

GESTÃO DO CUIDADO CONFORME NARRATIVAS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTROLE DISCIPLINAR

CARE MANAGEMENT ACCORDING TO NARRATIVES OF FAMILY HEALTH TEAMS: DISCIPLINARY CONTROL

GESTIÓN DEL CUIDADO SEGÚN NARRATIVAS DE EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA: CONTROL DISCIPLINARIO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n8-178>

Data de submissão: 19/07/2025

Data de publicação: 19/08/2025

Michele Campagnoli

Doutoranda em Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

Instituição: Universidade Estadual de Campinas

E-mail: m124125@dac.unicamp.br

Raquel Cristina Prando Resende

Mestranda em Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

Instituição: Universidade Estadual de Campinas

E-mail: raa.cpr@gmail.com

Eliete Maria Silva

Professora doutora em Enfermagem

Instituição: Universidade Estadual de Campinas

E-mail: emsilva@unicamp.br

RESUMO

Objetivou-se analisar a gestão do cuidado praticada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estudo qualitativo realizado com quatro equipes de ESF. Utilizou-se o referencial teórico da Análise Institucional, no período de novembro de 2022 a agosto de 2023. Foi realizada a construção coletiva das narrativas das equipes referente à gestão do cuidado. A Atenção Primária em Saúde, considerada a ordenadora do cuidado, permanece no cuidado do corpo, disciplinando e capturando. As trabalhadoras de saúde utilizam o poder disciplinar para a prestação do cuidado, tornando a gestão do cuidado frágil. Apresentam implicação quanto às suas práticas e vivenciam o instituído e o instituiente no dia a dia. Verifica-se a necessidade de ampliar a gestão do cuidado, incluindo aspectos além do biológico, construindo o cuidado com a usuária e envolvendo diversos saberes que podem potencializar esta colaboração na existência.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Cuidado. Pesquisa Qualitativa. Análise Institucional.

ABSTRACT

The aim of the present study was to analyze care management practiced by teams of the Family Health Strategy (primary care modality in Brazil). A qualitative study was conducted with four Family Health teams between November 2022 and August 2023, using institutional analysis as the theoretical reference. A collective construction was performed of the narratives of the teams on the subject of care management. Primary care, which is considered the gateway to the healthcare system, focuses on

providing care for the body, emphasizing discipline and commanding patients. Health workers use disciplinary power to provide care, making care management fragile. They present implications with regards to their practices and experience the instituted and instituent in day-to-day work. There is a need to expand care management to include aspects beyond the biological, building care in collaboration with patients and involving knowledge that can enhance this collaboration.

Keywords: Universal Health Care. Primary Care. Qualitative Research. Institutional Analysis.

RESUMEN

Se ha tenido como objetivo analizar la gestión de la atención practicada por los equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Estudio cualitativo realizado con cuatro equipos de ESF. Se utilizó el referencial teórico del Análisis Institucional, en el período de noviembre 2022 a agosto 2023. Se realizó la construcción colectiva de las narrativas de los equipos referentes a la gestión del cuidado. La atención primaria de salud, considerada como el organizador del cuidado, permanece en el cuidado del cuerpo, disciplinando y capturando. Las trabajadoras de salud utilizan el poder disciplinario para la prestación de cuidados, haciendo frágil la gestión de los mismos. Presentan implicación en cuanto a sus prácticas y experimentan lo instituido e instituente en el día a día. Se verifica la necesidad de ampliar la gestión del cuidado, incluyendo aspectos más allá del biológico, construyendo el cuidado con la usuaria e involucrando diversos saberes que pueden potenciar esta colaboración en la existencia.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Atención Primaria de Salud. Cuidado. Investigación Cualitativa. Análisis Institucional.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado é fundamental para o entendimento e a transformação na vida do sujeito, da família e da comunidade. Este cuidado é alcançado por meio das intervenções realizadas pela equipe de saúde com a população e pelos diversos equipamentos sociais do território, como escolas, organizações não governamentais, entre outras. Ele é organizado e executado em ações conjuntas; sendo assim, não se faz por um sujeito isoladamente, mas pela equipe de saúde junto com coletivos.

Embora as equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) produzam o cuidado, este cuidado apresenta complexidade e dinâmica diversificada, além de diferentes necessidades, de acordo com o indivíduo, a família ou a comunidade¹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é capaz de modificar as práticas de saúde, em sua integralidade, em diversos contextos da organização dos serviços e da rede dinâmica, formal e informal¹.

Podemos considerar que o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde chega ao território, potencializado pela singularidade de cada ser - trabalhadora e usuária, compondo diversas forças presentes no cotidiano de cada encontro, através das relações de poder entre as pessoas².

Essa relação de poder ocorre através do jogo do instituído e do instituinte, conforme se realiza o cuidado, ou seja, sendo o instituído a força estática e o instituinte o movimento dinâmico de questionar regras e normas estabelecidas³.

