

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

JOSIANE MOREIRA GERMANO

**PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
ATENÇÃO BÁSICA: DES-CAMINHOS, POSSIBILIDADES E PRODUÇÕES**

JEQUIÉ

2019

JOSIANE MOREIRA GERMANO

**PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
ATENÇÃO BÁSICA: DES-CAMINHOS, POSSIBILIDADES E PRODUÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, nível Mestrado Acadêmico, com área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Orientadora:

Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela.

Linha de Pesquisa:

Educação, Saúde e Sociedade.

JEQUIÉ

2019

S373p Germano, Josiane Moreira.

Processo de trabalho de uma equipe do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: des-caminhos, possibilidades e produções / Josiane Moreira Germano.- Jequié, 2019.

110f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela)

FOLHA DE APROVAÇÃO

GERMANO, Josiane Moreira **Processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica:** des-caminhos, possibilidades e produções. Dissertação. Mestrado em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié – Bahia, 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Alba Benemerita Alves Vilela
Orientadora e presidente da banca

Prof. Dr. José Patrício Bispo Junior
Componente da banca

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim
Componente da Banca

Jequié, 11 de fevereiro de 2019.

Dedico este trabalho aos meus pais, João e Maria, e ao meu irmão Lucas, que não mediram esforços para que eu pudesse viver os meus sonhos

AGRADECIMENTOS

O mundo está cada vez mais individualista, atividades simples como dialogar com outras pessoas tornou-se uma tarefa quase impossível, as convicções surtam à flor da pele e parece muito difícil acreditar na solidariedade. Todo esse individualismo atual me faz estranhar as pessoas que acreditam que podem andar só. Carlos Drummond de Andrade vem à minha memória com um de seus escritos, “Mãos Dadas” (publicado em Sentimento do mundo, em 1940) é o poema que me faz pensar na partilha, na união e na solidariedade, quando incita: “Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas” eu reitero as muitas mãos que tive apoio das mais variadas formas para que esta dissertação pudesse ser construída, mais entrelaçadas às minhas que permaneceram para sempre em mais este sonho. Assim, tecerei algumas palavras àqueles que estiveram presentes.

Lucas Moreira Germano, você segurou as minhas pontas em Jequié e cuidou de nossos pais em Londrina, sem saber, muitas vezes foi o irmão mais velho mesmo sendo o mais novo. Nas minhas ausências, desde quando decidi sair de casa para fazer residência no interior de São Paulo, você cuidou de tudo, com toda a delicadeza e sabedoria, eu te amo “Louquinhas”. Obrigada, por tudo, pelas conversas, pelos conselhos, você sempre foi o meu maior incentivador desde a época que estávamos na graduação na Universidade Estadual de Londrina. Quero te dizer que, mesmo mexendo nos seus livros de história, bagunçando a sua mente enquanto lia Franz Kafka, misturando cada coisa que eu aprendia “da área da saúde” você sempre me deu ouvidos, mesmo não entendendo “nada”. Você é espetacular.

João Germano e Maria Germano, meus pais, a vocês todo o meu amor e carinho, não consigo escrever muita coisa, qualquer palavra que eu colocar aqui será insuficiente para expressar tudo o que sinto por vocês. Mesmo diante de tanta simplicidade e dificuldade vocês nunca mediram esforços para que eu vivesse os meus sonhos, mesmo sabendo que ficaríamos há quase 2.900km de distância, nunca reprimiram o meu desejo. É por vocês que eu continuarei lutando todos os dias.

Flavia Brito, eu não poderia deixar de agradecer pela amizade e por todos momentos incríveis que partilhamos durante o mestrado, desde os estudos até as resenhas, na companhia de Tati, vivemos momentos memoráveis, de acolhimento, muito afeto e claro, muita comilança. Muito obrigada por abrir as portas da sua casa quando eu mais queria ir para a minha casa, eu sinto que eu ganhei uma família em Aiquara.

Tatiana Couto, Tati, o que posso falar de você? Me faltam palavras, mas arrisco dizer que você é uma das pessoas mais doces, mais humana e mais acolhedora que eu pude conhecer. Muito obrigada, por todos os momentos, por todos os conselhos, pelas escritas, pelas revisões, pelo apoio emocional, por todas as caminhadas na madrugada, enfim, por sua leveza.

