou a atenção, da recepção é possível ter acesso a dois grandes e largos corredores, um do lado direito e o outro do esquerdo. Esses corredores se encontram nos fundos, dando acesso à uma pequena e quase imperceptível porta que leva até à área mais reservada do CS, a cozinha, os banheiros de funcionários e os armários. O corredor do lado esquerdo é mais vazio, com as portas todas fechadas e poucos usuários sentados do lado de fora esperando. É onde ficam as salas de atendimento médico e também a sala do NASF. O corredor da lateral direita, como já mencionei, é onde percebi mais circulação, as portas estavam todas abertas, e no meio fica o acesso à ala de COVID. O espaço dos fundos, onde se encontram os dois corredores, tem bastante circulação de usuários, e uma das ACS me explicou que lá os usuários ficam aguardando atendimento odontológico e ginecológico.

O CS tem uma área externa ampla, tem uma horta bem cuidada e com bastante variedade de plantas, e o acesso à ela se dá por dentro do CS. Perto da horta tem uma sala ampla, que se liga ao prédio principal por uma passagem coberta, foi onde aconteceu a reunião geral, da semana passada. Lá ficam os alunos da medicina da Unicamp, e parece ser um local mais isolado, sem a circulação de usuários. Me sentei na mureta próxima à sala e de frente para a horta para tomar sol e escrever algumas impressões no diário.

De modo geral, tive a impressão de que as pessoas que foram mais simpáticas comigo foram as auxiliares de limpeza e as ACS, consegui conversar com as ACS sobre algumas dúvidas, inclusive mencionei a possibilidade de elas participarem enquanto entrevistadas, uma delas disse enfaticamente que não gostaria.

Outras duas me contaram que trabalham lá há 6 anos, e que algumas pessoas da equipe estão lá há 20 anos, desde o começo. Conversamos ainda sobre o CS ter sido referência para a população que hoje é adscrita em outros dois CS da região. Algumas pessoas provavelmente não sabiam quem eu era, e outras estavam ocupadas demais para perceber minha presença provavelmente. Conheci muita gente, mas infelizmente só guardei o nome da ACS que estava na recepção.

21/07/2021 – Observação

Neste dia a unidade estava mais vazia do que na semana passada, quando cheguei tive a sensação de ficar mais confortável, entrei e perguntei se poderia guardar minhas coisas em um dos armários, consegui achar um armário vazio e logo me preparei para começar a circular pelo espaço. Como na semana anterior senti mais abertura das Agentes Comunitárias, fui logo na sala delas e comecei a conversar, disso saiu uma “entrevista com informante chave”.

Fui em uma sala mais reservada com a ACS C., expliquei rapidamente os objetivos da pesquisa e deixei claro que aquela conversa não era a entrevista em profundidade e que não seria gravada, ela estava com receio quanto a isso por não ter compreendido que não usaríamos na íntegra a gravação das entrevistas. Expliquei quais eram os objetivos dessa primeira etapa e a convidei para ser uma das entrevistadas futuramente.

C. me explicou como estava funcionando o fluxo de atendimento do CS desde o COVID, contou também um pouco de como era antes, principalmente em relação à oferta de grupos. Disse que participava do grupo de Hiperdia, e que com a pandemia percebeu que os médicos começaram a renovar receitas sem que o usuário passasse por consulta, o grupo era como um monitoramento dos crônicos. Comentou também a respeito da falta de profissionais, já que três funcionários foram embora e não houve reposição, sente que o trabalho só aumentou durante o último ano e que os funcionários não têm suporte para toda a demanda. Me falou a respeito da sua área de abrangência, é da equipe azul, que é responsável por quatro microáreas, sendo que a sua é o R. F., área que, segundo ela, representa um trecho socioeconomicamente mais favorável. Inclusive houve uma campanha de cadastros dessa região durante a pandemia, já que muitos procuraram o CS por terem perdido o convênio médico. Apesar disso, não é uma população que acessa regularmente a unidade.

Depois disso continuei circulando pelo CS, e dessa vez achei melhor anotar os nomes que ia ouvindo pelo caminho, a fim de guardar e decorar com mais facilidade. Conversei com a ACS E., que estava na recepção, ela trabalha lá há 20 anos, é da equipe amarela. E. é mais tímida que C., e só falava

quando perguntava algo diretamente a ela. Conversei também com a ACS S., trabalha lá há 6 anos e é da equipe Laranja, também estava na recepção e foi bem solicita comigo. Questionei se era função das ACS ficarem na recepção, elas brincaram dizendo que faziam de tudo.

Depois chegou L. na recepção, ela é recepcionista, trabalha no CS há 23 anos e conta que começou lá como funcionária da limpeza, que mora lá no bairro há muito tempo e que viu a região crescer. Me relatou ainda sobre o antigo prédio do CS, e descobri que essa instalação atual não é a original. Brinquei com L. dizendo que ela seria uma ótima entrevistada, já que conhece tanto da história do local, ela apenas me olhou concordando.

28/07/2021 – Observação

Essa semana fui de manhã no CS, a vacinação começou a ser realizada todos os dias a partir dessa semana no período da tarde, o que poderia comprometer meu contato com os profissionais. Cheguei e senti um tom mais amistoso da equipe, que pode estar se acostumando com a minha presença. Mesmo assim ainda precisei me apresentar para muitas pessoas, o que acredito que vai acontecer durante um bom tempo ainda.

Deixei minhas coisas no armário e fui andar pelos corredores procurando alguma porta aberta e uma oportunidade de conversar com alguém. No corredor silencioso dos consultórios percebi que a porta da sala da psicóloga estava aberta, diferentemente das duas últimas visitas.

Me aproximei e comecei a conversar com a S., ela então me pediu para entrar e me sentar, conversamos a respeito da reunião da intersetorial, e ela em disse que apesar de já terem fechado as pautas, mandaria uma mensagem no grupo pedindo um tempo de informe para que eu pudesse apresentar a pesquisa nesse espaço. A reunião será dia 18 de agosto às 13h30, e eu terei cerca de 10 minutos para falar sobre a pesquisa. Agradeci e fiz o convite para que ela fosse uma das entrevistadas, ela logo topou, e então marcamos um horário no dia 18 às 9 horas da manhã.

Fiquei na recepção por um bom tempo, sentei-me ao lado de D., ACS que conversei no primeiro dia e que foi muito solícita desde o primeiro contato, ela é responsável pelo bairro V. E., que por ser um pouco maior é dividido entre

duas equipes, sendo E. da equipe amarela, também responsável por esse bairro. A unidade estava bem mais tranquila do que nas duas últimas semanas, e senti que isso favoreceu a conversa com alguns funcionários. Na porta fui obtendo algumas informações a respeito do funcionamento, e perguntada sobre a recepção, D. me disse que achava um desperdício de funcionário ter uma triagem na porta sendo que isso a recepção poderia fazer.

Está sendo assim desde o começo da pandemia, para evitar que os usuários fiquem dentro da unidade, com essa triagem eles ficam esperando do lado de fora, mas segundo a ACS isso caracteriza um trabalho duplicado. Comentamos também a respeito de precisar ter mais dois funcionários na triagem do COVID, o que contabiliza um total de seis profissionais só regulando a entrada dos usuários. Algumas pessoas chegaram procurando por vacina, outros já tinham alguma consulta agendada. Durante esse período de observação da recepção consegui combinar com Daiana um horário para entrevistá-la, também no dia 18, às 10h30.

S. também ficou um tempo na recepção, e foi um momento importante onde pude pegar algumas informações sobre o território em meio à outras conversas triviais e comentários sobre o jogo de vôlei das olimpíadas.

Era um horário reservado para a reunião de equipe da azul, mas as funcionárias me informaram que não tem tido reunião por conta da alocação dos profissionais em funções, tirando a disponibilidade que seria para a reunião. S. é responsável pela área do B. P., região vulnerável e um pouco mais distante das dependências do CS.

Questionei se elas ficaram sabendo das mudanças na campanha de vacinação com antecedência, e elas disseram que não, afirmaram ainda que todas as decisões chegam em cima da hora e que não existe negociação com os funcionários. Comentaram que têm se revezado já que quando ficam na escala da vacinação precisam fazer hora extra.

Fui até a sala grande que fica ao lado do prédio principal, queria saber se poderia ser um bom local para aplicar as entrevistas, e conversei brevemente com a farmacêutica do NASF que estava organizando a sala. Ela me contou um pouco a respeito da configuração da equipe NASF da região, as duas psicólogas e ela, farmacêutica que já eram da Unidade, foram alocadas

para essa função, e teve a contratação externa de uma Terapêuta Ocupacional.

Vi a enfermeira A. na sala da enfermagem e perguntei se podia conversar com ela rapidamente, fiz o convite para ela ser uma das entrevistadas e ela aceitou, agendamos a entrevista para o mesmo dia das outras duas, às 11h30 da manhã.

04/08/2021 - Observação

Neste dia, assim que cheguei, fui andar pelo Centro de Saúde para ver o movimento, vi que a gestora estava na sala da enfermagem, e logo pedi para conversar com ela para atualizá-la sobre o andamento das minhas observações e contato com a equipe. Contei sobre como tenho me aproximado, sobre ter passado bastante tempo observando a triagem, e sobre já ter agendado a entrevista com alguns profissionais.

Depois disso pedi então que ela me contasse um pouco sobre a gestão, desde quando estava lá, como estava sendo esse período de pandemia entre outras coisas. Pode ter sido o modo como deixei aberta a questão, mas o que era para ser uma entrevista com informante chave foi logo tomando forma de entrevista em profundidade, já que A. começou a contar sobre aspectos bem subjetivos em relação ao trabalho como gestora na pandemia. Me disse que está na gestão desse CS desde agosto de 2019, então depois de poucos meses já começou a pandemia.

Divide o relato em ano 1 e ano 2, colocando as mudanças que observou na equipe enquanto foco de seu relato. Diz que no primeiro ano todos estavam com muito medo, inclusive tiveram vários funcionários afastados por questões de saúde mental. Já no segundo ano, segundo o relato da gestora, a equipe pareceu muito mais cansada, e mesmo com o agravo da doença, não era mais o medo que prevalecia. Ressalta que muitos se sentem sobrecarregados e que por vezes comparam sua jornada de trabalho com a de algum outro colega, numa postura de denunciar que está trabalhando mais. Isso gera alguns conflitos, que A. aponta sendo de sua responsabilidade manejar. Comenta também a respeito do manejo dos conflitos entre a população e a equipe, colocando esta como uma função de gestão.

Logo depois de nossa conversa, que foi interrompida quase que o tempo todo por alguém entrando na sala ou falando com ela, A. me convida para observar a vacinação da COVID-19. Foi comigo até a recepção e me explicou rapidamente o procedimento, me mostrando a lista do dia, com mais ou menos duzentos nomes. Depois disso fui acompanhando o procedimento de forma mais autônoma até o final da tarde, às vezes com dúvida se deveria tomar a iniciativa de ajudar a equipe. Depois de refletir sobre o assunto um pouco, decido não oferecer ajuda e ficar apenas observando, mesmo com a sensação de estar atrapalhando ou de passar uma imagem de “fiscal”.

Rodei por todas as etapas da vacina, triagem na porta, onde era conferido RG e comprovante de residência, triagem na recepção onde estavam agendando o dia da segunda dose, e fila no corredor interno para aplicação da vacina, que estava sendo feita em três salas.

A vacina do dia era Coronavac, e fiquei um tempo na recepção observando se alguém questionaria ou negaria tomar essa vacina. Todos tomaram sem problemas. Além disso achei interessante a organização, concentração e silêncio que se instaurou no CS no momento de iniciar a vacinação, na triagem um esquema controlado de fila contou até com a participação ativa do vigia. Algumas pessoas chegaram sem comprovante de endereço, e a ACS R. logo barrou, dando alguma proposta de solução para o usuário, como por exemplo pedir que algum familiar que estivesse em casa mandasse uma foto de um comprovante por whatsapp.

Na fila de espera para a aplicação conversei com o ACS J., da equipe azul. Apesar da aparência tímida e voz baixa, conversou bastante comigo, contando sua visão sobre esse período de pandemia. Diz que apesar do andamento da vacinação, achava que a população deveria se conscientizar para continuar os cuidados, ainda mais diante da nova variante da doença. Além disso, contou um pouco sobre a campanha de vacinação da gripe, apontando que a população aderiu pouco e que os serviços de saúde não conseguiram bater a meta de vacinação.

Me chamou a atenção um senhor que ficou um tempo ali no corredor, conversou um tempo com José e depois se sentou no banco de concreto perto da recepção. Eu estava lá perto, e então ele me chamou para dizer que estava sentindo tontura, e pedindo para ter a pressão aferida. Fui falar com J., que

estava bem concentrado na fila da vacinação e me disse que esse senhor, tinha ido lá para buscar uma segunda via para a segunda dose da vacina. Falei então com uma moça que parecia ser uma residente da Unicamp, pelo crachá, e ela se encarregou de repassar o pedido para uma enfermeira, que chamou ele para a sala de procedimento. O que me deixou curiosa ao observar essa cena foi que o senhor estava ali, em meio a toda aquela ordem e organização processual, quebrando de um jeito quase silencioso a tarde de demandas homogeneizadas por vacinação de COVID.

11/08/2021 - Observação

Cheguei no CS e percebi que a recepção estava cheia, então resolvi ficar observando um pouco a triagem junto de uma funcionária da equipe amarela, que não sei dizer se era uma ACS ou Enfermeira, mesmo com o longo tempo que passamos conversando. Ela me perguntou qual era o objetivo da pesquisa e logo se interessou em conversar comigo sobre o tema, entre um usuário e outro ela ia me contando sobre o trabalho. Falou diversas vezes o quanto era desmotivador trabalhar na situação que estavam desde o começo da pandemia.