Observa-se que o cuidado pode ser constituído como um rizoma, com diversas formas e ramificações, conectando-se em qualquer ponto; ele se multiplica e possui diversas entradas⁴. O cuidado contempla as necessidades de alguém por meio de ações⁵, valorizando suas singularidades e formando relações interpessoais⁶.

Nesta busca das macro e micropolíticas, pensando-se na composição da existência, pode-se tornar possível o cuidado mais integral, com múltiplas responsabilidades⁷. As trabalhadoras da saúde devem entender que o cuidado provoca potência no outro, abordando aspectos além do biológico, como o afetivo⁸.

Desse modo, torna-se importante conhecer como as equipes de saúde na APS praticam a gestão do cuidado, no intuito de identificar se ocorre o cuidado subjetivo, quais poderes percorrem este cuidado e como é articulada a relação da trabalhadora da saúde com as usuárias. Este estudo tem como objetivo analisar a gestão do cuidado relatada pelas trabalhadoras das Unidades de Saúde.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa qualitativa, oriunda de trabalho de campo desenvolvido na região metropolitana de Campinas. Utilizou o referencial teórico da Análise Institucional, para compreender as dinâmicas institucionais, os analisadores existentes nas práticas cotidianas e as implicações dos sujeitos⁹ envolvidos na gestão do cuidado em um determinado território.

Os dados foram obtidos em quatro encontros com quatro equipes da ESF, totalizando 23 trabalhadoras da saúde, sendo 18 pertencentes à Estratégia Saúde da Família (03 médicas, 06 enfermeiras, 05 auxiliares ou técnicas de enfermagem e 04 Agentes Comunitários de Saúde), 04 da equipe multiprofissional (01 fisioterapeuta, 01 fonoaudiólogo, 02 farmacêuticas) e 01 da equipe de Saúde Bucal (01 dentista). A predominância foi do gênero feminino - sendo 16 feminino, 06 masculino e 01 transexual. Não participaram do estudo duas trabalhadoras devido a não interesse no tema em questão.

A pesquisadora participou dos espaços instituídos pelas equipes, como reunião de equipe e reunião geral, as quais foram gravadas e transcritas; também foram produzidas escritas em diários coletivos; diários individuais e diário de campo da pesquisadora, no período de novembro de 2022 a agosto de 2023. Atuou-se na problemática apresentada no momento, com foco nas relações entre indivíduos e coletivos, em suas diversas ações, estrutura e significado. Trabalhou-se o cotidiano das experiências, em seu entendimento pelos sujeitos que a vivenciaram¹⁰.

O coletivo que foi estudado definiu o trajeto da pesquisa. A pesquisa envolve ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que estão presentes nas situações e nas implicações¹¹.

Para tanto, a pergunta fundamental que percorreu todo o processo de investigação e análise sobre as relações de cuidado foi: “Como as equipes de saúde na APS praticam a gestão do cuidado?”. Diante dos achados, pôde-se construir as narrativas das relações para a construção do cuidado.

Para análise dos dados, realizou-se a análise temática, que compreende leitura e interpretação do conteúdo do discurso das participantes. Por meio dessa análise foi possível encontrar respostas para a questão formulada¹⁰. Conforme foi se construindo a compreensão da gestão do cuidado composta pelas equipes, utilizou-se o referencial do Michel Foucault, sobre poder e disciplina para embasar as análises.

Os resultados foram organizados em cinco categorias: Construção do cuidado; Processo de trabalho; Percepção da equipe a respeito da usuária; Sentimentos ao realizar o cuidado; O que move as trabalhadoras para a realização da gestão do cuidado.

A pesquisa foi analisada de acordo com o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). Também foi desenvolvida após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (número 5.132.84; CAAE: 51425621.7.0000.5404), seguindo todas as resoluções pertinentes do Conselho Nacional de Saúde.

Como a linguagem é considerada um campo de disputa naturalizada¹² e tendo em vista que na participação da pesquisa houve predominância do gênero feminino, optou-se por escrever este artigo referindo-se às participantes no feminino.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os encontros se deram por meio de rodas de conversas com a equipe de saúde, construindo narrativas sobre a gestão do cuidado e tecendo reflexões sobre esta gestão do cuidado prestado pela equipe junto à população.

O cuidado se faz de uma pessoa com a outra, acontece na relação, no encontro, contempla ação técnica, juntamente com contextos afetivos, políticos, históricos, entre outros, existem disputas entre diversos saberes e poderes¹³.

Para melhor compreensão dos resultados, organizamos em cinco categorias para descrever a gestão do cuidado prestado pelas equipes de saúde estudadas: Construção do cuidado; Processo de trabalho; Percepção da equipe a respeito da usuária; Sentimentos ao realizar o cuidado; O que move as trabalhadoras para a realização da gestão do cuidado.