Dan. Meu amigo, muito obrigada por todo carinho, todo apoio. Sua sensibilidade e afeto é que tem de mais lindo em você, tenho muito orgulho da pessoa que és. Obrigada por me acolher, por ser um fiel companheiro nesta etapa.

Wagner, Wag. Foi chegando de quietinho, mas você não sabe o quanto é importante. Obrigada por tudo! Você é especial demais chefinho.

Isis Biondi. Que encontro potente, você é de uma sabedoria inigualável, é sempre um prazer poder ouvi-la. Contigo pude partilhar os meus anseios e minhas angustias, você foi minha psicóloga sem saber, sempre dando um jeito nessa minha mente inquieta, bagunçando ainda mais. Conversas prolixas e é assim, não sabemos ser objetivas, mas está tudo bem, aprendo muito com você.

Adilson Ribeiro dos Santos, sonhador, militante, de uma potência incrível. Que feliz encontro da vida, do Mato Grosso do Sul diretamente para a Bahia, gratidão.

À Jeorgia Alves, você foi simplesmente incrível, me fez olhar para a pesquisa de um jeitinho diferente, eu agradeço a sua disponibilidade e todo o seu cuidado comigo. Muito obrigada por contribuir na pesquisa.

Aos colegas da turma do mestrado 2017, fomos criativos demais, obrigada pelos momentos.

À Dayse Lourenço, amiga-irmã desde sempre, não me lembro de um momento em minha vida que você não estivesse presente e nesta etapa não poderia ser diferente, obrigada.

À Hevely Beatriz, é com ela que partilho as aventuras desde a época da graduação, parceiras no rock'n'roll, é uma grande amiga que ganhei para a vida. Nos períodos de surto e desânimo foram nossos áudios longuíssimos que me davam força e ânimo, saudades.

À Flavia Silva Soares, que me socorreu quando eu achei que não seria possível dar encaminhamento na pesquisa, não foi só o seu notebook que fez toda diferença, obrigada.

À equipe do Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Básica pelos momentos ímpares de muita aprendizagem. Minha gratidão pelo acolhimento e a oportunidade de vivenciar tantas coisas com vocês.

Ao Professor Dr. Ricardo Burg Ceccim, muito obrigada por estar presente desde o momento da qualificação. Suas contribuições foram essenciais para a condução desta dissertação, obrigada pela gentileza e disponibilidade. É uma honra tê-lo presente.

Ao Professor Dr. José Patrício Bispo Junior, um dos primeiros pesquisadores que tive contato quando, timidamente, comecei a pensar na formação do fisioterapeuta. É uma honra tê-lo na banda de sustentação, muito obrigada por suas contribuições.

À Professora Dra. Alba Benemérita Alves Vilela, obrigada pelo acolhimento em Jequié e pelos momentos de estudo e muitas produções juntas. Agradeço à confiança depositada em mim para a realização deste estudo, também sou grata pela oportunidade que me deste, obrigada por fazer parte do meu crescimento profissional, gratidão.

Aos coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, professora Dra. Adriana Alves Nery e professor Dr. Cesar Augusto Cassoti pelo comprometimento com o ensino e pelo seguimento ético sempre buscando a melhoria do programa.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde por contribuir significativamente com a minha formação.

À FAPESB pela concessão de bolsa de estudos no segundo ano do mestrado.

“[...] Cada um de nós passamos pelas mais variadas micropolíticas e, em cada uma delas, muda a nossa maneira de pensar, sentir, perceber, agir – muda tudo”.

(Suely Rolnik 2016, p.55)

AS LIÇÕES DE R. Q.

Apreendi com Rômulo Quiroga (um pintor boliviano):

A expressão reta não sonha.

Não use o traço acostumado.

A força de um artista vem de suas derrotas.

Só a alma atormentada pode trazer para a voz um
formato de pássaro.

Arte não tem pensa

O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.

É preciso transver o mundo.

Isto seja:

Deus deu a forma. Os artistas desformam.

É preciso desformar o mundo:

Tirar da natureza as naturalidades.

Fazer cavalo verde, por exemplo.

Fazer noiva camponesa voar – como em Chagall.

Tirar da natureza as naturalidades.

Fazer cavalo verde, por exemplo [...]