Relata sobre o cansaço, a impossibilidade de tirar férias e sobre as decisões tomadas pela prefeitura sem ao menos consultá-los. Sua opinião é a de que a população não deveria precisar se cadastrar online para tomar a vacina, dá o exemplo da população idosa, que não tem familiaridade com tecnologia e muitas vezes pode ficar sem acesso à vacinação se não tiver algum parente para ajudar. Além disso, menciona também a população de baixa renda que por vezes não conta com serviço de internet em casa. Ela diz que seria mais acessível ter um dia aberto e de demanda livre para a vacinação, de preferência aos sábados, para que não precisasse tomar a agenda da equipe com a vacinação durante a semana.

Durante essa conversa na triagem, fui pegando algumas informações sobre o território, essa funcionária diz que é uma região boa, e que só não é mais valorizada por estar longe do centro da cidade. Comenta sobre ser uma região perto das rodovias, de fácil acesso a hospitais e comércios. Quando

pergunto sobre sua área de abrangência, ela me informa que é um bairro com bastante criança.

Enquanto eu estava na recepção, a farmacêutica do NASF, me chamou para a atividade da farmácia viva que estava começando. Ela havia convidado alguns moradores do território que são agricultores agroecológicos para ajudar na revitalização da horta. Diz que encontrou eles através de um mapeamento realizado em um projeto relacionado à alimentação saudável em parceria com a Assistência Social. Foi uma surpresa para mim essa atividade, algo bem diferente da rotina até então experienciada.

Por um momento foi como sair da atmosfera do adoecimento para pensar promoção de saúde. Os participantes contribuíram com muito conhecimento sobre as plantas, métodos de cultivo e cuidado com a terra, e pareciam estar felizes em ajudar. Enquanto ia me mostrando as plantas, um dos agricultores foi apontando quais ele tinha em sua casa, e para que elas serviam, o outro homem replantou a cebolinha com muita calma e paciência, e me mostrou todo o processo, explicando tudo o que estava fazendo.

Tinha uma mulher entre eles, a senhora I., moradora do território há 23 anos, natural da Bahia. Atualmente mora apenas com uma filha, que logo vai se casar e ir morar em Hortolândia. Quando questiono se ela pretende ficar no bairro, ela diz que não quer ir embora, que gosta da sua casa. Fala ainda que ouve muitas pessoas dizendo que é um bairro ruim, mas afirma que quem faz a vizinhança são os próprios moradores.

F. levou café da manhã para o encontro da farmácia viva, chamou os participantes para tomar um café e comer pão enquanto mostrava algumas fotos de 2007 de um terreno perto do rio, onde a equipe de saúde ajudou na limpeza da área. Estavam lá também as residentes da Unicamp, que ajudavam a pintar alguns pallets que mais tarde serão usados como suporte de uma horta vertical. A ideia é que essa horta tenha pequenos vasos com mudas para a população levar para casa.

Conversei bastante com a farmacêutica, que em dado momento me perguntou se eu sabia que aquele centro de saúde foi cobaia de tratamento precoce, a partir da minha expressão de surpresa ela me explicou o ocorrido. Segundo ela, existe uma parcela de trabalhadores que foram a favor do kit covid, que receitaram ivermectina para os usuários e que não se vacinaram

quando a opção de vacina era a Coronavac. Ela disse que me passaria alguns nomes para que eu entrevistasse, pensando em abarcar uma representatividade dos diferentes pensamentos e posicionamentos da equipe.

18/08/2021 - Entrevistas

Neste dia fui para a unidade com a intenção de realizar três entrevistas em profundidade que já estavam marcadas com as profissionais, me preparei relendo os materiais, imprimi os TCLE e testei o gravador. Cheguei um pouco antes do primeiro horário que seria a entrevista da psicóloga, que desde a apresentação da pesquisa na reunião geral se mostrou disponível para contribuir.

Fiquei esperando na porta de sua sala e assim que deu o horário ela me chamou para entrar. Inicialmente eu havia pensado em fazer as entrevistas na sala de reuniões externa, fui verificar se o espaço estava livre e organizado, mas quando ela me convidou para a sua sala pensei que poderia ser mais confortável. Iniciei explicando brevemente os objetivos, ela me pediu a folha de resumo para consultar novamente. Depois de explicar que essa seria uma primeira etapa da entrevista, e que, havendo necessidade marcaríamos outra e mais ainda outro encontro para validar as entrevistas, expliquei também como seria conduzida a entrevista. Digo para que ela fale livremente e eu iria pontuando algumas questões.

Começo a entrevista com a pergunta “Para você, profissional do SUS nesse serviço, como é e como está sendo trabalhar nessa pandemia?” Ela começa seu relato de forma cronológica, fala sobre a UNICAMP ser a primeira instituição a alertar e parar suas atividades, sobre o fechamento dos atendimentos, da adaptação das reuniões intersetoriais para o formato online. Comenta bastante sobre as ações feitas nesse espaço da intersetorial, como campanha para arrecadar alimentos, vídeos e outros materiais informativos sobre os protocolos de biossegurança, as pautas a respeito do atendimento às situações de violência.

Percebo que ela vai se colocando enquanto agente de importantes estratégias adotadas nesse período. Fala também sobre a divergência de condutas entre os profissionais e como a população adota uma postura de

cobrança nesses casos, diz que dá razão aos usuários. Além disso, fala a respeito da falta de apoio e organização da prefeitura, sendo que o apoio distrital chegou a sugerir que os profissionais da saúde mental na AB prestassem suporte psicológico para os seus próprios colegas de trabalho, algo que ela se coloca inteiramente contra desde o início.

Pontua que mesmo agora que todos já têm mais conhecimento sobre a doença, formas de contágio, protocolos adequados, ainda existe uma grande desorganização no processo de trabalho. Além disso, fala que o medo inicial passou, apesar de ainda ter receio com a nova variante, e sobre qual o melhor jeito de se proteger. Coloca questões pessoais, diz sobre algumas mudanças em sua vida pessoal, com mudanças de rotina que impactaram também no trabalho.

Outro ponto importante que S. traz em sua entrevista é sobre a mudança para o modelo NASF, que apesar de ela ser a favor do modelo, não concorda com o modo como está acontecendo a transição, em meio à pandemia e de modo desorganizado. Desse jeito não tem conseguido construir em conjunto com os demais profissionais. A impossibilidade de realizar grupos ou a dificuldade de bater agenda com os outros colegas tem trazidos desafios para os atendimentos compartilhados. Desse modo, diz que por conta dessas dificuldades tem atendido os casos sozinha, o que consegui verificar mesmo durante a entrevista, onde fomos interrompidas duas vezes por colegas pedindo que ela atendesse casos.

S. traz em seu relato que acredita no trabalho multiprofissional, compartilhado entre os profissionais, intersetorial e menos ambulatorial, mas que a diminuição de profissionais e o aumento da área de abrangência (NASF é responsável por dois CS) tem dificultado esse trabalho. Ao mesmo tempo que acredita no trabalho compartilhado com a saúde da família, a própria ESF não tem conseguido fazer o seu trabalho. Essa dinâmica acarreta mudanças de agenda e combinados a cada semana.

Comenta que a população tem estado mais agressiva no contato com o CS, não entendem quais são as ofertas, e a própria equipe não consegue se organizar. Sente falta de conselhos fortes e de trocas da equipe com os usuários. Está se organizando para voltar com o grupo de adolescentes com a ajuda das residentes da UNICAMP. Os adolescentes têm vindo ao CS com

queixas relacionadas à ansiedade, desânimo em voltar às atividades, e métodos contraceptivos. Em relação à vacinação, diz que o acesso da população é dificultado por conta da necessidade de fazer o cadastro online, que acaba rápido, usa exemplos de trabalhadores que não podem parar sua jornada de trabalho para fazer o cadastro no site da prefeitura assim que abre a agenda, e também de pessoas com dificuldade de acesso à internet em casa.

Fala a respeito da população numerosa de haitianos no território que não está chegando até o CS para se vacinar, e que tem percebido que eles recebem muitas pessoas de outros territórios e a própria população adscrita tem ficado sem cobertura. S. acredita que existe uma certa quebra de comunicação, confiança e vínculo com a população.

A entrevista com a ACS D. se deu com uma dinâmica bem diferente da entrevista com a profissional anterior, aqui percebi que precisei direcionar mais, perguntar e pontuar mais vezes porque ela não desenvolvia tanto as questões. Começa dizendo que agora está mais fácil lidar, o susto foi mais inicial já que não sabiam como seria feito o trabalho, além de existir um desconhecimento sobre a doença. O processo de trabalho foi mudando com o tempo, cada hora tinha uma informação, entretanto aponta que o CS nunca ficou fechado apenas para o atendimento COVID, alguns acolhimentos e agendas continuaram.

Como ACS, não tinha muita certeza de como funcionaria o trabalho, já que antes a atuação era pautada no trabalho no território. Se sente mais tranquila depois da vacinação e percebe que o trabalho está voltando com algumas atividades que eram realizadas antes da pandemia, mas o que tem demandado muito tempo agora é a campanha da vacinação. Coloca muito significado no trabalho próximo à população, e comenta sobre a agressividade dos usuários quando se deparam com a negativa do atendimento. Segundo ela, a prioridade do serviço é o atendimento ao usuário, e que com a organização e escala tem ficado difícil garantir o acesso. Vê grande importância no acolhimento adequado, e pensa que ao menos precisa ouvir atentamente a demanda, observando que não tem formação para dispensar o usuário na porta, já que essa avaliação é do profissional de nível técnico.

Em relação ao processo de trabalho, diz que sente que a triagem e o fato de ter precisado cobrir a recepção por alguns meses acabou sobrecarregando o trabalho. Em relação ao apoio distrital, vê que a equipe não

tem o suporte necessário, vendo mais cobranças e decisões sem a consulta da equipe do que proatividade para entender o que a equipe tem enfrentado no cotidiano de trabalho.

Em relação à visão da população sobre o SUS, fala que no começo os usuários viram a importância e colaboraram com o novo funcionamento, compreendendo as modificações que estavam sendo implementadas. Agora vê que como a população voltou às suas atividades, não entendem o porquê o CS não está funcionando normalmente, se deparando sempre com as negativas quando pedem atendimento, principalmente médico, gerando uma insatisfação da população com o atendimento.

Antes de prosseguir para a última entrevista, percebi que não estava encontrando a próxima profissional a ser entrevistada, pergunto por ela e a gestora me informa que ela está na reunião de equipe, e me convida a participar. Entro na sala para participar da reunião, que já estava em andamento, e encontro as duas profissionais entrevistadas anteriormente na sala. Me chamou a atenção o fato de ter escolhido três profissionais da mesma equipe para começar as entrevistas.

Quando ao fim da reunião me dirijo à enfermeira A., que seria a próxima entrevistada, minha intenção era de remarcar a entrevista, já que estávamos entrando no horário de almoço. Ela insiste para que a gente faça a entrevista neste dia mesmo, e depois de questionar se realmente não seria um problema tomar parte de seu horário de descanso, demos então início.

Começo com a mesma pergunta feita para as outras duas profissionais, e logo de início A. fala que a pergunta é profunda. Começa seu relato falando sobre o começo da pandemia, da sensação de não saber como seria, já que não se tinha conhecimento sobre a dimensão e impacto da pandemia no país. Coloca que o atendimento à população ficou prejudicado por conta do atendimento dos sintomáticos respiratórios e sobre o medo que sentia, inclusive pensando em sua família. Fala que de certa forma houve uma adaptação, por mais grave que a situação tenha se colocado, o contato diário cria certa adaptação dos profissionais. Traz a questão do cansaço e do excesso de trabalho que veio com o afastamento dos profissionais com comorbidade.

Traz sentimentos ambíguos em relação à campanha de vacinação, já que ao mesmo tempo que ela pode trazer certa abertura dos atendimentos, também cria novos postos de trabalho. Diz que é uma campanha de vacinação muito grande, diferente de todas as que já viu enquanto profissional, apontando que não é possível ignorar o fato de que esse processo demanda muito da equipe.

Além disso, relata que os usuários se queixam de que agora o CS só tem vacinação e não tem atendido à população. Quando questiono o que ela pensa sobre isso, me diz que concorda com os usuários, e diz sobre a sensação de impotência e sobrecarga sentida pelos profissionais, além do medo que sentem de sofrer agressões por parte da população, relatando que alguns colegas já sofreram ameaças.

Fala sobre o modo como as decisões têm sido tomadas, de forma unilateral e que não leva em consideração as questões da equipe. Sente que são mão de obra, mas que não têm suas necessidades atendidas. Fala sobre a insatisfação dos profissionais, a impossibilidade de tirar férias e outros processos que colocam na equipe certa mecanização do trabalho. Fala que acredita muito no SUS e nas políticas públicas, mas reconhece que é normal e válido sentir essa sensação de indisposição e indiferença no trabalho, que por vezes sente que está enxugando gelo. Por outro lado, vê que a pandemia tem evidenciado a importância da atenção básica, que tem se colocado como um pilar para a atenção secundária e terciária.

Sobre os conflitos dentro da equipe, diz que no começo gerou um mal-estar o afastamento dos profissionais que são parte do grupo de risco, mas que depois que houve o retorno desses profissionais, houve uma melhora. E da população com a unidade, coloca que há bastante conflito, por conta da falta de acesso ao cuidado. Coloca que o CS é a cara da política pública, e que entende o porquê a agressividade da população diante da falta de acesso bate diretamente neles. Comenta sobre uma situação de ameaça de morte por parte de um usuário a uma pessoa da equipe, mas no geral as agressões são verbais e não há agressão física.