3.1 CONSTRUÇÃO DO CUIDADO

O cuidado está interligado com a forma da prestação da assistência à saúde. A equipe de saúde se vê como prestadora do cuidado. Consideram que a equipe de referência deve ser responsável pela construção deste cuidado em todo momento de interação, a partir da necessidade de entender o que está acontecendo com a usuária, em qualquer momento em que houver necessidade.

“Ela traz essa demanda para alguém que já é da equipe dela, uma pessoa que vai dar continuidade deste cuidado.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Ela passa em algum, outro atendimento assim, na vacina, tem uma demanda, eu fiz este exame, ah, meu filho está se sentindo assim, ela traz isso, a gente discute em reunião de equipe pra ver se a gente agenda uma consulta ou se marca alguma outra coisa.” (1º Encontro 10/11/2022)

A equipe de saúde considera que o território, o vínculo com a população e o compartilhamento do cuidado com outros equipamentos, como serviços sociais, viabilizam a realização da assistência à saúde na perspectiva da integralidade.

Também observamos que esta forma de aproximação pode gerar o encontro entre as trabalhadoras e usuárias, e produzir o cuidado por meio da relação e no ato da assistência, conforme Merhy et al. (2019)² nos mostra em seus estudos. Já Foucault (2021)¹⁴ apresenta que a vida é identificada na doença, observamos que as trabalhadoras de saúde iniciam o cuidado de acordo com a necessidade da usuária, está muitas vezes ligada a alguma enfermidade.

A formação do cuidado se faz coletivamente, de modo que atenda às expectativas da usuária identificadas pelas trabalhadoras, mas também da equipe de saúde, neste caso temos uma situação em que a equipe demonstra utilizar a reunião de equipe para conduzir e definir o cuidado. Durante a discussão não se percebeu se ao desenvolver o cuidado envolve a vontade da usuária.

“Os casos mais complexos mais graves, a gente discute em reunião de equipe para pensar em outras formas de cuidado.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Nossa ainda bem que a gente ficou ali, insistindo que chegou outra pessoa e também falou a mesma coisa e realmente parece que acordou e falou é isso que eu preciso para ser cuidado mesmo.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Eu sempre tento explicar para o paciente também como funciona os serviços de saúde que ele está acessando.” (3º Encontro, 09/01/2023)

“Durante a reunião não existia um coletivo, as trabalhadoras estavam cada uma fazendo algo diferente do que estar totalmente na discussão daquele momento, ao mesmo tempo que estavam discutindo sobre algum caso (cuidado de alguém), um técnico estava transcrevendo receitas, a médica vendo exames, a ACS entrando e saindo da sala preocupada em ligar o ventilador, devido ao calor do ambiente.” (Diário da pesquisadora, 18/11/2022)

As reuniões de equipe são consideradas estratégias utilizadas para o gerenciamento do cuidado, porém apresenta problema em sua efetivação, as trabalhadoras devem atuar no gerenciamento do cuidado, por meio das dimensões gerencial e assistencial que o processo de trabalho envolve, com foco na intervenção na necessidade de saúde do sujeito¹⁵.

Pode se afirmar que as trabalhadoras atuam de forma fragmentada, em suas diversas atividades, não refletindo o real cuidado necessário para a usuária, ao realizar múltiplas tarefas, não se permitem a discussão coletiva para a gestão do cuidado, que se faz na prática, identificando suas implicações com o caso e envolvendo diversas formas de cuidado.

Existe no ato do trabalho para a produção do cuidado diversos intercessores que compõem a micropolítica¹⁶ e estes definem a gestão do cuidado, podendo ser mais subjetivo e discursivo ou mais

padronizado, neste caso reconhecemos uma certa padronização da forma de condução dos cuidados aos sujeitos.

Para o desenvolvimento do cuidado singular envolve o saber, a técnica, a intervenção, a experiência, a criatividade e os valores morais¹⁷. E para que isso ocorra, o momento do encontro entre e com as trabalhadoras é fundamental para a gestão do cuidado.

A construção do cuidado se faz pelas relações da trabalhadora com a usuária, trabalhadora com trabalhadora e usuária com usuária. Durante a análise coletiva, o cuidado foi refletido para além da assistência, reconhecendo que existe, durante a relação, a troca de saberes entre as trabalhadoras e as usuárias, porém o poder das trabalhadoras sobre as usuárias prevalece, quando as trabalhadoras relatam a dinâmica da gestão do cuidado, verificamos que as trabalhadoras desejam e tentam impor como deve ser o cuidado em determinada situação.