Agora é só puxar o alarme do silêncio que eu saio por

Aí a desformar.

Até já imaginei mulher de 7 peitos para fazer vaginação comigo.

MANOEL DE BARROS

GERMANO, Josiane Moreira. **Processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica:** des-caminhos, possibilidades e produções. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié – Bahia, 2019.

RESUMO

Essa dissertação teve por objetivo analisar o processo de trabalho de uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Dada a complexidade do trabalho em saúde, planejamos um estudo na qual o pesquisador buscou explorar os múltiplos planos do cotidiano do trabalho da equipe. Então, para acompanhar os processos de trabalho que é vivo e em ato, utilizamos a perspectiva cartográfica como meio de produção do conhecimento e análise que, enquanto método de pesquisa, é uma das possibilidades de estudar objetos de caráter mais subjetivos e que exigem do pesquisador a habitação e exploração de diferentes territórios. Nesse sentido, a cartografia não isola o sujeito do objeto, mas, mistura-se com aquilo que almeja pesquisar. O cartógrafo vai à campo, em busca de alimentos para compor suas cartografias, sua prática diz respeito ao desejo no campo social. Assim, imergimos no cotidiano do trabalho desta equipe do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e fomos percorrendo por algumas pistas que apareciam em nossos percursos. Identificamos que o processo de trabalho desta equipe é altamente disputado por vários planos de cuidado sendo a gestão do trabalho e educação permanente fortemente atravessados pelos campos normativos, protocolados e disciplinares. Observamos que é na micropolítica do trabalho que a equipe produz algumas linhas de fuga, como: matriciamento da própria equipe do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família, grupos de atividades físicas, visitas domiciliares e espaços de educação permanente. Assim, a superfície de contato entre as equipes é estreita e no processo de produção do cuidado há enfrentamento entre as forças. Esta dissertação, ao utilizar-se da cartografia permitiu que trouxéssemos para a cena dispositivos que dialogassem com os movimentos de servidão, liberdade e repetição ao sabor dos encontros nos cotidianos dos serviços a partir do olhar do filósofo holandês Baruch Spinoza. Também cartografamos e experimentamos alguns cenários de educação permanente e elencamos alguns pontos interessantes para pensar os arranjos e a constitutividade das ações de educação permanente destas equipes, que se mostraram altamente capturadas pela lógica da educação continuada. Seguindo as pistas, produzimos junto com o Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família, encontros que ampliassem a potência e a análise do trabalho, assim, esta dissertação, também foi um dispositivo que agenciou o processo de construção coletiva e de educação permanente no ato da pesquisa.

Palavras-chave: Processo de trabalho. Educação Continuada. Atenção Básica à Saúde.

GERMANO, Josiane Moreira. **Working process of the Extended Family Health and Primary Care Nucleus: lack of ways and productions.** Dissertation (Master) Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié - Bahia, 2019.

ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze the work process of a team of the Extended Family Health and Primary Care Center. Given the complexity of health work, we planned a study in which the researcher sought to explore the multiple plans of the team's daily work. So, to follow the work processes that is alive and in action, we use the cartographic perspective as a means of knowledge production and analysis, which, as a research method, is one of the possibilities to study more subjective objects that require the researcher. housing and exploitation of different territories. In this sense, cartography does not isolate the subject from the object, but mixes with what it aims to research. The cartographer goes to the countryside, searching for food to compose his cartographies, his practice concerns the desire in the social field. Thus, we immersed ourselves in the daily work of this team of the Extended Family Health Support Nucleus and went through some clues that appeared in our paths. We identified that the work process of this team is highly disputed by various care plans and work management and continuing education are strongly crossed by normative, protocolled and disciplinary fields. We observe that it is in the micropolitics of the work that the team produces some lines of escape, such as: matriculation of the extended family health support team itself, physical activity groups, home visits and permanent education spaces. Thus, the contact surface between the teams is narrow and in the care production process there is confrontation between the forces. This dissertation, using cartography, allowed us to bring to the scene devices that dialogue with the movements of serfdom, freedom and repetition to the taste of meetings in daily services from the eyes of the Dutch philosopher Baruch Spinoza. We also mapped and experimented with some scenarios of continuing education and listed some interesting points to think about the arrangements and the constitutiveness of the continuing education actions of these teams, which were highly captured by the logic of continuing education. Following the clues, we produced, together with the Extended Family Health Support Center, meetings that expanded the power and analysis of work, so this dissertation was also a device that managed the process of collective construction and permanent education in the act. of research.