Fala sobre o papel da AB durante a pandemia, coloca que a própria AB não pode deixar o seu papel morrer, de contato próximo à população, sendo uma forma de acesso rápido ao cuidado. Diz que ouve de muitos colegas que a

AB não consegue fazer o seu papel, e que não concorda com isso, já que o papel vai mudando com o tempo, não sendo o mesmo de 20 anos atrás. Diz que alguns colegas acreditam que o CS deveria funcionar mais como um ambulatório, mas que para ela, as emergências, questões agudas e a necessidade de respostas rápidas também são parte do papel da AB. Para ela, a maior questão não é o papel que desempenha, mas a falta de investimento.

25/08/2021 - Observação (9h - 12h30)

Neste dia fui para o CS com a intenção de me aproximar dos usuários, a ideia era participar do grupo da horta para conhecer melhor os usuários que frequentam e talvez convidá-los para participar da pesquisa. Como nenhum usuário estava presente, vou até a ala do COVID depois que a farmacêutica me alerta para o aumento do número de casos.

Paro na porta e me dirijo às duas profissionais, pergunto se o número de casos tem aumentado. Penso ser uma boa oportunidade de conversar com as funcionárias que estavam nessa triagem, e entender quais eram as queixas dos sintomáticos respiratórios nesse momento diferente da pandemia, onde grande parte da população já está vacinada.

Conheci a médica S., que logo se prontificou a responder às minhas questões a respeito dos sintomas de que a população estava se queixando e sobre o fluxo de atendimento nesse momento. S. falou bastante, contou que trabalha no CS há 20 anos, que tem chegado muitos sintomáticos no CS, mas a maioria dos testes estava dando negativo. Fala que no começo da pandemia a população apresentava mais sintomas de tosse, e agora é mais coriza, dor de cabeça e de garganta. Ela diz ainda que a população não se cuida, não usa máscara e que agora percebe mais a presença de crianças com sintomas do que no início da pandemia.

Depois de um tempo de conversa, digo para S. sobre a pesquisa, e de início ela confunde o tema e questiona se eu faço parte da pesquisa sobre a terceira dose de Coronavac, que também está sendo feita no CS. Depois que eu explico o tema e objetivos, ela começa a falar de aspectos pessoais, já que até então estava me dando mais informações sobre a população, as queixas e condutas na ala da COVID. Conta que faz parte do grupo de risco, que não aguenta mais trabalhar toda paramentada, fala sobre a desvalorização dos

profissionais de saúde, e critica a postura do governo em relação à gerência da pandemia. S. aponta que gostaria de aumento de salário, e não palmas e homenagem, diz estar indignada com o aumento de salário dos profissionais da justiça, enquanto os trabalhadores da saúde estão cada vez mais precarizados.

Ela me conta também que é formada há 30 anos, e que já precisou se afastar várias vezes por síndrome respiratória (antes do COVID), melhorou quando começou a se vacinar contra a gripe anualmente. Diz já ter vivido outras pandemias, mas que para ela essa é a pior, devido às suas questões respiratórias. No geral, aponta que a população teve grande adesão à vacinação contra a COVID, colocando isso como um ponto positivo.

Durante essa conversa eu pouco falei, pontuava ou concordava com alguns pontos, mas ela se sentiu muito à vontade para falar livremente. Diz que em 20 anos de saúde da família, nunca viu a atenção básica funcionar como deveria, e os profissionais, principalmente os médicos, acabam trabalhando em uma lógica ambulatorial. Pessoalmente ela se queixa de não conseguir trabalhar com calma com os crônicos, se sente frustrada por não conseguir ajudar a população a mudar seus hábitos de saúde. Fala que a população não se cuida e que os profissionais de saúde são a categoria que menos cuida da própria saúde.

Durante toda essa conversa, que mais pareceu um grande desabafo da médica, percebi muito cansaço, frustração e desesperança, além disso, percebo que ideologicamente ela tem claro qual é o papel da saúde da família, é contra o atual governo e mesmo criticando esse trabalho ambulatorial, a partir da emergência, não sei identificar o quanto ela compartilha isso com a sua equipe.

Depois desse tempo no “covidário”, fui andar pelo CS para ver se conseguia conversar com mais alguém, como estava próximo ao horário de almoço não consegui encontrar muitos profissionais nas salas. E então deixei um resumo da pesquisa com S. e fui embora.

01/09/2021 - 2ª entrevista (S.) e Observação (8h30 às 12h30)

Neste dia tinha uma segunda entrevista agendada com a psicóloga S., então cheguei um pouco antes do horário marcado e fiquei sentada no corredor

esperando que ela abrisse a porta. Houve um pequeno atraso da parte dela, mas percebi que ela estava fazendo atendimentos e aguardei que me chamasse. Quando me chama para a sua sala, inicio a conversa explicando como seria essa segunda entrevista, e perguntando se teve alguma questão da última entrevista que ficou em sua cabeça durante esse tempo. Ela diz que não, e então eu digo que tinham alguns pontos a partir de seu relato que seria interessante aprofundarmos.

Após ouvir novamente a primeira entrevista antes de sair de casa, dois pontos saltaram aos ouvidos, o primeiro é relacionado ao funcionamento do processo de trabalho, S. falou sobre uma certa desorganização, e que os usuários não entendem quais são as ofertas. Essa situação de “organiza-desorganiza” causa, segundo ela, sofrimento na equipe e na população. Diante disso, penso em abordar com a profissional quais têm sido as estratégias e propostas da equipe diante dessa situação.

Além disso, me interessei por saber se a equipe tem conseguido discutir em reuniões essas questões e sobre como a gestão aborda o processo de trabalho com a equipe. De certa forma, todos esses eixos foram abordados durante a entrevista (descrição na pasta de entrevistas).

S. novamente apresenta uma fala mais livre, desenvolve os pontos e dá exemplos das questões que traz, minhas intervenções se dão de modo mais sutil e menos direcionado, mas percebo que fiz mais perguntas do que na primeira, em que ela fala a partir de um discurso mais livre. Nas vias de terminar a entrevista, continuamos trocando algumas ideias, busco finalizar amarrando alguns pontos e indicando que parece haver uma movimentação interessante da equipe na direção de dar respostas criativas para as problemáticas, mesmo com tamanhas dificuldades.

Além disso, S. parece apresentar um certo olhar de esperança para a criação de um novo jeito de trabalhar na atenção básica, não colocando as dificuldades como algo que paralisa, fala ainda sobre a importância desses momentos de reflexão, para que não se caia em um modo de trabalhar automático. Após a entrevista ela me convida para participar da reunião da equipe Laranja.

Antes de entrar na reunião vou até o quintal ver se está acontecendo o grupo da horta, e mais uma vez não encontro nenhum usuário. F. (farmacêutica

do NASF) diz que apenas um deles tinha comparecido mais cedo, mas que foi embora logo. A senhora (Dona I.) estava doente, com sintomas gripais. Me dirijo então até a sala da ginecologia, onde ocorrem as reuniões de equipe, e espero as demais profissionais. Aproveito esse momento para perguntar para a S. os nomes dos profissionais que adotaram uma postura anti-vacina, ela me diz então sobre a enfermeira R., que, segundo ela, mesmo sem ter tomado a vacina, continua trabalhando na aplicação das vacinas contra a COVID-19 na população.

Durante a reunião de equipe fui percebendo várias características do modo de trabalho, e especificamente durante uma discussão de caso as profissionais comentaram a respeito das queixas dos usuários sobre a recusa de atendimento. Apontam que existe um grupo de moradores do bairro no *Facebook* onde eles fazem muitas críticas ao funcionamento do CS.

Entretanto, as profissionais chegam à conclusão de que não vale a pena questionar esses comentários nas redes sociais por não se tratar de um meio de comunicação legítimo e por não ser um espaço deliberativo reconhecido. Mesmo assim, S. questiona o resto da equipe sobre o que foi feito nesse caso em específico de que discutiam, demonstrando preocupação em repensar o que parecia estar instituído em relação às queixas da população.

Percebo que as demais pessoas da equipe vão chegando para a reunião em momentos diferentes, inclusive não respeitando a pauta que estava sendo discutida no momento de sua chegada. Em alguns momentos tiveram muitas conversas paralelas e discussões de casos atravessadas. A médica S., com quem passei bastante tempo conversando na semana passada, também é parte dessa equipe, e chega quase no fim da reunião alegando que não sabia que teria reunião neste dia. Fica em pé na porta e começa a se queixar da rotina ambulatorial, brinca dizendo que tem inveja da psicóloga, por ela conseguir fazer um trabalho de saúde da família, enquanto ela tem que lidar mais com as emergências.

Houve um momento em que todas as profissionais presentes entram no assunto da sobrecarga de trabalho, e dizem não serem máquinas, e que não deveriam aceitar de bom grado tudo o que vem de demanda de trabalho. Acredito que elas estavam se referindo às demandas que chegam da gestão e da prefeitura.

Vejo ainda que o principal meio de comunicação da equipe é através do *WhatsApp*, inclusive comunicam quando terá reunião de equipe por lá, muitas vezes sem muita antecedência. Além disso, em um momento da reunião comentam a respeito da bagunça física de uma das salas, que após a COVID passou a ser uma sala de grande circulação de todos os profissionais, o que segundo elas torna difícil manter a organização do local. Elas comentavam a respeito dos exames, e que por vezes, por conta da desorganização, não sabiam se o exame já tinha sido avaliado pelo médico. Contaram sobre uma situação de ter chamado o mesmo usuário duas vezes para retorno com o médico a partir de um mesmo exame, que não tinha sido armazenado no local correto, resultando em duplicação do trabalho.

Como já estava na hora do almoço, estava me organizando para ir embora. Fiquei um tempo parada no corredor enquanto esperava meu transporte. Durante esse momento fiquei em dúvida se entrava em uma sala para perguntar o nome das profissionais que estavam lá. Resolvi entrar, e curiosamente uma delas era a enfermeira R., profissional que a S. me indicou mais cedo.

Como eu pensava que ela era outra pessoa, não tinha intenção de abordá-la neste dia por imaginar que ela estaria almoçando, mas nos poucos minutos que tinha até ir embora, consegui deixar com ela um resumo da pesquisa, ela foi muito solícita e disse se lembrar da apresentação da pesquisa na reunião geral. Minha surpresa em perceber que ela era a profissional que havia adotado uma postura anti-vacina veio principalmente pelo fato de ter sido uma das pessoas que se dispôs a ajudar e participar da pesquisa durante a apresentação realizada na reunião geral. Indiquei então se poderíamos conversar com mais calma na semana seguinte, ela concorda.

08/09/2021 - Observação/ 2ª Entrevista (D. e A.) (9h às 16h)

Neste dia fui até o CS com a intenção de realizar a segunda entrevista com a ACS D. e a enfermeira A.. Cheguei e logo procurei a D. para começarmos, e nos sentamos no mesmo lugar da outra vez, debaixo de uma árvore próximo à cozinha. Conversamos um pouco antes de iniciar de fato a entrevista, e aproveito para explicar como seria, qual a intenção dessa segunda

entrevista e para lembrá-la da próxima etapa que seria a validação da narrativa.

Inicio com uma pergunta sobre como lidavam com a questão da insatisfação da população diante da negativa de atendimento, algo que ela comentou em sua primeira entrevista. Ela desenvolveu pouco, assim como da primeira vez (ver descrição na pasta de repositório das entrevistas), mesmo assim, sinto que foi possível aprofundar um pouco mais a questão. Fui fazendo outras perguntas ao longo, baseadas nos conteúdos que ela estava trazendo e pensando nos pontos que precisariam de um aprofundamento.

No geral a entrevista começou bem, entretanto, foi difícil no desenrolar porque em dado momento uma outra funcionária começou a varrer umas folhas caídas no chão usando um rodo, o ruído atrapalhou minha concentração pois fiquei preocupada de que o gravador não estivesse conseguindo captar a voz de D., já que ela fala em tom baixo. Sinto que devia ter feito algo a respeito, ter pedido licença à entrevistada e solicitado à essa terceira pessoa que adiasse essa tarefa, mas esperei até que ela nos visse (estávamos sentadas em um ponto que, de onde ela começou a varrer, não conseguia nos ver sentadas).

O momento de maior desconcentração para mim foi quando ela nos viu e continuou a varrer, aumentando o barulho à medida em que chegava mais perto de onde a entrevista estava ocorrendo, nesse momento me senti desrespeitada e sem reação. De alguma forma esperei que D. falasse algo, já que era sua colega de trabalho e pensei que talvez ela tivesse alguma intimidade para pedir que a colega parasse o que estava fazendo.

Fiquei com receio de soar desrespeitosa, então continuei com a entrevista e em algum momento apenas pedi uma pausa para a entrevistada quando o barulho estava literalmente do nosso lado. Penso que fazer as entrevistas em local aberto pode ser uma situação que nos deixe muito mais suscetíveis a interferências, refleti sobre a necessidade de pensar melhor nesse “setting” e cuidar dele, me responsabilizar mais por isso e intervir quando perceber que tem alguma interferência vinda de algum outro membro da equipe.

Terminada a entrevista de D., fui verificar se o grupo da horta estava ocorrendo, e vi apenas um usuário, que sempre frequenta o grupo, aguando as plantas. Nesse momento senti um pouco de ansiedade ao pensar que isso

poderia atrasar os planos em relação à coleta das entrevistas dos usuários, já que eu tinha a intenção de conversar pessoalmente com a usuária que a farmacêutica me passou o contato. E então me sentei em um local tranquilo e fiquei pensando em como poderia avançar nesses contatos, qual seria a melhor estratégia, cuidadosa, mas ao mesmo tempo ágil, de começar a agendar as entrevistas em profundidade.