De acordo com Foucault (2010)¹⁸, o cuidado de si, relacionado com a verdade, se faz pela transformação do sujeito, através da afetação, e também pelo trabalho dela para consigo mesma. Observamos no estudo que as trabalhadoras se encontram afetadas ao realizar o cuidado, e isso acarreta diversos sentimentos e não entendimento de situações ditas “complexas”.

As trabalhadoras enfatizam que o cuidado na APS é longitudinal, e que a usuária precisa entender este cuidado, que vai se transformando e se modificando com o tempo.

“Cuidado, ele se dá em todo momento, desde a paciente chegando na recepção, tirando alguma dúvida, querendo alguma informação, seja a gente passando no corredor, alguém querendo saber alguma coisa e nos aborda.” (1º Encontro 10/11/2022)

“A gente acaba querendo ver a paciente ao todo.” (2º Encontro 18/11/2022)

“A gente fala também para a paciente que vai ter esse suporte de acompanhamento que ela pode vir aqui, que ela vai ser cuidada durante esse tempo, eu acho que dá um alívio nela, e ela adere melhor ao tratamento.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Acho que o cuidado muda bastante, alguns se perdem no caminho, cada paciente é muito mutável, acho que muda, às vezes, se perde às vezes tem o novo.” (1º Encontro 10/11/2022)

Mas para isso, a usuária deve se tornar o corpo dócil, no qual existe um poder sobre o corpo, com controle disciplinar para conseguir alcançar o desejável¹⁹.

O cuidado longitudinal se realiza ao longo do tempo, contempla uma característica da APS, envolve o vínculo entre a equipe de saúde e a população²⁰.

Outro aspecto demonstrado neste estudo, foi que as trabalhadoras abordam diversas dificuldades para se fazer o cuidado, devido a falta de tempo, sobrecarga, falta de entendimento da usuária em relação ao cuidado proposto e excesso de demanda espontânea. Percebe-se que existe uma

relativa “cegueira” sobre a gestão do cuidado, no qual precisam ser analisadas as implicações coletivas das trabalhadoras de saúde para identificar a construção do cuidado em suas práticas.

“Da gente não conseguir contemplar todo o cuidado que a gente gostaria, no tempo que a gente gostaria, realmente por faltar tempo.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Na vivência mesmo de tanta dificuldade assim do cuidado que, passa pela sobrecarga.” (1º Encontro 10/11/2022)

“E as pacientes que não passam, elas vêm pedir remédio para mim, porque acabou e estão tomando por conta, além de tudo, estão se automedicando.” (3º Encontro 09/01/2023)

Observamos acima, que a trabalhadora de saúde deseja um certo controle da atividade, não refletindo se elas tomam para si a responsabilidade do cuidado, esquecendo que a usuária deve ser a protagonista, e que caberia a elas direcionar o como fazer este cuidado se efetivar.

Como declarado por Foucault (2022)¹⁹, o sujeito deseja controlar o horário, a elaboração temporal do ato, o corpo e o gesto posto em correlação e articulação do corpo-objeto. Neste estudo verificamos que as trabalhadoras tentam ter esse poder, tornando a gestão do cuidado centrada em ordens e regras, o que pode prejudicar o diálogo com a usuária.

Se ocorresse a análise das implicações, identificando e reconhecendo as dimensões afetivas, existencial e profissional em suas diversas formas²¹ poderia contribuir para que as trabalhadoras se reconhecessem como atoras na produção da gestão do cuidado.

As trabalhadoras podem se permitir afetar e serem afetadas, entender a relação através do poder, e suas trocas para conseguir contribuir com a gestão do cuidado ofertada a usuária, conforme Nightingale (1989)²² já afirmava que “*a verdadeira experiência, nos diz ela só se adquire pela prática da observação acurada, caso contrário se pode ir apenas repetindo as mesmas tolices*”.

3.2 PROCESSO DE TRABALHO

A maior parte das situações discutidas denota que as trabalhadoras apresentam dificuldades em desenvolver o cuidado com qualidade, devido ao excesso de demanda e à falta de organização do processo de trabalho.

“A gente até tem na cabeça, mas acaba não conseguindo efetuar, efetivar, por falta de tempo, de divisão de trabalho, de uma maneira mais equilibrada, de um jeito que a gente conseguisse fazer aquilo mesmo.” (2º Encontro 18/11/2022)

“O lucro não está acima da vida.” (Diário Coletivo)

De acordo com Rago (2019)⁷, o neoliberalismo reduz os direitos sociais e individuais, formulando o sujeito como “capital humano”, sendo necessárias outras maneiras de subjetivação, para não ser aprisionado pelas instituições.

Porém, as trabalhadoras deveriam compreender que o trabalho vivo em ato é transpassado por diversas lógicas de trabalho, e que elas podem romper com o processo de trabalho, através da forma que irão desenvolver no cotidiano e em suas práticas. Conforme Merhy (2013)²³, as trabalhadoras podem recriar sua prática, utilizando ferramentas que reconstroem o processo de trabalho e modificam seus resultados, os produtos.