Key-words: Health Work. Permanent Education. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

AM - Apoio Matricial

AB - Atenção Básica

CA - Clínica Ampliada

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

eSF - Equipe de Saúde da Família

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPE - Núcleo de Educação Permanente

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SUS - Sistema Único de Saúde

UEL - Universidade Estadual de Londrina

VS - Vigilância à Saúde

SUMÁRIO

1	A POTÊNCIA DOS ENCONTROS EM MEU CAMINHAR: APRESENTAÇÃO.....	15
2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CAMPO DE DISPUTAS E POSSIBILIDADES NA ATENÇÃO BÁSICA	19
3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA TRANSVERSALIDADE DOS PROCESSOS DE TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	26
4	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E O DESAFIO DA CONSTRUÇÃO COLETIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	32
5	CAMINHOS DA PESQUISA	37
5.1	Cartografia e o cartógrafo.....	40
5.2	Cartografia em mim.....	47
5.3	Aproximações com o NASF-AB e abordagem no campo.....	50
6	RESULTADOS	54
6.1	Manuscrito 1: Entre nós: o processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica.....	55
6.2	Manuscrito 2: A Educação Permanente em Saúde e o Apoio Matricial no núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica.....	75
7.	MEMÓRIAS DOCUMENTADAS.....	90
8.	POESIAS-EM-MIM.....	105
9.	DAS PALAVRAS FINAIS.....	109
	REFERÊNCIAS.....	111
	ANEXOS	121
	ANEXO A –Parecer consubstanciado do CEP.....	122

APÊNDICES	125
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	126

1 A POTÊNCIA DOS ENCONTROS EM MEU CAMINHAR: APRESENTAÇÃO

Discorrer sobre a minha trajetória é um misto de sentimentos, iniciei a minha graduação em Fisioterapia, em 2007, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), nascida e criada nesta cidade, pensava que iria traçar minha carreira em uma perspectiva clínica, mais especificamente na Ginecologia e Obstetrícia, no cuidado às gestantes, exclusivamente. Com o passar dos anos caminhei e conheci outros aspectos da profissão, sobretudo, hegemônicos, até deparar-me com a possibilidade de ingressar em um projeto na Saúde Coletiva, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Frustrada, após um resultado negativo, eu ouvi de uma grande amiga que o PET-Saúde me levaria a lugares inimagináveis e, então, isso ficou guardado. Às vezes essa lembrança vem à tona, principalmente hoje, quando disserto e reflito sobre os caminhos até aqui.

Sem saber, de fato, a imersão na Saúde da Família mudara absolutamente a minha perspectiva no momento da graduação, ainda na fase embrionária. Eu abria uma brecha e navegava no cotidiano da Atenção Básica e, por meio do PET-Saúde, iniciava leituras sobre atuação na Estratégia Saúde da Família, estudava conceitos de equipe multiprofissional e discutia territorialização. Pude vivê-la de fato. Assim, começara os encontros que modificariam a minha trajetória. Afetos? Paixões? Ações? Eu ainda não poderia compreender, porém, sabia que algo mudava e a conclusão que eu chegava era que não cabia mais o cuidado exclusivo às gestantes.

Finalizei a graduação e não tive dúvidas do próximo passo, iniciei a jornada de estudos para ingressar em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Em 2013, o interior do estado de São Paulo foi o contexto onde ocorreu a maior transformação em minha vida profissional e, desde então, não foi mais possível pensar meu eu distante dos contextos social, educacional, político e histórico. Problematizar a formação e as práticas em saúde, mesmo que timidamente, passou a ser uma necessidade, havia tanta desarticulação das salas de aula para os territórios que eu sentia a necessidade de compreender melhor esse processo.

Com a proposta das Metodologias Ativas de Aprendizagem, perspectiva pedagógica da instituição em que cursei a residência, a Faculdade de Medicina de Marília, Famema, eu me via só e, por vezes, eu relutei, pois ainda carregava/carrego a herança passiva do processo de ensino-aprendizagem, eu precisava ancorar-me em um docente a fim de obter respostas imediatamente suficientes para acalantar as

minhas dúvidas, era um martírio ficar com a pulga atrás da orelha. Neste momento, a crise era um caos. Depois, ao ler a complexa viagem de Suely Rolnik, eu fui perceber que eu adotava a máscara da “noivinha-que-gruda”.