Pensei que a melhor ferramenta que eu poderia usar neste momento era o contato por telefone, já que a farmacêutica do NASF havia pedido para a Sra. I. se ela poderia passar seu contato para mim, contando um pouco da entrevista na semana passada. Como a usuária havia consentido e demonstrado interesse em participar da entrevista no contato com a farmacêutica, pensei em mandar uma mensagem, indicando que conversássemos sobre a pesquisa na próxima quarta-feira. O contato foi muito positivo, I. concordou em ter uma conversa comigo na próxima semana um pouco antes ou depois do grupo da horta.

Além disso, a ACS entrevistada comentou a respeito de uma senhora que é referenciada por sua equipe, que poderia ser uma participante interessante, mas disse que iria pensar com mais calma porque talvez fosse necessário ir até a casa dela. Indico que poderia ir até a residência dos usuários caso fosse necessário, e ela logo se prontifica a me levar até lá. Apesar disso, sinto que saímos sem combinar nada, ela também não me passou o contato dessa senhora, talvez na próxima semana seja necessário relembrar e pedir auxílio nesse primeiro contato.

Como a segunda entrevista estava marcada para as 14h, fiquei um bom tempo observando a unidade, que neste dia estava bem cheia, provavelmente por ser volta de feriado. O movimento estava tanto que me causou uma sensação de “atordoamento” em ficar na recepção, e após um momento resolvi que seria bom escolher um lugar tranquilo para descansar um pouco antes da próxima entrevista, pensando em não comprometer minha concentração e disposição.

Logo após o almoço a unidade “mudou de cara” e começou o fluxo de vacinação da COVID, dessa vez tinham muitos jovens aguardando, e foi interessante observar o corredor de espera, com todos na mesma posição olhando para a tela do celular, e passar olhando as salas onde as vacinas

estavam sendo aplicadas, e os celulares ali também, presentes gravando o momento mais “viral” e emocionante das redes sociais nos últimos tempos. Com receio de soar estigmatizante, observo que essa população da tarde se difere muito da população que encontro pelas manhãs, aguardando atendimento e acolhimento na recepção, esses jovens aparentavam ser, em sua maioria, de uma classe social mais privilegiada.

Além disso, apenas de ficar ali, observando o vai e volta, é possível ver que a grande maioria não conhece o CS, provavelmente nunca estiveram ali até aquele momento, e até se confundem sobre os caminhos e qual corredor dá acesso às salas, demonstrando um não pertencimento deste local.

Quando era perto das 14h fui procurar pela enfermeira A., que questiona se teria problema em adiarmos um pouco a entrevista já que ela estava cobrindo o almoço de outra enfermeira. Indico que não havia problema, e novamente fico andando pelo CS e observando, até que em dado momento apenas me sento no corredor silencioso dos consultórios e fico ali, muitos minutos, talvez mais, esperando até que a enfermeira estivesse disponível.

Em um momento um médico, (penso ser um professor da Unicamp, estava o tempo todo andando com os estagiários de medicina) me pergunta se estou aguardando alguma sala vagar para atender, digo que não, e acho a cena engraçada, ficar parada olhando para o nada em corredores quase vazios. E reflito sobre esses intervalos entre observações, entrevistas e conversas com informantes-chave, sobre quem sou eu naquele espaço enquanto todos estão ocupados fazendo o seu trabalho.

Encontro com A. quando saio para andar e observar de novo, ela diz que estava livre para fazermos a entrevista, e então vamos para uma sala ali mesmo no corredor movimentado, e acho interessante que ela prefere trancar a porta para não ter interferências dos colegas, o que na verdade foi muito positivo, porque logo no início da entrevista é possível ouvir alguém tentando abrir a porta.

Inicio conversando com A., pergunto como foi de férias, trocamos uma breve conversa descontraída e depois começo a explicar o que seria feito, o intuito dessa segunda entrevista e também quais seriam os próximos passos. Percebo que A. desenvolve muito bem os pontos, e apesar de não ter sido uma entrevista longa, foi de fato muito proveitosa, houve um aprofundamento de

questões que ela trouxe na primeira entrevista, talvez também pelo fato de estar descansada das férias pareceu mais disposta (ver descrição na pasta “repositório das entrevistas”).

15/09/2021 - Observação/ 1ª Entrevista (I.) (8h às 12h30)

Assim que cheguei encontrei a farmacêutica do NASF e um usuário do grupo da horta em frente ao CS, ela estava explicando o motivo de não ter grupo neste dia, e acenou para mim dizendo que logo falaria comigo. Ela me explicou que não haveria grupo porque estava tendo uma reunião da equipe da enfermagem e os demais funcionários precisariam ajudar na triagem e acolhimento. A psicóloga e as residentes da Unicamp estavam na triagem, e a reunião com a equipe da enfermagem estava acontecendo na sala externa. Logo fiquei preocupada pois estava contando com a participação da usuária I. no grupo da horta para entrevistá-la depois, mas de todo modo fiquei na recepção esperando por ela.

Assim que chegou eu estava na recepção conversando com a farmacêutica que aproveitou para me apresentar novamente para ela, que tinha me visto poucas vezes e provavelmente não me reconheceria de início. Explicamos para ela que não teria o grupo, mas que poderíamos usar o tempo para fazer a entrevista, caso ela topasse. Felizmente ela concordou e disse que esse tinha sido o principal motivo de sua ida ao CS.

Fomos então para a sala da psicóloga e expliquei como a entrevista se daria, além disso, li junto com ela o TCLE explicando alguns pontos. Antes de iniciar a entrevista de fato, ela estava descontraída e conversando bastante comigo. Assim que liguei o gravador percebi que ela ficou um pouco tímida, falando menos, mas com o tempo foi se soltando e conversando comigo na forma de um diálogo descontraído.

Foi muito interessante conduzir essa entrevista, I. gosta de falar e usa muitas figuras de linguagem, além disso percebi também que é religiosa, citando a importância de sua fé em vários momentos da entrevista. I. tem uma história de vida difícil, um casamento conturbado, onde passou muitos anos cuidando do marido adoecido. Assim que ele faleceu, precisou criar quatro filhos sozinha, eles ainda eram crianças e ela conta que às vezes tinha medo

de estar fazendo algo de errado na criação deles, comenta até que hoje em dia seria presa, já que como precisava trabalhar, deixava os filhos muito tempo em casa sozinhos. Fala que dava tarefas de casa para eles se manterem ocupados, e conta com orgulho sobre o desenvolvimento e vida adulta dos filhos atualmente. Se sente grata por nenhum deles terem ido para caminhos que ela considera errados, citando o uso de drogas ou conflitos com a lei, como exemplo. Quando fala sobre isso, cita que no bairro existem muitas pessoas com essas condutas que ela menciona como erradas, mas que é preciso não dar as costas para eles, cita algo como manter a simpatia, mas não se envolver demais.

Percebo em I. também um vínculo grande com práticas de saúde popular, como o uso de plantas medicinais e o conhecimento sobre a terra, diz que foi criada na roça e conhece muitas plantas. Pergunto com quem ela aprendeu as técnicas de plantação e ela diz que foi com sua mãe. Fala também que o uso de chás naturais ajudou ela a enfrentar o COVID e a se curar mais rápido das sequelas causadas pela doença. Menciona ter ajudado muitos colegas com essas receitas caseiras também.

Acho interessante esse vínculo dela com o serviço de saúde através da horta, onde ela se coloca muito em uma posição de ajuda, como uma guardiã da horta, alguém que auxilia na manutenção e no crescimento das plantas. Logo penso nessas construções de educação popular em saúde, e como os usuários do território têm muito conhecimento para compartilhar com os serviços de saúde.

De início sinto que I. adota uma postura de elogios ao CS, e com o desenrolar da entrevista vou buscando desenvolver alguns pontos e trazer reflexões e críticas, até que, mais para o final da entrevista, ela se sente mais à vontade para dizer que desde o início da pandemia percebe uma piora no atendimento. Fala que antes sentia que o atendimento era muito bom, que os profissionais tinham mais paciência para ouvir e agilidade nas resoluções.

I. passa um bom tempo da entrevista contando sobre o período em que precisou ser cuidadora de uma de suas filhas, que apresentava um quadro crônico de convulsões. Hoje em dia não precisa mais despender tanto tempo no cuidado da filha, e comenta sobre as atividades que faz para si, enfatizando que tem mais tempo para se cuidar agora. Até brinca com o seu peso, dizendo

que quando passava mais tempo cuidando de outras pessoas do que de si mesma, era muito emagrecida, e que hoje está feliz e tranquila e ganhou uns “quilinhos”.

Logo depois da entrevista, decido andar um pouco pelo CS para entender o que estava acontecendo nesta semana, já que assim que cheguei fui informada que no dia anterior a triagem estava lotada, e que tiveram mais de 60 acolhimentos em uma manhã.

Paro na porta da sala das ACS e puxo o assunto sobre a reunião que estava acontecendo com a equipe de enfermagem, elas me informam que a pauta era sobre as reclamações dos usuários sobre o atendimento. Elas falam que estamos em um momento em que todo mundo está estressado e sem paciência, e de certo modo compreendem o motivo dos usuários estarem tão insatisfeitos.

Além disso comentam que, por conta de tudo estar “voltando ao normal”, os usuários cobram que o serviço funcione como era antes, mas eles não percebem que a demanda de trabalho no CS anda grande, inclusive pelo tanto de tempo que precisam despender na vacinação da covid.

Depois disso vou conversar um pouco com as recepcionistas, que pareciam bravas por algum motivo, pergunto se tinha muita gente hoje, e logo L. começa a comentar sobre o dia anterior e a quantidade grande de usuários que tinham para acolhimento. Fala que mesmo no período da tarde quando tem a vacinação, elas ainda continuam com muita demanda de trabalho.

22/09/2021 - Observação - (8h30 às 12h30)

Neste dia vou até a unidade com a intenção de fazer a segunda entrevista da usuária I.. Assim que chego percebo que a recepção está com uma configuração diferente, com cadeiras enfileiradas e com bastante gente esperando do lado de dentro. Assim que vou até a horta, lembro que neste dia a farmacêutica não estaria por conta de uma atividade de formação, então resolvi ficar na recepção um tempo esperando por I.. Fico um tempo observando enquanto espero, parece haver uma espera silenciosa e ansiosa da população, toda vez que eu chegava na porta para ver se I. estava por lá,

todos viravam os olhares para mim, provavelmente esperando que fosse alguém chamando para a consulta.

Vou e volto algumas vezes e percebo que provavelmente a usuária entrevistada não compareceria na unidade. Dessa forma, decido procurar pela enfermeira R., com a intenção de convidá-la para ser entrevistada.

Ela estava na ala da covid, e assim que me viu foi bem simpática e me chamou para ir até a cozinha com ela para beber água. Na cozinha estava outra funcionária, que logo começou a falar sobre a recepção, não parecia contente com a mudança e disse que muitas pessoas estavam lá hoje com demandas que não eram sérias ou graves. Reclamou de uma jovem que pediu para realizar exames de sangue para saber se estava com falta de alguma vitamina. Falou também sobre queixas relacionadas à reação à vacina de COVID, e então pergunto se tem tido muitas queixas como essa, elas dizem que sim.

R. dá um exemplo metafórico, diz que um fabricante de pneu precisa ouvir os caminhoneiros sobre a qualidade de seu produto, e que se esse pneu está dando muito defeito ou falhas de qualidade, o fabricante deveria saber para que possa melhorar seu produto. Fala que é por isso que está ajudando na pesquisa do Butantam, para investigar reações adversas e dizer se será preciso uma terceira dose dessa vacina. Quando diz que precisava voltar pois tinha um usuário a esperando para coletar o teste de covid, aproveito para perguntar se ela gostaria de ser entrevistada. Uso o argumento da mudança de fluxo na recepção, e de que a entrevista poderia ser um momento para ela contar sua opinião sobre isso e como tem sido para ela. Logo me diz que não tem estado muito a par dessas mudanças já que está constantemente escalada na triagem da covid, por estar participando dessa pesquisa do Butantam. Argumento que mesmo assim seria interessante, para também saber mais sobre essa pesquisa, ela rebate dizendo que fica preocupada com o tempo, já que não pode se ausentar desse posto por não ter quem a cobrisse. Diante disso, eu apenas indico que voltemos a conversar na próxima semana para ver se conseguimos combinar um dia no próximo mês, dessa forma ela poderia ter tempo para olhar a escala.

Entre idas e vindas na recepção para ver se a usuária I. havia chegado, resolvi ir até o quintal para escrever algumas observações, no caminho,

enquanto passava pela cozinha, uma funcionária, auxiliar de enfermagem, começa a conversar comigo. Me pergunta se sou psicóloga e começa a contar de um caso que atendeu em acolhimento e que precisava de escuta, oriento que eu não estava lá para fazer atendimentos, e continuamos a conversa. Ela começa então a falar sobre si, sobre o processo de trabalho, o cansaço e o medo de agressões por parte de usuários. Fala de algumas agressões verbais que tem acontecido na recepção, e sobre a falta de respeito com o funcionário público. Relata que trabalha também em um hospital, e nesse outro emprego tem placas em todos os corredores que informam que agressão ao funcionário público é crime, lamenta por não poder colocar placas como essa no CS.

Durante a conversa, essa funcionária menciona o caso de agressão física a uma funcionária do CS S. Q. que ocorreu há pouco, pelo seu relato conhecia bem essa funcionária e fica indignada com o ocorrido. Durante esse tempo, passam algumas pessoas pela cozinha, e várias param para entrar na conversa. Uma delas diz que no começo da pandemia eles eram tidos como heróis, o que aconteceu agora que é só cobrança? Elas comentam sobre essa mudança de postura e de visão da sociedade sobre os trabalhadores da saúde e o quanto isso afeta o trabalho.