Muitas trabalhadoras da saúde desenvolvem as atividades sem entender as razões delas. E elas poderiam refletir sobre os saberes para compreenderem essas composições de verdades, e também as verdades que produzem o cuidado. Para Foucault (2021)²⁴, a verdade está associada ao acontecimento, está relacionada às instituições que a produzem.

Observamos nos encontros que as trabalhadoras se apresentam sujeitadas às rotinas, normas e capturadas pelo tempo. Quando pensam no cuidado, focam nas ofertas existentes e não se atentam à subjetividade presente em cada cuidado. As equipes de saúde apresentam seus cuidados com foco na biomedicina.

“Tem sempre uma porta aberta, o acolhimento, onde chegam as questões de saúde, onde as usuárias têm acesso. O acolhimento é organizado em acolhimento por queixas agudas e acolhimento das equipes para analisar sua necessidade e verificar a melhor forma de resolutividade, por consulta, grupo ou discussão na reunião de equipe.” (1º Encontro 10/11/2022)

“O cuidado se dá em qualquer lugar, e a profissional consegue levar isso para a equipe, a necessidade da usuária, e verifica se necessita de um agendamento médico, mas falta tempo para resolver tudo que a gente precisa dentro da equipe.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Temos um caso de uma paciente vulnerabilizada, acionamos o serviço social, porque a equipe queria institucionalizá-la, pois o que tínhamos para oferecer se esgotou, mas ela não queria.” (2º Encontro 18/11/2022)

Este analisador da predominância da prática instituída, focada nos protocolos e na forma hierárquica de decisão constitui o trabalho. Encontramos, nas práticas, a vigilância, a disciplina, a dominação e a presença do Estado²⁵. Para a prestação do cuidado, necessitamos de criatividade e pensar em cada caso para o desenvolvimento do cuidado, coletiva e respeitosamente, incluindo as usuárias.

Também observamos a presença deste cuidado mais subjetivo e focado no sujeito, quando a equipe de saúde, junto com a usuária, decide qual o melhor cuidado a ser desenvolvido.

“Em toda reunião discutimos o que podemos fazer enquanto equipe de saúde para modificar a situação, mas não depende só de nós. Tentamos equilibrar de atender, conciliar o que ela (usuária) precisa, e também do que necessitamos intervir.” (1º Encontro 10/11/2022)

Analisamos que as trabalhadoras produzem o cuidado majoritariamente ditando regras, como verdade, sem levar em consideração a opinião das usuárias. Conforme Foucault (2022)¹⁹ nos aponta, as habilidades do corpo obediente, dócil e funcional, ligado à disciplina, formam regras que moldam o funcionamento da vida. Quando isso não é alcançado, gera-se frustração na equipe de saúde.

“Dá frustração de você pensar no cuidado para a paciente, e às vezes ela não quer aquele cuidado, ela não enxerga que aquilo vai ser algo relevante para ela.” (1º Encontro 10/11/2022)

Sobre a gestão do cuidado, presenciamos o analisador, assistência focada no olhar biomédico, que predomina na organização, reflexão e intervenção deste cuidado, com pouca interface com a rede formal e informal.

“Está enraizado o modelo biomédico, onde a população deseja consulta médica, ou medicamentos, e a equipe muitas vezes oferta assistência com base da queixa da paciente” (1º Encontro 10/11/2022)

Encontramos em Foucault (2021)¹⁴, no “Nascimento da Clínica”, que existe o foco no corpo, com os desvendamentos do biológico que o constitui.

Esta forma de realizar o cuidado tenta adestrar e controlar a usuária, tornando-a dócil ao que é proposto para sua vida¹⁹. Porém, observamos que na prática existem resistências, de acordo com Spagnol et al. (2023)²⁶, a resistência constitui de força social contra a força dominante (poder). Este estudo corrobora com nosso estudo ao reconhecer no diário dos profissionais da saúde sobre sua prática e observou-se a predominância do modelo biomédico. Desta forma, a resistência é considerada um analisador das práticas, que precisa ser entendida, visto que conforme Lourau (2014)⁹, o analisar desvenda outro sentido ao que já é conhecido.

Observamos que as trabalhadoras de saúde se incomodam com esse processo de resistência. Esse incômodo pode ser nomeado como implicação⁹, demonstrada pela relação das trabalhadoras e usuárias.