Ao grudar, eu desgrudava e começava a entender que os percalços me ensinavam. Sobretudo, quando estava em crise com meu processo de trabalho, eu começava a pensar em outras lógicas e estratégias do trabalho e não no atendimento em série, programado e pontual. Inquieta, em meu cenário de práticas, enxergava potências, buscava novos encontros, tive alguns bons que potencializaram as minhas, ou melhor, nossas ações. Diante de um contexto de rigidez e dificuldade em ser residente, numa rede colaborativa, mobilizamos (nosso grupo residente) o cenário e iniciamos uma proposta de matriciamento e, depois, de espaços educativos em uma das unidades locais de saúde, um avanço que nos rendeu relatos apresentados na IV Mostra Nacional de Saúde da Família, em Brasília, no ano de 2014 - começávamos a explorar outros territórios.

Assim, por entender a potência de estar em equipe e poder problematizar o cotidiano, a Educação Permanente em Saúde mostrava-se uma novidade, por sua proposta de aprendizagem no/para o serviço, eu a enxergava como uma possibilidade de bagunçar e organizar os serviços, no sentido de levar os trabalhadores para outras dimensões, que deflagravam processos de subjetivação. Tudo isso fazia um desenho, um emaranhado em minha cabeça, esse emaranhado tímido e infantil foi (re)significado em minhas leituras sobre rizoma, que, para Deleuze e Guattari (1995), conecta pontos e permite conexões, sem hierarquia, sem linearidade.

Apaixonada, ainda no processo de passar pela residência, tive a oportunidade de participar do Fórum Nacional dos Residentes em Saúde e dos debates referentes a esse campo de atuação, na representação do Coletivo Paulista e, ainda, imersa neste processo, iniciei o curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, um sonho onde era possível fazer-se e refazer-se novo no ambiente de trabalho, então, mais um momento de novos olhares, (re)começos e possibilidades.

De volta à Londrina e à UEL, iniciei uma Pós-Graduação Lato *Sensu* no Departamento de Educação, intitulada Docência na Educação Superior, em 2016, o que aguçou minha vontade de entrelaçar educação e saúde, imergi em muitas leituras densas e tensas, que me deslocavam do lugar e me levavam para um espaço

totalmente implicado nas ciências sociais e humanas, então, eu via que inserir as discussões acerca da saúde neste contexto tornava-se necessário e pertinente.

Mais um bom encontro se fez presente, dessa vez em Campo Grande, em 2016, em um evento científico. Como monitora, pude construir redes e, dessa vez, com um cartógrafo, uau, que riqueza, neste momento tive a impressão de que encontrei o que procurava, eu só pensava, quanta potência nesse encontro, que me fez mudar novamente, dessa vez para um pouco mais longe, quase 2.500 km distante da minha família.

Com os ânimos acelerados pela existência de uma linha de pesquisa que unia Educação, Saúde e Sociedade eu iniciei meu mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, com área de concentração em Saúde Pública, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em 2017, onde tive o desafio de adentrar-me à diversos universos, a cartografia foi uma delas, em consenso com a orientadora, então, debruçei-me nesse novo e complexo horizonte: “Pistas do Método da Cartografia”, de Virgínia Kastrup, Eduardo Passos e Líliliana da Escóssia; Cartografia Sentimental, de Suely Rolnik e textos de Emerson Elias Merhy e Túlio Batista Franco. Foram minhas primeiras leituras, dava início à dilatação do meu olhar e aos afetos que pediam passagem. Lançar-me diante da pluralidade dos encontros tornava-se um anseio.

Mais um misto de sensações, medos, inquietações, mas também felicidade por produzir um trabalho acadêmico tão visceral, imerso na micropolítica e subjetividade que implicava uma (des)construção diária. Diante desta proposta, foi possível habitar o território e mobilizar o cenário, como aprendiz, imergi mais uma vez no processo de trabalho da equipe de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB e percorri mais uma vez seus territórios. Reforço aqui que, os territórios percorridos não se limitam àqueles geográficos. O “território” do qual eu falo, aproxima-se das ideias do “território existencial”.