Uma outra funcionária, a ACS L., passa um bom tempo conversando comigo também, conta sobre sua ativa participação enquanto coordenadora de um grupo de Lian Gong que aconteceu na unidade durante muitos anos. Conta sobre as atividades que realizavam, os passeios e histórias engraçadas, menciona que um dia vai trazer um álbum de fotos do grupo para eu ver.

Entretanto, em meio às boas memórias e o orgulho em ter sido a idealizadora do grupo por tanto tempo, fala também sobre a sobrecarga e falta de ajuda de outros colegas da equipe. Menciona também que alguns deles não entendiam que ela estava trabalhando quando estava nos encontros do grupo, alguns apontavam que era diversão. Fala sobre a falta de incentivo e ajuda financeira do município para ações como essas. Relata que o grupo era uma forma de prevenção e promoção de saúde, já que nele ela conseguia identificar questões de saúde da população antes que se agravassem. Comenta a respeito do papel da atenção básica, de uma agente comunitária e de como o que tem sido feito hoje não é AB, e sim um trabalho pautado na emergência.

L. comenta a respeito das situações de violência que tem acontecido no CS, diz que não sabe por que a população não sabe esperar, sendo que se pagassem para ter convênio, a espera seria ainda maior. O argumento que a população tem usado é o de que pagam os impostos dos funcionários, por isso eles têm que resolver suas demandas logo. Isso me faz pensar sobre uma lógica de uso do serviço utilitarista, capitalista e sem envolvimento, na contramão da cooperação e responsabilização de todos os sujeitos envolvidos. Talvez seja um reflexo da falta de espaços de cogestão.

29/09/2021 - 8h às 15h - Devolutiva de Narrativa / 2ª Entrevista (I.) / 1ª Entrevista (V.)

Neste dia estavam marcadas três devolutivas de narrativas das entrevistas das profissionais, mas consegui fazer apenas uma, com a psicóloga S.. Levei a narrativa impressa, e enquanto ela lia, fazia comentários. Apontou que é interessante ver como ainda continua chateada com os mesmos assuntos trazidos nas entrevistas, e exemplificou o tópico de falta de planejamento da gestão pública ao mencionar que uma nova diretriz da terceira dose da vacina de Covid para os profissionais da saúde havia chegado sem nenhum direcionamento.

Diz achar muito ruim essa forma de funcionar já que sem nenhuma orientação específica, não conseguem organizar a ordem de quem tomará essa vacina. Menciona também que não foi direcionado qual serviço de saúde seria prioritário, e fala sobre a urgência de que os profissionais dos hospitais tomem antes dos profissionais da atenção básica. Diz sentir que faltou cuidado, e que o fato de ser vacina da “xepa” a faz pensar que de fato não houve qualquer planejamento da gestão pública para essa ação.

Um dos pontos da narrativa que S. sugeriu modificações foi um esclarecimento na parte em que diz que não concordou com a proposta do apoio distrital de que os profissionais da saúde mental atendessem seus próprios colegas de trabalho. Aponta que na verdade não foi uma proposta já fechada, e sim uma consulta que fizeram com os profissionais.

Além disso, outro ponto que sugere esclarecimentos é sobre a diminuição de médicos pediatras, ginecologistas e psiquiatras, já que, do modo

como estava descrito na entrevista, dava a entender que foi a mudança de modelo NASF que fez a Unidade “perder” esses profissionais. O que aconteceu foi que esses médicos se aposentaram e nunca foram repostos, e depois, com a implementação do modelo NASF, a falta dessas especialidades no CS se evidenciou.

S. demonstra interesse na fase de compartilhar uma narrativa geral dos profissionais com seus colegas, e diz também querer saber sobre as narrativas dos outros Centros de Saúde participantes da pesquisa. Peço que ela me diga como se sentiu participando enquanto entrevistada, diz que é bom ter um momento de reflexão sobre o trabalho. Comento com ela sobre ser um momento muito interessante também para os pesquisadores, já que é possível perceber que mesmo com temas transversais, as narrativas evidenciam a subjetividade de cada um, sua história de vida, referências, crenças e experiências, e que pensar a instituição é muito mais do que analisar os temas comuns a todos.

Como a ACS D. não foi trabalhar neste dia, esperei até encontrar com a Enfermeira A., já que daria a devolutiva para as duas também. Entretanto, assim que A. chegou, entrou direto em uma reunião que estava ocorrendo na sala externa, dessa forma, fiquei um tempo observando a recepção e o acolhimento. Hoje a recepção parecia mais tranquila, fluindo de maneira mais orgânica do que nas últimas semanas.

No corredor mais movimentado, percebo que a maioria das salas estão com usuários sendo acolhidos. Espero uma “brecha” para conversar com algumas profissionais e no intervalo de um atendimento e outro, consigo contato com duas auxiliares de enfermagem, deixo o resumo da pesquisa, pergunto se teriam indicação de algum usuário para participar e faço o convite para que elas sejam entrevistadas. As duas me dão respostas parecidas quanto à falta de tempo, já que o CS tem estado bem cheio.

Na cozinha encontro com a enfermeira R., conversamos brevemente e ela faz comentários sobre o modelo NASF, diz que na teoria é muito bonito, mas na prática vê usuário deixando de ser atendido. Menciona que no local onde trabalhava antes a equipe NASF coordenava um grupo de coral, e que apesar da atividade ser interessante, não é só disso que o serviço precisa.

Compara com uma escola, onde os pais podem achar interessante que tenham brincadeiras, mas vai querer que seu filho aprenda matemática também.

Depois encontro com a gestora em sua sala, que me dá uma devolutiva de como tinha sido a assembleia de moradores no final de semana. Ainda na semana passada, A. me contatou para saber se eu tinha mais informações sobre uma assembleia marcada para o sábado dia 25/09 com a pauta da saúde. Me perguntou se eu tinha informações sobre o coletivo que estava organizando, um movimento social que teve início com alunos da Unicamp. Sua preocupação era a de que os profissionais da saúde não tinham sido chamados para esse encontro, e que de certa forma, isso poderia inflamar as questões de agressão da população contra o Centro de Saúde.

Passada a reunião, A. me traz a devolutiva de que tinha corrido tudo bem, e que o encaminhamento feito foi o de levar as demandas da população para o Conselho Local, o que segundo ela, pareceu bem coerente. Além disso, menciona também que após essa reunião, as reclamações da população no grupo do Facebook estavam diminuindo.

Perto das 11h a usuária I. chega para fazermos sua segunda entrevista. Logo no início me fala que tinha ido na academia logo cedo, e que não poderia ir embora muito tarde porque sua prima estava vindo de São Paulo para visitá-la. Fizemos a entrevista ao lado da horta, embaixo de uma árvore. Corre tudo conforme o esperado e a entrevista foi muito proveitosa. Oriento I. de que nosso próximo encontro seria a validação da sua narrativa, ela logo me diz que como suas atividades estão retornando, não nos veríamos com tanta frequência lá no CS, ela mesma sugere que vai ver sua agenda de atividades e me indicaria um dia para retorno.

A próxima entrevistada, a líder comunitária V., me contatou no início da manhã dizendo que não poderia ir até o centro de saúde neste dia por conta de dor nas costas, dou algumas sugestões, inclusive de adiarmos para a próxima semana, mas ela insiste que seja nesse dia e faz o pedido para fazermos online. Então fui para casa para fazer a entrevista de forma online, enviei um link de reunião pelo Zoom e V. ingressou sem maiores problemas. Conversamos um pouco no início para nos conhecermos melhor e fiz todo o protocolo de leitura do TCLE.

Foi uma entrevista muito interessante, V. tem muito conhecimento sobre o bairro, conhece muita gente e tem muita crítica quanto ao atendimento ofertado no Centro de Saúde, e pontuou as questões macroestruturais que interferem na qualidade do cuidado ofertado. Contou também sobre aspectos pessoais, como sua família lidou com a pandemia, inclusive sobre episódios de grande vulnerabilidade devido à perda de emprego de seu marido (para mais informações consultar descrição da entrevista na pasta "repositório de entrevistas").

06/10/2021 - Devolutiva (D. e A.)

Neste dia estava agendada a devolutiva da narrativa da ACS D., e então levei a narrativa impressa e lemos juntas. Disse estar de acordo com a narrativa, pediu para alterar um parágrafo onde estava escrito que os profissionais orientavam os usuários a não irem até o Centro de Saúde no início da pandemia, mas corrigiu dizendo que as pessoas tinham medo de ir, e que a informação para evitarem ir aos serviços de saúde, salvo em casos graves, vinha da mídia. O Centro de Saúde na verdade, segundo D., começou a contatar os usuários crônicos que antes passavam regularmente por atendimento, já que até mesmo eles pararam de frequentar o serviço.

Além disso, pediu para retirar o parágrafo onde estava escrito que todos os profissionais deveriam ouvir atentamente as demandas dos usuários na porta, e que ela não tinha formação necessária para dispensar o usuário sem triagem, já que esse papel cabia ao profissional médico ou enfermeiro. Não justificou muito o motivo de retirar essa parte, mas parece ter ficado ligeiramente incomodada com isso.

Nesse dia teve também o grupo da horta, e conversei um pouco com o usuário que sempre está lá, mas não consigo me recordar seu nome. Está sempre “reclamando” que ninguém cuida da horta a não ser ele, e que já tinha pedido para o segurança do CS molhar as plantas, mas elas estavam sempre secas.

As meninas que coordenam o grupo, que são a farmacêutica do NASF e as Residentes multiprofissionais, estavam preparando os vasinhos para as mudas, que serão entregues para a população em um evento que vão realizar

posteriormente. Pintaram alguns pallets e pregaram em uma parede próxima à horta. Os vasinhos estavam sendo feitos com garrafa PET, e fiquei ajudando a cortar e passar os cordões que serviriam de suporte para pendurar no pallet.

Mais tarde fiz a devolutiva da narrativa da enfermeira A., porém foi em um momento em que ela estava apressada, e senti que a qualidade do momento ficou um pouco comprometida. Ela insistiu para que fizéssemos nesse dia mesmo, e então fomos para a sala de enfermagem, que é sempre um lugar de grande circulação de pessoas, e ela leu a narrativa. Não fez nenhuma alteração ou sugestão ao texto, concordando com tudo o que estava escrito. Além disso, pergunto como foi para ela participar, ela diz que gostou, e que é um momento importante de pensar no trabalho e refletir sobre as coisas que eles estão vivenciando no trabalho.

13/10/2021 – 1ª Entrevista (R.)

Neste dia estava agendada a entrevista da enfermeira R. às 13h, cheguei um pouco antes e fui procurar por ela, para confirmar se iria mesmo acontecer. Após a afirmativa dela, fui procurar uma sala tranquila, e como era horário de almoço, o Centro de Saúde como um todo estava mais tranquilo. Fomos para a sala da médica S., que não se encontrava no dia, e iniciamos a entrevista.

Começo agradecendo a participação de R., e entrego o termo de consentimento, e enquanto lê faz algum comentário a respeito de conhecer o professor Gastão. Começo a entrevista com a pergunta habitual, “para você, profissional do SUS, como foi e como está sendo trabalhar na pandemia”, e R. começa dizendo que foi bom, já que gosta de ajudar as pessoas. Estranhei essa afirmação, por ser bem diferente das demais entrevistas com profissionais, e percebi ao longo de toda conversa, que R. ia trazendo os pontos positivos, além de contar das dificuldades. Em momento algum falou a respeito da agressividade dos usuários, o que também foi diferente das outras três entrevistas.

R. conta também que teve que cuidar dos seus pais, que pegaram Covid e ficaram bem debilitados, e quando vai mencionar o cuidado ofertado aos usuários, retoma que é preciso cuidar bem de todos porque o usuário é o pai

de alguém, o filho de alguém, então devemos tratar todos muito bem. Além disso, demonstrou opiniões diferentes das demais entrevistadas a respeito do uso de medicação no tratamento da Covid, defende o uso, mas diz que não se trata de “Kit Covid”, já que os medicamentos são pensamos a partir de qual estágio da doença a pessoa está, e difere de caso a caso. Durante essa entrevista ficou evidenciado para mim a divergência de condutas e de ideias presentes no ambiente de trabalho, mas em momento algum R. fala sobre conflitos com outros colegas.

20/10/2021 – 2ª Entrevista (V.) / Devolutiva (I.)

Assim que cheguei percebi um clima diferente no Centro de Saúde, estava tendo o evento da horta onde entregariam a mudinhas das plantas medicinais. A horta estava bem arrumada, com plaquinhas de identificação novas. Tinha uma mesa com café da manhã e chás preparados com as ervas da horta. Teve bastante circulação de gente durante toda a manhã, e as mudas acabaram rápido.

As meninas que coordenam o grupo informaram que tinha por volta de 90 mudas, e mesmo quando acabaram, os usuários continuaram pedindo mudinhas para levar para casa, e a farmacêutica do NASF estava tirando direto da horta para que pudessem levar. Conversei brevemente com algumas pessoas que passaram, e provavelmente pelo fato de eu estar vestindo jaleco, muitas vinham diretamente em minha direção pedindo informações sobre o evento, sobre a horta e pedindo mudas. Vez ou outra algum funcionário ia lá fora dar uma olhada, beber um chá e ver o movimento.

Nesse dia agendei a segunda entrevista com a líder comunitária V., que chegou no evento da horta pedindo uma muda, disse que não conseguiu aparecer antes porque estava em consulta ali mesmo no CS, e que enquanto aguardava ser chamada estava orientando os usuários a irem lá dar uma olhada e pegar alguma planta para levar para casa.