“Às vezes a paciente não quer este cuidado, se você desvia daquilo que ela tá ali, quando ela tá focada no que ela quer e não de ouvir o que temos para ela, gera dificuldades. Não depende da gente, a gente está aqui todo dia como profissional.” (3º Encontro 09/01/2023)

A condução do cuidado centrado apenas no corpo biológico fragmenta a gestão do cuidado, precisando desconstruir e reconhecer o que vai além dos protocolos para, assim, permitir se afetar e

desenhar o cuidado subjetivo e integral⁸. Para que isso ocorra, as equipes da saúde necessitam de tempo, discussões para entender o acontecimento e propor outras perspectivas para os cuidados. Pelas análises dos espaços instituídos, ocorre a fixação no enfoque biomédico e nas normativas impostas para a realização do cuidado.

“Cuidado, ele se dá em todo momento, é necessário alinhar as expectativas da usuária e da equipe de saúde, devemos entender realmente a necessidade da usuária e buscar o melhor meio de articulação que conseguimos fazer dentro e fora da rede para oferecer a assistência para o indivíduo.” (1º Encontro 10/11/2022)

As trabalhadoras de saúde necessitam pensar em si e no outro para a construção do cuidado, permitindo a interação entre elas para o surgimento dos rizomas²⁷. Precisa-se quebrar a cegueira existente nesta prática, colocando em análise coletiva as implicações para, daí sim, conseguir contextualizar o cuidado, através da singularidade de cada existência².

Quando a equipe de saúde relata como desenvolve a gestão do cuidado, este segue através do poder disciplinar, tornando a usuária um elemento para seguir o que é proposto. Os trabalhadores da saúde devem ampliar suas percepções e conhecimentos para além da clínica biológica, possibilitando potências e permitindo movimentos para o cuidado de si⁸.

Pode existir a gestão com cuidado mais amplo, englobando a rede formal e informal, quando a equipe de saúde permite as discussões e a construção – junto com as usuárias – para um determinado cuidado. Ao reconhecer a usuária no centro do cuidado e permitir entender e interpretar a relação existente o cuidado será melhor desenvolvido.

Sendo assim, a equipe de saúde encontra diversos obstáculos para realizar a gestão do cuidado, tais como as relações hierárquicas, práticas fragmentadas, pontuais, de baixa resolutividade e ênfase em atendimentos individuais.

3.3 PERCEPÇÃO DA EQUIPE A RESPEITO DA USUÁRIA

Ao analisarmos as usuárias, as trabalhadoras participantes refletem que o imediatismo atrapalha no cuidado longitudinal, e acabam realizando o cuidado focado no modelo biomédico, com foco na queixa-conduta.

Vivemos em uma sociedade em que prevalece o biopoder, e a medicina culturalmente desenvolve este poder sobre os corpos. Segundo Foucault (2021)²⁴, o corpo é uma realidade biopolítica e a medicina uma estratégia biopolítica.

“E às vezes esse paciente, ele não quer aquele cuidado, ou ele não enxerga que aquilo vai ser algo relevante pra ele.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Expectativa do paciente, o paciente fica frustrado por não compreender também como funciona o sistema de saúde, ele quer, tem a expectativa que já vai passar com o médico, ou vai resolver o problema dele, e aí fica um pouco frustrado, por conta disso, não dá seguimento ao que a gente propõe.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Paciente ter uma visão super especialista, às vezes ele acha que o clínico do posto não vai suprir a demanda dele e que teria uma consulta super especializada, pega muito, né, a cultura do paciente, afeta muito esta adesão dele.” (1º Encontro 10/11/2022)

Percebemos que na relação trabalhadora e usuária existem dificuldades no compartilhamento de saberes para o desenvolvimento do cuidado, mas está se desenvolve. E em nenhum momento as trabalhadoras refletem sobre isso, sobre como estão atuando.

“Eu acho difícil, que o paciente vem com expectativa de cuidado, da parte que tenho muita dificuldade é quando o paciente vem muito focado naquilo que ele está sentindo e ele não quer seguir o que você está falando.” (1º Encontro 10/11/2022)

Observamos em Foucault (2004)²⁸, que conforme a definição sexual, ética e política se forma a vida, que é afirmada pela identidade, constituída como força criativa. Sendo assim, as trabalhadoras em suas relações são essenciais buscar a diferenciação, a criação e a inovação para poder se contemplar na relação de uma com a outra.

Durante o encontro entre a trabalhadora e a usuária, de acordo com Foucault (2004)²⁸, o poder de uma se eleva para interferir na conduta ou não conduta, e geralmente a trabalhadora espera que a usuária aceite a situação. Porém tem a possibilidade de mudança e discordância, e isso precisa ser levado em consideração para se pensar na forma de vida possível para aquela usuária que é livre e tem o direito de escolha.

3.4 SENTIMENTOS AO REALIZAR O CUIDADO

A trabalhadora de saúde se afeta ao realizar a gestão do cuidado a usuária, e isso interfere no desenvolvimento do cuidado, durante a pesquisa diversas afetações foram relatadas como algo que aparece e precisa ser analisado para poder entender como está se dando aquele cuidado.