Enfim, estar com o NASF, trouxe saudades! Eu lembrei o quanto eu gostava de estar ali, felicidade viva, em ato. As afecções nos levaram a construir diversos momentos articulados com os profissionais do NASF, onde pudemos refletir acerca das especificidades do próprio processo de trabalho e até mesmo sobre a sua concepção, o cerne do NASF. Para disparar nossas conversas utilizamos o texto de Túlio Batista Franco e Heletícia Scabelo Galavote intitulado Em Busca da Clínica dos

Afetos, para contribuir com nossas discussões, na presença do secretário da saúde, cartógrafo e implicado com os processos de subjetivação. Iniciamos um novo momento, com rica produção coletiva e colaborativa, construímos três resumos intitulados: 1) Aproximações com as ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em um município baiano; 2) Ser apoio, mas o que é isso? Impressões do Núcleo de Apoio à Saúde da Família acerca das dimensões do apoio matricial e; 3) Em busca da Clínica dos Afetos: os encontros como possibilidades de (re)construção do processo de trabalho na atenção básica. Esses resumos foram aprovados para apresentação no 13º Congresso da Rede Unida, a realizar-se, em 2018, em Manaus/AM.

Percebo o quão potente o meu olhar se tornou quanto a outros olhares e como os nossos olhares se entrecruzam formando um emaranhado de possibilidades, é como se eu quisesse parafrasear Arnaldo Antunes, quando canta “O seu olhar seu olhar melhora [...] melhora o meu”, construindo assim uma rede colaborativa. Então, eu sigo caminhando em novas leituras, em busca de (re)começos, de possibilidades, de novos olhares a fim de desconstruir e reconstruir-me neste território fértil, vibrátil, subjetivo, permeado pela vontade de produzir afetos e conhecimentos simultaneamente.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CAMPO DE DISPUTAS E POSSIBILIDADES NA ATENÇÃO BÁSICA

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de intensas lutas do movimento sanitário brasileiro ocorrido nos anos 1970. Com o SUS, a saúde pública traça um novo rumo, amplia a compreensão do processo saúde-doença e incorpora os princípios da universalidade, equidade e integralidade, com intuito de construir um novo modelo de atenção (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Dado a partir de uma arena de disputas, o SUS, vive a tensão entre os que pensam a saúde como direito universal e aqueles que entendem a saúde como campo de acumulação do capital, regulamentando-o em normas de mercado.

Baduy (2010) disserta que essas tensões não impediram que atualmente existisse um SUS com seus mecanismos democráticos de funcionamento, a exemplo das instâncias de pactuação e controle social. Outro aspecto importante é a ampliação do acesso aos serviços de saúde, por meio da Atenção Básica (AB) (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015). Cecílio (2001) discorre que a expansão dos serviços, majoritariamente, reproduziu o modelo médico hegemônico centrado no produtivismo e no consumo de procedimentos médicos.

Merhy e Franco (2015) tem discutido em diversas publicações que, sair da lógica do consumo de procedimentos de saúde para a produção do cuidado reduzindo a fragmentação do trabalho é uma tarefa complexa. É um exercício de análise das situações do trabalho para novas práticas de gestão a fim de produzir modelos tecnoassistenciais menos hierárquicos. Para Baduy (2010), modelo tecnoassistencial diz respeito às maneiras pelas quais as ações de saúde estão organizadas e combinadas em uma dada sociedade, segundo o autor: “não envolve só recursos materiais, científicos e instrumentais, mas também escolhas feitas para articular e promover os conhecimentos e as estratégias de intervenção” (BADUY, 2010, p. 26).

Feuerwerker (2005, p.12) argumenta que: “ainda predomina uma visão instrumental da construção de modelos assistenciais centrados em normas” o que tradicionalmente temos visto é que a proposição dos modelos tecnoassistenciais idealizados sem a participação de quem executará as práticas tem demonstrado ser ineficaz, visto que algumas questões estão relacionadas às características do trabalho em saúde, cuja característica é essencialmente coletiva.

Meados da década de 1990, após relutâncias e entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, cria-se uma estratégia para a organização da Atenção Básica - AB para a mudança do modelo hegemônico. Assim sendo, a AB caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos sujeitos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017). Esta estratégia vem sendo progressivamente adotada e é chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF), integrante da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.