Além disso, V. também ajudou na divulgação desse evento com antecedência e por outros meios, já que faz parte de coletivos e conhece muita gente. Assim que o fluxo de pessoas diminuiu lá fora e a equipe deu por encerrada a ação, sugeri à V. que fizéssemos a entrevista ali fora mesmo, e

então peguei duas cadeiras e coloquei no canto onde estavam os pallets na parede, que serviram de apoio para as mudas, que já não estavam mais lá.

Começo a entrevista perguntando sobre a relação dela com o Centro de Saúde e como ela acha que mudou nos últimos meses. A entrevista durou quase uma hora, e conversamos sobre vários pontos interessantes sobre o seu papel enquanto liderança comunitária, sua opinião sobre o Conselho Local, as estratégias que a comunidade tem adotado frente às dificuldades socioeconômicas e sobre o seu acesso à saúde. Ao final peço que ela me indique pessoas que poderiam se interessar em participar da entrevista, e ela me diz que passaria dois contatos.

Nesse dia estava também agendada a devolutiva da usuária I., nos encontramos no mesmo local onde fiz a entrevista da V., e conversamos sobre como foi para ela dar as entrevistas e o que ela achou de participar. Diz que foi bom, que gosta de falar, e que conversar com alguém que está disposto a ouvir é muito positivo.

Não levei a narrativa impressa, mas como tinha lido diversas vezes, fui trazendo na conversa os pontos e temas que ela levantou nos dois encontros, sobre sua relação com o Centro de Saúde, as dificuldades socioeconômicas, como foi ter positivado para Covid e também sobre suas atividades no território.

Enquanto eu falava sobre os tópicos, ela repetiu bastante coisas que já tinha falado nas entrevistas, o que de certa forma, em minha visão, serviu como uma validação, sem que ela pegasse o papel e ficasse lendo e anotando, como foi com as profissionais. Dessa forma sinto que foi uma conversa mais fluida e tranquila, onde fizemos um balanço sobre o processo.

03/11/2021 - Observação / 2ª Entrevista (R.)

Neste dia era volta de feriado, então eu já imaginava que a unidade estaria cheia, mas assim que cheguei, tive novamente aquela sensação de atordoamento pelo tanto de movimentação e pessoas que tinha na recepção. O acolhimento e a vacinação da Covid mudaram, sendo que ambos estavam acontecendo ao mesmo tempo, e não mais na lógica de acolhimentos pela manhã e vacinação à tarde.

A entrevista com a enfermeira R. estava agendada para as 13h, e cheguei por volta de 9h30 no Centro de Saúde com a intenção de conversar com a equipe para pegar contato de usuários. Entretanto, pelo fato de estar muito cheio e todos estarem tão atarefados, foi difícil encontrar brechas para fazer o pedido, que acabei conseguindo fazer mais no final da manhã, quando o movimento estava mais tranquilo.

Nesse meio tempo, enquanto aguardava um momento propício para conseguir conversar com os trabalhadores, fiquei alternando entre observar o movimento dos usuários na recepção e ficar em algum lugar mais tranquilo, como a cozinha ou a sala externa perto da horta, não teve grupo da farmácia viva, e por isso a sala estava vazia.

Em uma dessas voltas que estava dando pelos corredores, consegui alguns poucos minutos para conversar com a médica S., que passou um tempo conversando comigo em um dia em que estava na escala do gripário. Aliás, outra mudança que ocorreu essa semana foi a retirada da “ala Covid”, a tenda na entrada lateral para a triagem dos sintomáticos respiratórios.

Mais tarde fui informada de que a decisão foi tomada devido ao baixo número de casos positivos que têm aparecido no CS. Mas voltando à conversa com a S., fiz o convite para que ela desse uma entrevista em profundidade, e ela topou. Entretanto não conseguimos combinar um dia por conta de horário, ela fica o dia todo no acolhimento de quarta-feira, que é o dia em que estou lá, e disse que se fizéssemos nesse dia, provavelmente precisaríamos interromper a entrevista a qualquer momento caso chegasse pacientes.

Conversei com alguns ACS para pedir contatos de usuários que poderiam se interessar em dar uma entrevista para a pesquisa. O ACS J. da equipe azul me passou dois telefones de famílias que tiveram algum óbito por Covid. Mas ainda não fiz o contato pelo receio de talvez ser um momento delicado para o familiar enlutado falar sobre isso em um encontro tão pontual que é a entrevista.

Levei essa questão para a reunião geral, mas ainda não me sinto à vontade para chamar essas pessoas, e talvez priorize outros contatos de início. A ACS L. disse que na próxima semana o grupo de mulheres que ela coordenava vai voltar, e me informou que talvez fosse um bom espaço para conseguir participantes porque elas gostam de conversar, falou que na próxima

semana me passaria algum contato baseado em como foi o primeiro dia de volta do grupo.

Perto das 13h fui confirmar com a enfermeira R. se ela poderia dar a entrevista nesse dia, e ela se prontifica para começarmos mais cedo, dizendo que a gestora autorizou que ela colocasse essa atividade como parte de sua carga de trabalho, não sendo necessário esperar até as 13h, que é quando acaba o seu turno.

Fomos para uma sala vazia e expliquei que a segunda entrevista costumava ser mais rápida. Ela me pergunta se serviu de algo a primeira entrevista, se o que ela trouxe foi útil de alguma forma para a pesquisa, respondo positivamente, e digo que para mim foi particularmente muito interessante a conversa, com informações muito ricas da experiência dela.

Comecei perguntando o que estava diferente agora na rotina do Centro de Saúde, e depois fomos conversando sobre os pontos que trouxe. Fomos interrompidas diversas vezes durante a entrevista por pessoas abrindo a porta, provavelmente pessoas querendo usar o banheiro que tem dentro da sala. Mesmo assim continuamos até dar uns 40 minutos de conversa.

Depois disso, fiz o pedido de contato de usuários que ela pensa que poderiam se interessar em dar entrevista, e ela me passou três nomes. Um deles é um senhor que pegou Covid no início da pandemia e recentemente retornou para a triagem apresentando sintomas gripais, mas o teste deu negativo.

O outro usuário é o pai de uma das ACS, que também tinha apresentado sintomas. Posteriormente fui confirmar com a ACS e ele não chegou a ter o teste positivo, falei então que esse não era um critério de exclusão, e ela comentou que perguntaria para ele (o pai) se tinha interesse em participar. O terceiro nome que R. me passou também era um familiar de funcionário, da recepcionista L..

10/11/2021 - das 12h45 às 16h15

Neste dia cheguei em um horário mais tranquilo, era final de almoço e na recepção tinha pouca gente. Quando adentrei no corredor que costuma ser movimentado, a maioria das salas estava vazia, e aproveitei esse momento para conversar com a ACS R., que estava sozinha na sala dos agentes.

Já tinha tido contato com ela no grupo da horta, ela ajuda na manutenção do grupo e já tínhamos conversado um pouco sobre o território em um dia em que eu estava ajudando a fazer os vasinhos para as mudas da farmácia viva. Perguntei a ela se teria alguma indicação de usuário para participar da pesquisa, ela diz que não consegue se lembrar de ninguém, e me indica conversar com a ACS L., que ela teria alguns nomes por conta do grupo de mulheres que retomou há pouco.

Logo depois, L. me vê no corredor e me chama para conversar, disse que tinha ficado de me dar algum retorno sobre o grupo de mulheres. Nessa hora imaginei que ela me daria algum repasse rápido, mas me surpreendeu o quanto ela foi solicita, me chamou na sala dos agentes e conversamos por um bom tempo. Ela comenta que na terça-feira, no retorno do grupo de mulheres, pensou que seria interessante indicar a participação na pesquisa para uma das senhoras do grupo.

Esse grupo é composto por mulheres idosas, e dentre as atividades previstas estão o Lian Gong, conversas com temáticas disparadoras, e a socialização. L. comenta que lá é um momento para lembrar de coisas boas e falar de coisas felizes, e sempre tenta redirecionar o grupo quando elas começam a falar de doenças e de episódios tristes da vida. Ele acontece em um espaço fora do Centro de Saúde, e segundo L., isso pode ajudar com que entendam que o intuito do grupo é a promoção da saúde, que é diferente de ir até o Centro de Saúde, um lugar onde elas já sabem que vão para falar de doença.

Essa senhora que L. me indicou tem 80 anos, problemas na visão e está em um estado mais deprimido, segundo a ACS. Comenta que percebeu essa alteração de humor agora no pós-pandemia, e que antes essa senhora era mais ativa e animada. Se oferece para ir comigo até a casa da senhora na próxima semana, e então eu pego seu número de telefone para confirmar antes de quarta-feira se conseguiremos ir até lá.

Além disso, continuamos conversando sobre outras questões, L. me fala um pouco sobre sua relação com seus familiares, e outra ACS, a S., também participa da conversa. Aproveito o momento para falar que além das indicações desse grupo, seria interessante para a diversidade da amostra, a entrevista de diferentes faixas etárias, e questiono se se lembrariam de algum usuário jovem

que frequenta a unidade. Nesse momento conversamos um pouco sobre o acesso dessa população ao centro de Saúde, e concordaram que a grande maioria dos usuários bem conhecidos pela equipe são os idosos.

Em um momento quando eu estava na cozinha, o ACS J. entra para buscar água e me pergunta se eu tinha conseguido contato com os nomes que ele me havia me passado na semana anterior, digo que não, e que estava receosa em fazer esse contato sendo que os usuários não me conheciam.

Digo a ele que por se tratar de casos em que um membro do núcleo familiar faleceu, tinha receio de ser invasiva caso estivessem ainda em processo de luto. Ele me tranquiliza dizendo que não seria invasivo, mesmo assim se oferece para ligar para essas usuárias informando que eu entraria em contato posteriormente. Agradeço a ajuda, além disso, me indica que eu olhe os prontuários das famílias.

Quando me dirigi até a sala onde ficam os prontuários, me dei conta de algo que não tinha chamado minha atenção até então. Os prontuários ficam nas salas onde acontecem os acolhimentos. Me senti muito incomodada de entrar na sala para pegar um prontuário enquanto tinha algum usuário lá dentro. Mas percebi que a equipe faz isso sempre. Esperei um tempo, e entre um usuário e outro pedi para entrar, porém, enquanto procurava os prontuários, outra usuária entrou e a técnica de enfermagem deu andamento ao acolhimento comigo dentro da sala, que permanece sempre com a porta aberta.

Nos prontuários das duas famílias não encontrei muita coisa, meu interesse maior quando J. me passou os contatos era de entrevistar as filhas dos membros das famílias que falecerem. Em uma das famílias foi a mãe que veio a óbito por Covid, e na outra foi o pai. Mas em ambos os prontuários, a ficha delas estavam com poucas informações, o que me levou a pensar que não usavam o Centro de Saúde com frequência. Estava perto da hora de eu ir embora e não consegui verificar com J. se ele faria as ligações nesse dia mesmo, já que ele estava ocupado com uma usuária e não consegui formalizar nenhum combinado sobre como e quando esse contato seria feito.

Além dos ACS informados, perguntei também para outras pessoas da equipe se teriam contatos para me passar, mas sem sucesso. Comentei também com a enfermeira R. que não havia conseguido contato com o Sr. J.

V., que ela havia me passado na semana anterior, e comento que se caso ele fosse até o Centro de Saúde, se ela poderia avisá-lo de que estou tentando contato. Ela diz que ele não vai muito até lá, só quando realmente precisa ou quando é chamado. Pergunto se ele trabalha, e ela diz que ele está em vias de se aposentar, e trabalha em esquema de plantão, então tem dias da semana em que não trabalha.

No geral, nesse dia estava esperançosa de que sairia de lá com algumas entrevistas agendadas, mas me senti preocupada e frustrada em não ter conseguido avançar muito. Os agentes comunitários foram de grande ajuda, mas a meu ver, a ACS L. é quem eu penso que se engaja mais quando solicitada, e sinto que ela faz de bom grado.

Isso é de grande relevância para a minha relação com a equipe, já que tenho receio de estar atrapalhando a rotina deles com pedidos de ajuda. Ao mesmo tempo em que penso que se eu contatasse os usuários diretamente, sem nenhum tipo de mediação deles, poderia soar como um desrespeito ao seu trabalho.

Ao longo da semana vou tentar novamente o contato com o Sr. J. V. e com as duas famílias que o ACS J. indicou, além disso, antes de quarta-feira contatarei L. para confirmar se iremos até a casa da Senhora para fazer a entrevista.

17/11/2021 - das 10h às 14h

Tenho visto a recepção sempre cheia quando chego, algumas pessoas em pé, em volta da porta, e outras sentadas nas poucas cadeiras na sombra. Após passar a porta onde dão a senha, tem ainda o saguão, que também está sempre cheio de pessoas esperando. Isso me faz pensar que a população está acessando, e que de alguma forma os trabalhadores fizeram uma organização de triagem que tem conseguido garantir pelo menos o espaço do acolhimento.

Neste mesmo dia, na cozinha, a recepcionista L. informa que passam cerca de 200 pessoas por dia no acolhimento. Talvez ainda me falte algum esclarecimento quanto à necessidade de ter um profissional em uma triagem inicial, e depois a recepção, que fica depois do primeiro saguão onde os usuários esperam. A vacina de Covid continua durante todo o período, mas

com apenas uma ou duas salas para isso, sendo que quando a vacina estava sendo a tarde, todas as salas do corredor direito ficavam reservadas para isso.

Assim que deixo minhas coisas no armário e me preparo para iniciar as conversas com os profissionais sobre os contatos de usuários para a entrevista, vejo o ACS J. e me desculpo por ter ido embora na semana passada sem avisá-lo, já que eu não sabia se ainda conversaríamos sobre as ligações dos contatos que ele me passou. Explico que tinha um compromisso, e pela conversa, entendo que ele não havia compreendido que eu estava esperando que ele me ajudasse nesses contatos, apesar da nossa conversa mais cedo. Conversamos sobre isso de novo e me deu a entender que ele não estava muito disposto a fazer esse contato, informando que se eu precisasse de ajuda, poderia pedir.