Durante os encontros, as trabalhadoras relataram frustração, muitas vezes identificando o modelo biomédico hegemônico como gerador de dificuldades para a realização do cuidado multiprofissional e interdisciplinar, e também relatam que o apoio da família e da comunidade, como vizinhança e lideranças comunitárias, podem contribuir para a aceitação do cuidado da equipe. Essa análise corrobora com o estudo de Pinho et al. (2018)²⁹ no qual o cuidado centrado no médico muitas

vezes impossibilita ou dificulta a atuação de outros profissionais, assim também a família como colaboradora para o usuário aderir aos cuidados.

“Dá frustração às vezes, de você pensar no cuidado pro paciente.” (3º Encontro 09/01/2023)

“A gente até ficou mais aliviado que uma vizinha se prontificou em ajudar no cuidado. Tudo isso trouxe para a equipe um sofrimento, também, a gente toda reunião o que a gente vai fazer, a gente vai lá de novo, mas o que a gente pode mudar, e quanto isso é frustrante né, pra gente que quer este cuidado, mas que não depende só da gente né, toda esta relação com o paciente, que ele espera também deste tratamento.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Que já é desgastante, né, por conta de toda complexidade dos casos, da rede como um todo e quando se tem dificuldade de adesão aquela, aquele modelo de cuidado, acho que é uma das características que contribui para a sobrecarga, para essas dificuldades de mudar.” (2º Encontro 18/11/2022)

As trabalhadoras devem se permitir analisar suas implicações, assim identificam os sentimentos presentes e facilitam o entendimento do processo de cuidar. Conforme Lourau (2014)⁹, o indivíduo deve se questionar sobre suas práticas. Segundo Abrahão (2014)³⁰, a trabalhadora não possui neutralidade, e ao prestar o cuidado está envolvida no processo de subjetivação, precisa se desinstitucionalizar, (re)inventar a si mesma e ao mundo, para assim conseguir progredir.

No cotidiano do trabalho encontramos diversos desafios e possibilidades para se produzir o cuidado, e então surgem os afetos nas experiências vivenciadas entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e para lidar com isso a trabalhadora tem uma certa potência sobre seu trabalho, podendo falar e ser ouvida para transformar os afetos em criatividade¹⁷.

3.5 O QUE FAZ A TRABALHADORA PRESTAR O CUIDADO

Ao discutir sobre o sentido da gestão do cuidado, as trabalhadoras apresentam a crença e a política que faz com que se fortaleçam para a prestação do cuidado. Mas observamos durante a pesquisa, que existem diversos desafios para a realização da gestão do cuidado na rede de saúde.

“Fortalecer esse papel de atenção primária, fortalecer isso não só perante a equipe que ainda é muito necessário.” (3º Encontro 09/01/2023)

“Apropriar cada vez mais a população disso, porque a educação em saúde é um ponto muito falho, caráter transformador que a atenção primária tem de mudar mesmo a saúde das pessoas de estar ali próxima no território, de conhecer as realidades.” (1º Encontro 10/11/2022)

“Elo entre nós, então assim, há uns desejos, mas há um desejo de estar, porque é esse o princípio né, do cuidado, primário, de estar em busca deste paciente, não tapando os buracos.” (2º Encontro 18/11/2022)

“Isso pensando no micro, né, pensando no macro, eu acredito muito na política, que a gente faz uma boa saúde pública, e eu acredito que a gente só vai fazer uma boa saúde pública melhor, fazendo mais, a gente precisa de mais SUS.” (2º Encontro 18/11/2022)
“Fazer o melhor que a gente pode.” (3º Encontro 09/01/2023)

O trabalho funcional ou moral, segundo Cecílio (2007)³¹, percorre a atuação destas trabalhadoras, existe o comprometimento com o trabalho no Sistema Único de Saúde, de reviver os espaços instituintes, entender os sentidos produzidos ao se prestar o cuidado.

E esta transformação ocorre pelo movimento do instituinte e instituído, com as trocas de saberes e a realização das ações¹⁶. O instituído não compõe sozinho o indivíduo, temos algum hiato para repensar³².

Para dar sentido às trabalhadoras de saúde refletirem sobre a gestão do cuidado, são necessários espaços coletivos com pautas com este tema para repensar suas práticas e também entenderem qual política norteia a gestão de cuidados ofertada e como fazer diferente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos a gestão do cuidado em saúde de grande complexidade. Para sua realização, podem-se utilizar as redes formais e informais com foco nos sujeitos. Para isso, as equipes de saúde precisam reconhecer os limites e desafios atuais e ampliar suas práticas, assim como o processo de trabalho necessita estar organizado nesta perspectiva.