Santos, Mishima e Merhy (2018, p. 862) apontam que a ESF é mola propulsora para a reorientação da prática assistencial em novas bases e critérios, “entretanto, embora a ESF se configure como um instrumento importante e mobilizador de mudanças, deve ser vista como campo de possibilidades, mais que modelo estruturado a ser incorporado acriticamente pelo país afora” o que implica superar modelos ideais de saúde.

Na direção de ampliar as ações no âmbito da AB, o ministério da saúde criou por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o intuito de apoiar as equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2008). O NASF foi reforçado nas políticas e portarias em 2008, 2010 e 2014 como estratégia que visava à implementação de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), a adoção do conceito de Clínica Ampliada (CA), de Projeto Terapêutico Singular (PTS), de Promoção, Prevenção e Vigilância da Saúde (VS) e a urgência em promover uma assistência integral e de qualidade.

Com a revisão das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica em 2017, o NASF então, é chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que é uma equipe multiprofissional e interdisciplinar constituída por diferentes especialidades da área da saúde. O NASF então, tem por objetivo atuar de um modo que ofereça suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes da eSF e da AB.

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a

longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um (BRASIL, 2017).

Diante das características do trabalho do NASF-AB junto às unidades de saúde, destacamos na Portaria MS/GM nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que o trabalho deve alicerçar-se em equipe multiprofissional.

Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano [...].

Dessa maneira, as diretrizes do NASF-AB, trazem em seu bojo o alicerce do trabalho sob o referencial teórico do AM com o intuito de conduzir o trabalho sob as perspectivas pedagógicas e assistenciais junto das equipes e dos territórios.

Tomando as ideias de Débora Bertussi (2010) o apoio matricial é um dispositivo¹ estratégico para fazer aproximação entre gestor-trabalhador-usuário, indispensáveis quando se tem por objetivo produzir transformações no processo de trabalho. Nesta perspectiva, Bertussi (2010) nos apresenta o apoio matricial rizomático², no qual não há cisão entre clínica e gestão, sendo então produzidos nos acontecimentos do cotidiano. Assim, o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, [...] relacionadas à organização do processo de trabalho baseado nas necessidades das equipes de saúde, reconhecendo a mútua constitutividade no processo de trabalho.

¹ Segundo Barembliitt (2002, p. 135), “dispositivo” pode ser compreendido como “uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical”.

² A noção de “rizoma” está relacionada à teoria de Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995, p.15). Rizoma diz respeito a um sistema complexo e diferenciado, “ com formas muito diversas, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbo e tubérculos [...]. Os autores afirmam que o rizoma “se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga [...]” (1995, p. 32-33).

Em vista disso, o apoio matricial pode ser considerado um dos álibis para que o processo de trabalho seja pautado na ótica da Educação Permanente em Saúde – EPS, na interprofissionalidade, no trabalho em redes, na Clínica Ampliada – CA, no compartilhamento dos saberes, construindo um campo fértil para a dilatação dos conhecimentos e ainda, a tecedura de uma rede colaborativa de pessoas que podem (re)desenhar os cenários de produção do processo de trabalho na construção de um coletivo potente, implicado e horizontal (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012; BARROS et al., 2015; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

Nesse particular, na complexa discussão acerca do trabalho em saúde, Feuerwerker (2005, p. 501) afirma que o trabalho não é totalmente controlável, pois acontece a partir das relações entre pessoas em todas as fases de sua realização, assim, “está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática”. A autora coloca que, longe de serem “caixas vazias”, os trabalhadores e usuários têm seus próprios valores e concepções sobre saúde, trabalho em saúde e como devem conduzi-lo. Ao dialogar com Helman, Feuerwerker (2005) reitera que em seus pequenos espaços de autonomia, os trabalhadores agem de acordo com aquilo que lhes parece correto, assim, os serviços de saúde são palcos de ações de um time de atores que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam, misturando-se em seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho, Merhy (2002) aponta que o cotidiano, portanto tem duas faces: as das normas e papéis instituídos e as das práticas privadas de cada trabalhador.