Entretanto, ele me pede que eu explique rapidamente sobre a pesquisa e minha função lá, para conseguir repassar caso entre em contato com algum usuário. J. menciona como estágio, e então digo que não se trata de um estágio e explico sobre a pesquisa de um modo geral, deixando os objetivos esclarecidos. Ele pareceu ter ficado interessado, e esse pedido me fez pensar de que talvez o motivo de não ter feito os contatos telefônicos como havia me falado, poderia ser por conta de estar inseguro com como passar a informação sobre a pesquisa para as usuárias.

Um pouco depois, enquanto eu passava pelo corredor, J. me chama e me mostra uma pilha de papéis separados por equipe. Eram as notificações de Covid deste ano, tanto de suspeitas, como de confirmados. A pilha da equipe azul e verde eram as maiores, e pergunto o motivo. Ele me explica dizendo que as áreas de abrangência dessas duas equipes são maiores, e que a equipe amarela e laranja dividem um bairro entre si.

Ficamos um tempo conversando sobre isso, me informa que acredita que neste ano houve mais notificações do que no ano passado. Além disso, falamos também sobre o avanço da vacinação, a volta às aulas e o uso dos testes de Covid, que segundo ele, parece estar menor, já que não tem aparecido muitos sintomáticos respiratórios.

Fiz várias tentativas de ligação para os contatos que eu já tinha, e não obtive nenhum sucesso, e então penso que seria melhor tentar ligar do telefone fixo da sala dos ACS. Consegui contato com o Sr. J. V., foi uma conversa

breve, mas ele aceitou participar e agendamos a entrevista para a próxima semana, dia 24/11 às 16h30.

Pergunto para a ACS L. como foi o grupo ontem, ela me conta com humor sobre uma participante que falou bastante e não deixava as demais falarem, disse que a gestora deu a ideia de usarem um bastão para a fala circular. L. comenta novamente sobre mudar o dia do grupo para que eu possa participar, falou em passar os encontros para quarta de manhã.

Apesar de eu ficar animada com essa possibilidade, penso que em termos da pesquisa não faria muito sentido, e que seria um período grande em que eu ficaria inserida em uma atividade do Centro de Saúde, sendo que estamos com a agenda de entrevistas apertada. Não encontrei uma maneira de explicar isso a ela, e disse apenas para que não se preocupasse com isso. Falamos também sobre a ida até a casa da Dona T., usuária participante do grupo que Lucinete me indicou para entrevistar, sugere de irmos na próxima semana às 10h.

Converso com L. (Recepcionista) e R. (ACS) na cozinha, falo para L. sobre o meu desejo em entrevistá-la, já que mora no território e trabalha no Centro de Saúde há muitos anos, e ela logo comenta que não conseguiria ter tempo de deixar a recepção para participar tranquilamente. Diz que está sempre cheio, muita gente até no período da tarde, e que sabe que nesses momentos em que sai um pouco, a sua colega fica observando para ver se ela volta logo.

Aponta para R. e diz que ela também mora e trabalha lá há muitos anos, as duas conversam entre si desde quando moram na região, mas R. diz que não sabe se poderia participar dando uma entrevista porque foi afastada por comorbidade no início da pandemia. Então comento que mesmo assim seria interessante ouvi-la por conta das histórias e para saber como foi para os profissionais esse momento de ficar afastados fazendo os teleatendimentos. Ela me explica brevemente sobre como fazia esse trabalho, e depois, quando estava saindo da cozinha, me diz que se tivesse um tempo tranquilo neste dia mesmo, me procuraria para dar a entrevista.

Quando fiz a entrevista da líder comunitária V., ela me informou que teria alguns contatos de colegas suas que poderiam se interessar em participar, entretanto, quando perguntei há algumas semanas, ela disse que me

passaria mais tarde, mas deve ter esquecido. Neste dia então, enviei mensagem novamente a ela pedindo esses contatos, conversamos um pouco, ela me pede desculpas e me fala sobre a correria que tem estado sua vida.

Me passou três contatos de mulheres, mas não deu informações, e diz que não fez contato prévio com elas para falar sobre a pesquisa. Decido entrar em contato mesmo assim, e envio mensagem para duas delas, explicando quem eu era, como havia conseguido o contato e um pouco sobre a pesquisa. Uma delas respondeu dizendo que não tinha interesse em participar, a outra, uma mulher chamada C., disse que teria interesse, e então ligo para ela para conversamos melhor.

C. tinha uma voz de séria ao telefone, mas foi solicita e me explicou brevemente sobre a sua situação familiar. Disse que cuida do marido que está acamado, e que por conta disso teria algumas restrições de horário, sugere ser no período da manhã, e então combinados a sua entrevista para dia 01/12 às 9h30 lá no Centro de Saúde.

Estava com a ideia, desde o começo das observações e entrevistas, de ter como meta entrevistar 6 usuários e 6 profissionais. Fiquei feliz em ter conseguido agendar algumas para as próximas semanas, mas ainda estava pensando na diversidade da amostra, já que tem poucos homens e nenhum jovem. Então pedi ajuda para a psicóloga S., pergunto se ela teria contato de pessoas jovens, homens, LGBT ou meninas jovens que são mães solo. Ela, como sempre, foi muito solicita e me passou alguns contatos, explicando brevemente as características de cada.

Achei interessante que esses nomes de pessoas jovens e LGBT apareçam apenas na saúde mental, já que eu já havia feito esse mesmo pedido para os demais profissionais com quem eu conversei e eles não tinham nenhum nome para indicar. S. me informa que alguns desses contatos passam em atendimento com ela com frequência, e que todos tinham um quadro depressivo. Entro em contato com um deles por *WhatsApp*, um garoto de 19 anos, e ele me responde dizendo que podemos combinar, entretanto não respondeu mais as mensagens seguintes, penso que a melhor estratégia seria ligar para ele em outro momento.

24/11/2021 - 9h45 às 14h30

Havia combinado de ir até a casa de uma usuária junto com a ACS L., por isso, cheguei alguns minutos antes do horário combinado. Ao chegar, percebi a recepção cheia, como tem sido toda semana. L. estava no corredor dos fundos junto de outras ACS fazendo alguma tarefa conjunta no computador. Parecia ocupada, por isso resolvi esperar um momento propício para perguntar se iríamos na casa da Dona T.. Depois de algum tempo, e de ter passado pelo corredor algumas vezes para checar se L. já estava disponível, ela me chama para dizer que não seria possível ir nesse dia, já que a usuária não estaria em casa. Pergunto se teria a possibilidade de ir à tarde, ela diz que entraria em contato com Dona T. para confirmar.

No grupo da horta, F. (farmacêutica) e C. (ACS) estão colhendo manjericão, mas não há nenhum usuário. Fico um tempo aguardando na sala externa, já que tinha bastante tempo até o período da tarde. Aproveito essa pausa para tentar contato com o Senhor J. V., que em contato telefônico na semana passada, concordou em ir até o Centro de Saúde dar a sua entrevista.

Nesse contato prévio na semana anterior, perguntei se poderia contatá-lo via *WhatsApp*, e confirmei com ele o número de telefone. Entretanto, nesse dia enviei uma mensagem pedindo que me confirmasse se viria para a entrevista, que estava marcada para as 16h30. Fiquei atenta para ver se ele havia respondido, mas não respondeu a mensagem. Aguardei até o horário do almoço para ligar, e depois de diversas tentativas, percebi que não seria possível.

No horário do almoço, pergunto para L. se ela havia conseguido contato com a Dona T., para irmos até a sua casa no período da tarde, porém L. me informa que não seria possível pois ela estava na escala de Covid, e tinha se esquecido. Nesse momento percebi que a dificuldade em contatar os usuários e manter os combinados, era grande, e que provavelmente não conseguiria realizar nenhuma entrevista nesse dia.

Além disso, tenho percebido que até o contato com os profissionais tem sido mais difícil, visto que eles sempre estão muito atarefados, e poucos conseguem alguma brecha na agenda para fazer outra atividade. Por essa razão, penso que foi positivo ter começado as entrevistas pelos profissionais, pois quando iniciamos o campo, o Centro de Saúde estava com menos

demanda. A dificuldade em conseguir me aproximar dos usuários tem sido um fator frustrante também, e tenho percebido que de uma semana para outra é desafiador manter os combinados.

Um pouco após o almoço, continuo na dúvida sobre aguardar até as 16h30 sendo que não tive qualquer sucesso no contato com o Sr. J.. Por volta das 14 horas a unidade passa por uma falta de abastecimento de água. Todos os banheiros foram interditados, e não tinha água potável para beber. Alguns funcionários que estavam na cozinha conversavam sobre o assunto, e todos de certa forma, concordaram que continuar trabalhando nessas condições era insalubre, e que deveriam reivindicar à gestora que fechassem o Centro de Saúde nesta tarde. Porém, quando questionada, A. (gestora) informa que já havia pedido um caminhão “pipa” para resolver a situação.

Após novas tentativas de contato sem sucesso com o Sr. J., resolvi que era melhor ir embora, já que ficar ali poderia atrapalhar a situação da falta de água. Antes, envio uma nova mensagem informando que não seria possível manter o encontro para as 16h30. E novamente, não obtive respostas.

15/12/2021 – 1ª Entrevista (V.) / Observação (13h às 16h)

Neste dia havia agendado uma entrevista com um usuário que a Psicóloga S. me passou o contato, quando pedi indicações de usuários jovens e/ou LGBT. Cheguei um pouco mais cedo e fiquei esperando V. na recepção, enviei uma mensagem para avisá-lo de que eu já estava lá à sua espera, e como estava um tempo nublado, imaginei que ele não iria. Ele me respondeu e disse que já estava a caminho, e um pouco depois da chuva começar, chegou até o CS.

Me apresentei e pedi que ele esperasse um pouco até que eu encontrasse um espaço adequado para realizarmos a entrevista. Como estava chovendo, não daria para usar o espaço da horta, que é aberto, dessa forma rodei todo o centro de saúde em busca de uma sala, mas todas estavam ocupadas, o Centro de Saúde como um todo estava muito cheio, com muitos usuários esperando na recepção e um fluxo grande de pessoas nos corredores. Fui até a sala de reuniões externa, mas os alunos da medicina da Unicamp estavam chegando. No período da tarde costumam fazer supervisão

nessa sala, e mesmo quando não estão lá, porque estão em alguma sala atendendo, deixam suas coisas e entram com frequência, não sendo um bom lugar para fazer uma entrevista.

Me senti muito incomodada por deixar o usuário esperando até que eu conseguisse encontrar um lugar adequado, uma funcionária me ajudou a procurar uma sala, mas não encontramos nenhuma. Como não queria deixar V. esperando por muito mais tempo, resolvi pegar duas cadeiras e colocar bem próximas à parede perto da horta, onde chovia menos por causa da telha. Perguntei se tudo bem por ele conduzirmos a entrevista do lado externo do CS, e ele pareceu não se importar. Choveu bastante durante toda o tempo, mas conseguimos conversar e fazer uma entrevista com duração de 44 minutos.

V. é um garoto de 21 anos, e descobri que é filho de uma ACS durante a entrevista, já que a psicóloga S. apenas me informou que era um caso que ela estava atendendo há alguns meses. Sua mãe é a S., uma ACS que desde o começo das minhas idas até o São Marcos, foi muito solícita e simpática. Pensei em alguns momentos que poderia ser um relato muito enviesado, já que uma relação de parentesco com algum funcionário poderia acarretar em não dizer sobre as dificuldades de acesso e de relacionamento com a equipe. No decorrer da entrevista fui percebendo que V. frequenta bastante o Centro de Saúde, mas prioritariamente para passar por atendimentos com S..

Quando terminamos a entrevista, pensei que seria difícil usar algumas partes de seu relato para o intuito da pesquisa, mas depois refleti que o fato de ele ter acesso aos cuidados de saúde mental, mas não conhecer muito do funcionamento do Centro de Saúde, e nem ter muito contato com outros profissionais, além dos que têm uma relação próxima de amizade com a sua mãe, também poderia ser um dado útil para a pesquisa.

O fato de ser atendido semanalmente de forma individual, reflete como o cuidado em saúde mental é feito no CS, que fique claro que a intenção desta reflexão não é criticar o trabalho da profissional de psicologia, mas talvez refletir sobre os motivos que levam a um trabalho mais individualizado e solitário. O que na verdade já havia percebido de alguma forma quando ela foi a única profissional que me indicou usuários jovens e LGBTQIA+.

29/12/2021 - Observação

Fui até o Centro de Saúde nesse dia imaginando que estaria mais vazio, o que me possibilitaria acessar a equipe mais tranquilamente para que conseguisse entrevistar um quinto profissional. Cheguei lá e percebi que o ritmo estava parecido com o habitual, talvez parecendo menos cheio, mas ainda sim com todos os profissionais ocupados. Me senti um pouco deslocada já que não tinha nenhuma entrevista agendada e fui apostando que conseguiria conversar mais tranquilamente com alguém da equipe.

Procurei diretamente pela médica S., com quem conversei há algum tempo sobre entrevistá-la. Na época ela havia topado, mas como quarta-feira é o seu dia de ficar no acolhimento, ressaltou que seria necessário pensarmos um outro dia ou mesmo na própria quarta-feira mais tarde. Como não tenho conseguido ir para lá em outros dias da semana, tenho tentado conversar com ela sobre agendarmos para alguma quarta-feira no fim do dia, um pouco mais próximo ao horário de fechamento do CS. Imaginei que ela poderia estar de férias, por ser quase ano novo. Vou tentar novamente quando virar o ano.