O cuidado mostrou-se com foco biomédico, apresentando o poder disciplinar e o controle dos corpos; porém, sabemos que o cuidado pode ser pensado em seus diversos contextos que vai além do enfoque biomédico e que, para cada cuidado, existem diversas formas de intervenção – e que estas são realizadas coletivamente, incluindo e respeitando os desejos dos sujeitos envolvidos.

Portanto, a produção de cuidado nestas equipes nos revelou que as pessoas produzem infinitas possibilidades, muitas delas focadas em normas e protocolos, cabe às trabalhadoras considerar e legitimar a autonomia das usuárias em seus modos de levar a vida, possibilitando que sejam protagonistas na produção de cuidados.

Cabe às equipes de saúde reinventarem o modo de prestar os cuidados com cada usuária, compartilhar responsabilidades e escutar o que tem a contribuir sobre o autocuidado, o cuidado de si mesma e para sua própria vida.

REFERÊNCIAS

- Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42(1): 244-260. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
- Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Debate* 2019; 43(6):70-83. <https://doi.org/10.1590/0103-110420195606>.
- Barembli G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 6^a ed. Belo Horizonte: Record, 2012. p. 214.
- Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs*. Vol. 1. 2^a ed. São Paulo: 34, 1995. p. 17-34.
- Hirata H. O cuidado: implicações teóricas e sociais. In: Hirata H. *O cuidado: teorias e práticas*. 1^a ed. São Paulo: Boitempo, 2022. p. 23-52.
- Brugère F. O tema do cuidado, a voz das mulheres. In: Brugère F. *A ética do cuidado*. São Paulo: Contracorrente, 2023. p. 13-52.
- Rago M. “Estar na hora do mundo”: subjetividade e política em Foucault e nos feminismos. *Interface* (Botucatu) 2019; 23: e180515 <https://doi.org/10.1590/Interface.180515>.
- Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? *Saúde Debate* 2019; 43(6):93-103. <http://doi.org/10.1590/0103-11042019S608>.
- Lourau R. *A Análise Institucional*. 3^a ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- Minayo M.C.S. *O desafio do conhecimento*: Pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia, Ciência e Profissão* 2003; 23(4):64-73.
- Mendes R, Azevedo AB, Frutuoso MFP, Oliveira ECS. Movimentos de partida, deslocamentos e ressonâncias. In: Mendes R, Azevedo AB, Frutuoso MFP. *Pesquisar com os pés: deslocamentos no cuidado e na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 13-28.
- Cassetto SJ, Henz AO, Rodrigues A, Azevedo AB, Martinez FPM, Moreno HV, Silva MJ, Capozzolo AA. O cuidado não existe, modos diversos de cuidado na atenção básica em saúde. In: Mendes R, Azevedo AB, Frutuoso MFP. *Pesquisar com os pés: deslocamentos no cuidado e na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 121-143.
- Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. 7^a ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.
- Bica MC, Cremonese L, Barreto CN, Rodrigues ALM, Alves FQ. Gerenciamento do cuidado em estratégias de saúde da família na percepção de enfermeiros. *Rev. Enferm* 2020; 10(74):1-18. <https://doi.org/10.5902/2179769242518>.

Merhy EE. A micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde como contribuição para a compreensão das apostas em torno de uma reestruturação produtiva no setor. In: Merhy EE. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. 4^a ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p.19-40.

Sá MC, Miranda L, Diniz DS, Savi ESA, Teixeira ES, Fonseca MLG. *Oficinas clínicas do cuidado efeitos da narratividade sobre o trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

Foucault M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

Foucault M. *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão*. 42^a. Petropólis: Vozes, 2022.

Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, Pitilin EB. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2022;38(3):e00103221. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221>.

L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine* 2012; 8(1):194 - 219, 2012.

Nightingale F. *Notas sobre enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989. p.06.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 19 - 67.

Foucault M. *Microfísica do poder*. 11^a ed. São Paulo: Paz & Terra, 2021.

Andrade HS, Carvalho SR, Oliveira CF. Leituras do governo neoliberal, do Estado e da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2022; 32(1):1-19. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320116>.

Spagnol CA, Ribeiro RP, Araújo MGF, Andrade WV, Luzi RWS, Santos CR, Dóbies DV, L'Abbate S. Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional. *Saúde Debate* 2023; 43(6):185-195. <http://doi.org/10.1590/0103-11042022E616>.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004; 8(14):73-92.

Foucault M. Michael Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. *Verse* 2004; 5:260-277.

Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processo de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018, 23(1):141-151. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>.

Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Tallelberg C, Chagas MS, Rocha M, Santos NLP, Silva E, Vianna L. O pesquisador in mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Gomes MPC, Merhy EE. *Pesquisadores In Mundo*: um estudo da produção do acesso e barreiras em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 133-144.

Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface, Comunic, Saúde, Educ.* 2007; 11(22):345-363.

Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos.* São Paulo: Hucitec, 2000.