Não agendei nenhuma entrevista de usuário para esse dia, primeiro por não ter tido novos contatos e segundo por ser fim de dezembro, imaginei que poderiam estar viajando ou descansando. Havia conversado com a usuária C., um dos contatos que a entrevistada V. me passou, sobre deixarmos a sua entrevista para janeiro, já que ela estava resolvendo algumas burocracias com o seu marido, que demanda muito cuidado dela por ser acamado.

Quando percebi que já não estava conseguindo conversar com nenhum profissional, me senti frustrada por ter ido até lá sem ter combinado nada com nenhum deles, e veio uma sensação de estar atrapalhando ao ficar lá observando e tentando conversar com eles. Por não ser mais o início de campo, penso que pode surgir alguma sensação de estarem sendo avaliados e vigiados quando fico observando o movimento, principalmente quando me sento na recepção e fico observando quem chega e quais são as demandas.

E então resolvi ir até a sala de reunião externa, que estava vazia já que os alunos da medicina da Unicamp estavam de férias, para escrever um pouco e tentar organizar todas essas percepções. Enquanto estava lá sozinha, uma criança apareceu na porta e perguntou o que eu estava fazendo. Começou a conversar comigo e me contou que estava esperando sua mãe passar por

consulta. Perguntou se lá havia brinquedos para que ele pudesse brincar enquanto esperava, e como não tinha nada de brinquedos materiais, sugeriu brincarmos de pedra, papel e tesoura. Tentei perguntar se ele ia sempre até o Centro de saúde e se morava perto, mas ele não estava muito disposto a ter essa conversa, quase entrevista de usuário, porque queria mesmo era brincar. Depois de falar sobre a escola e sua professora favorita, voltou para dentro do Centro de Saúde e segundos depois retornou correndo para me falar tchau, disse que estava indo embora, e que me encontraria lá outro dia.

Fui embora nesse dia sem saber como avançar nas entrevistas, e com uma sensação de não conseguir insistir com os profissionais que eu já havia conversado pedindo indicações de usuários para participarem da pesquisa. Além disso, também há certa preocupação por estarmos perto do prazo de entregar os materiais das entrevistas e narrativas, e ainda não ter cumprido a meta. Resolvi que era melhor esperar a virada de ano e retomar o planejamento e os contatos no início do ano, para tentar entrevistar pelo menos mais um profissional e dois usuários.

12/01/2022 - Devolutiva (V.)

Neste dia combinei com a usuária V. de dar a devolutiva da sua narrativa no período da manhã. Cheguei lá por volta de 9h30 e percebi que o Centro de Saúde estava bem esvaziado, e como cheguei mais cedo do que o combinado para tentar encontrar uma sala, me surpreendi com a disponibilidade de salas vazias.

Andei pelos corredores dando bom dia para a equipe, e quando encontrei a farmacêutica F. na cozinha, ela comentou algo a respeito de trocar a minha máscara (eu estava com uma descartável por baixo e uma de pano por cima) por ter visto apenas a máscara de pano em meu rosto, me orientou a trocar por uma descartável porque o “negócio estava feio” por lá. Disse que tinha 12 funcionários afastados com sintomas de Covid, mas que estavam com falta de testes. Falei a respeito dessa diretriz de menos tempo afastado, que tem sido de 5 dias, e ela comentou que isso poderia até dar certo nos Estados Unidos porque lá eles tinham testes, mas que aqui, quando chegava no quinto

dia, os usuários voltavam para pegar outro atestado porque ainda não estavam recuperados.

Além desse número de profissionais afastados que F. me informou, tinham muitos outros em férias. Ao procurar pela coordenadora A., a ACS D. me indicou que olhasse o quadro de férias na sala da administração para ver quando ela retornava, e percebi que muita gente tirou férias nesse começo de mês. Não consegui confirmar depois quantos desses profissionais que não estavam presentes estavam de férias e quantos estavam afastados, mas em um momento posterior algumas funcionárias me indicaram que tinham muitos de férias e muitos afastados.

A usuária V. combinou de conversar comigo depois que saísse da consulta com a psicóloga S., e fiquei esperando na sala de reuniões externa. Quando ela me encontrou na sala, ficamos um tempo conversando antes de começar a validação de sua narrativa. Ela me contou coisas de sua história que não tinha comentado nas entrevistas, sobre ter casado cedo, ser mãe cedo e ter sido privada de viver coisas que gostaria de viver. Contou que agora é uma mulher diferente, que percebeu que não é só porque é casada e tem 3 filhos que não pode fazer as coisas que sempre quis fazer, como por exemplo ir para o bar com suas amigas, e que essa mudança de pensamento afetou positivamente sua relação com os seus filhos adolescentes, que por um tempo estavam acostumados a sempre ouvir negativas da mãe. Hoje em dia conta que eles têm uma relação de confiança com ela e que ela consegue ser mais maleável e permissiva com os filhos, algo que nunca teve oportunidade de viver em sua juventude.

Além disso, V. contou sobre uma reforma que está fazendo em sua casa, está incorporando um espaço comercial para vender os *hot dog*, já que por causa das chuvas perdeu muita matéria prima e encomendas. Disse que por enquanto não está conseguindo vender os lanches e que a reforma está com prazo para acabar em abril.

Quando passamos para a leitura de sua narrativa, compartilhei o quanto tinha achado interessante o seu relato, e que por conta disso foi uma tarefa difícil resumir para caber na narrativa, e então uma narrativa que deveria ter no máximo 4 páginas, acabou ficando com 6. Ela começou a leitura em voz alta e foi fazendo alguns comentários no caminho, ou para dar alguma atualização

sobre uma situação que mencionou em seu relato, ou para concordar com o que estava lendo.

Em alguns momentos fez um sinal batendo no peito e sorrindo, como que orgulhosa de si mesma pelas coisas que lia. Brincou que já podia ser política e que os funcionários e coordenadora do Centro de Saúde deveriam ver aquela narrativa para valorizar essa personagem importante na história da participação social do Centro de Saúde.

V. parecia muito satisfeita com a sua narrativa, e inclusive pediu para levar a narrativa impressa para casa, dizendo que gostaria muito de reler em outro momento. Fiquei em dúvida quanto a ceder a esse pedido, já que não me recordava de termos conversado sobre isso em reunião, mas como se tratava de seu próprio relato, entendi que era um direito que ela tinha pela própria produção.

Expliquei a ela como se dariam as próximas etapas da pesquisa e ela se interessou para saber quando seria chamada novamente, pedi que aguardasse o meu contato para o momento da devolutiva com os participantes.

Devido ao período de chuvas percebi que a horta está com bastante mato, precisando de uma organização. Entretanto, por conta dessa nova onda de infecções por Covid, imaginei que os grupos poderiam sofrer alguma interrupção.

Em conversa com algumas pessoas da equipe a respeito das férias, uma técnica de enfermagem, que agora não me recordo o nome, comentou a respeito de sua aposentadoria, que segundo ela sai em maio. Diz que não vê a hora desse momento chegar, e que está muito cansada. As colegas brincam sobre ela sentir falta de lá depois que sair, e de uma maneira sentimental, ela diz que gosta muito de trabalhar lá, só estava cansada porque estavam “sendo escravizados” desde que ela entrou. As colegas concordaram, e enfatizaram que realmente era um trabalho muito cansativo, porque não param nunca.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS TRABALHADORES

PROJETO "ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM DOS ASPECTOS SUBJETIVOS E SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA"

Pesquisadores Responsáveis:
Coletivo de Estudos e Apoio Paideia - DSC/FCM/UNICAMP
Coordenação geral da pesquisa: Gastão Wagner de Sousa Campos - DSC/FCM/UNICAMP

Número do CAAE: 40699120.2.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Considerando a posição central da Atenção Primária à Saúde na produção de um cuidado que vai além da dimensão biológica, trabalhando na perspectiva da produção à saúde e da clínica ampliada, a presente pesquisa tem como objetivo identificar e analisar a abordagem dos aspectos subjetivos e sociais na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia pelo SARS-Cov-2. Para isso, pretende ouvir trabalhadores e usuários, inseridos em unidades básicas de saúde, localizadas em regiões com alta vulnerabilidade social das regiões metropolitanas de Campinas/SP, São Paulo/SP e Rio de Janeiro/RJ.

Os objetivos específicos desta pesquisa são: (1) Identificar e analisar as principais estratégias de promoção do autocuidado, de capacidade reflexiva e do manejo das relações de poder durante a pandemia na perspectiva de usuários e de profissionais; (2) Apreender a compreensão e percepção que usuários têm sobre o cuidado ofertado pelos serviços da APS no contexto da pandemia; (3) Apreender a compreensão e percepção que usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) têm sobre influência da dimensão subjetiva e social nos agravos à saúde; (4) Analisar as principais ações que as equipes das Unidades Básicas e dos NASF têm desenvolvido durante a pandemia para promover o cuidado integral às pessoas com algum agravo em saúde mental; (5) Investigar em que medida e de que modo as equipes das Unidades Básicas e dos NASF têm cuidado da dimensão subjetiva e social presente nos agravos à saúde e de que modo têm promovido a democracia institucional e o ativismo social no contexto da pandemia pelo novo coronavírus.

Assinatura do pesquisador(a) Assinatura do participante

_____ _____

Sua principal contribuição está na identificação de fatores importantes na construção de um cuidado integral à saúde, compreendendo os principais desafios e potencialidades para o manejo da dimensão psicossocial na APS. Além disso, por meio de seus resultados, será possível verificar os obstáculos e potenciais estratégias voltadas ao enfrentamento das iniquidades e à promoção do controle social e do exercício de cidadania, de modo a fortalecer a APS e o SUS, bem como a constituição de sujeitos e coletivos.

Procedimentos:

Participando do estudo, você está sendo convidado a uma entrevista, que pode ser realizada em mais de uma sessão, se houver necessidade, e será agendada de acordo com a disponibilidade de cada participante. As entrevistas são momentos de encontros dialógicos, nos quais além da coleta de dados, ocorre um espaço oportuno para a produção de reflexões conjuntas. Buscando não reduzir as análises aos dados produzidos a partir de entrevistas, os entrevistadores também irão confeccionar diários de campo, de modo a descrever as circunstâncias, locais e impressões sobre os serviços e os territórios onde a pesquisa estiver sendo desenvolvida, fornecendo dados complementares para a análise.

As entrevistas serão realizadas nos serviços de saúde, na casa dos usuários ou em outro local da comunidade acordado pelo participante e/ou pelo pesquisador. Estima-se que sejam necessários de dois a cinco encontros para a coleta de dados, sendo que os agendamentos terão um intervalo de sete a quinze dias entre cada encontro, com uma duração máxima de uma hora cada um.

Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos participantes da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. Estas gravações, bem como os diários de campo, serão utilizados apenas no âmbito deste estudo e armazenados por dez anos em local seguro na sala de pesquisa e serão descartados após esse período. Caso um novo projeto utilize esse material, ele será previamente submetido ao **Comitê de Ética em Pesquisa (**CEP) para aprovação. Os dados aqui fornecidos só poderão ser utilizados em nova pesquisa se o participante autorizar mediante assinatura em TCLE da nova pesquisa.

Desconfortos e riscos:

Este estudo pode apresentar riscos relacionados ao constrangimento e/ou algum incômodo decorrente da exposição de opiniões, experiências de vida ou mesmo pelo contato com alguma situação de sofrimento causada pelas lembranças relatadas. Neste caso ou diante de fortes sentimentos de tristeza, angústia, saudade, raiva, choro ou qualquer outro constrangimento, os entrevistadores estarão disponíveis para dar apoio, sempre que necessário, avaliando se é o caso de pedir ajuda e suporte de outros serviços da rede de saúde, fazendo o devido encaminhamento do participante da pesquisa, de maneira responsabilizada. Ressaltamos, ainda, que em caso de prejuízo ao participante, a entrevista deve ser interrompida e finalizada em uma ocasião posterior. De qualquer forma, tomaremos todos os cuidados necessários para buscar evitar desconfortos aos participantes durante a pesquisa e asseguramos o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente em consequência da sua participação.

A sua participação não é obrigatória e em caso de desconforto ou constrangimento você poderá interromper a entrevista e solicitar sua retomada em ocasião posterior ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenha nenhum tipo de prejuízo.

Assinatura do pesquisador(a) Assinatura do participante

_____ _____

O pesquisador se compromete, também, a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes. Se algum incômodo surgir, pelo tempo de duração de cada atividade, o participante terá total liberdade de pedir para parar a atividade por alguns minutos, mudar o dia ou até mesmo suspender sua participação.

Benefícios:

Esta pesquisa poderá melhorar os serviços prestados na saúde, sobretudo no atendimento a pessoas em situação de vulnerabilidade social. Isso pode contribuir na melhora da saúde e qualidade de vida das pessoas que utilizam esses serviços. Não haverá nenhum benefício direto ao participante da pesquisa

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Não haverá nenhum tipo de custo ou ressarcimento financeiro. Haverá ressarcimento financeiro caso haja algum custo financeiro para o participante ou responsável, que esteja relacionado ao desenvolvimento da pesquisa. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. A coleta de dados deverá ocorrer durante a rotina do participante da pesquisa e, caso seja necessária a presença do mesmo fora de sua rotina, haverá o ressarcimento das despesas decorrentes de sua participação na pesquisa (como transporte e alimentação) para o participante e seu acompanhante, quando for o caso.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, telefone (19) 35219574, e-mail gastaowsc68@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30h às 11:30h e das 13:00h às 17:00h na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; email: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Assinatura do pesquisador(a) Assinatura do participante

_____ _____

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____ Contato telefônico: _____ E-mail (opcional): _____ Data: ____/_____/_____ (Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/_____/_____ Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Assinatura do pesquisador(a) Assinatura do participante

_____ _____