Retomando as ideias do processo de trabalho como campo de tensão e disputa, Feuerwerker incita que as práticas em saúde são território de múltiplas disputas e constituição de políticas de diversos atores, dependendo de seus interesses aliam-se ou confrontam-se na tentativa de organizar o processo de trabalho de modo que faça sentido, diante disso Baduy (2010, p. 35) em sua tese afirma que

a tensão entre a autonomia e controle do trabalho e dos trabalhadores de saúde está presente no cotidiano dos serviços. O controle não é estabelecido somente pelas normas e instrumentos gerenciais, instituídos com essa finalidade, mas também, pelas disputas entre os diversos projetos e intencionalidades presentes nos espaços de trabalho, bem como pelo uso do espaço de autonomia dos trabalhadores e dos usuários para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e interesses. Ao realizar o trabalho vivo em ato o trabalhador depara-se com dificuldades, impossibilidades e obstáculos, e pode produzir estranhamentos, conflitos e rupturas, que

desvelam contradições no processo de trabalho instituído³. Os atos criativos e instituintes⁴ impõem rupturas, criando novas possibilidades de agir.

Então, compreendemos que, diante da complexidade do trabalho, a produção de atos em saúde opera com certo grau de incerteza e altos graus de autonomia dos profissionais, o que pode contribuir para a construção de estratégias que possibilitem um modo criativo de conduzir o processo produtivo (FEUERWERKER, 2005). Especialmente na ESF, Galavote et al. (2016) dizem que os trabalhadores constituem um dos desafios à implementação de novos modelos de atenção no âmbito do SUS, visto que a superação do modelo hegemônico é possível a partir da organização das práticas no espaço da micropolítica.

Contudo, percebemos que a inserção do NASF-AB congrega grandes desafios no processo de trabalho, incorporando novas tecnologias, impactando o ambiente de trabalho, reorganizando rotinas e fluxos assistenciais, compartilhando decisões e poder técnico (PANIZZI et al., 2017). A gestão do trabalho não pode ser compreendida apenas sob o controle prescritivo da organização dos processos de trabalho e normativo no campo da macropolítica, também pode ser uma ação cotidiana dos trabalhadores, no espaço da micropolítica, a partir do reconhecimento de que todos os servidores são gestores do seu próprio trabalho e exercem graus de liberdade na organização e execução de suas práticas. O território da gestão do trabalho é constituído pela coexistência da macro e micropolítica (FRANCO, 2013).

Neste universo do trabalho em saúde alguns autores como Ceccim (2005), Feuerwerker (2014) e Franco (2006) denotam que os profissionais em suas relações geram conhecimentos e novas formas de significar o trabalho. Assim, consideramos que o âmbito dos serviços de saúde é capaz de produzir experiências pedagógicas entre os profissionais a partir da reflexão sobre as práticas de saúde. Com o objetivo de promover a qualificação dos profissionais, em 2004, por meio da Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro, o MS instituiu a Política Nacional de Educação

³ O “instituído” aparece como uma característica mais estática e estabilizada, mantendo em si características mais conservadoras (BAREMBLITT, 1996).

⁴ Quanto ao “instituinte”, tomando as ideias de Barembritt, Baduy et al. (2017) pontuam que deve ser entendido como as forças que tendem a transformar as instituições ou fundá-las quando ainda não existem, aparece mais como um processo, impõe rupturas, criando possibilidades de agir.

Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de aprimoramento do trabalho no SUS. Desta forma, Ceccim (2005, p. 976) esclarece-nos que a educação permanente em saúde se constitui como:

Estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola.

Ainda sobre a Educação Permanente em Saúde, Ceccim (2005, p. 161) afirma que

A identificação da Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Então, a EPS concebida como estratégia de considerar o trabalho como *lócus* educativo, em que se incorpora o aprender e o ensinar, apresenta-se como dispositivo técnico-político-pedagógico e não visa apenas à qualificação dos trabalhadores, “mas também, melhorar e potencializar a atenção, a gestão da saúde e o controle social, tanto nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde quanto no âmbito político gerencial no nível central, regional e local” (SANTOS, 2015, p.23). Para o desenvolvimento de um trabalho potente e resolutivo, ações centradas na EPS são imprescindíveis e devem estar inseridas no cotidiano dos serviços de saúde, quaisquer que sejam os cenários, no entanto, destaca-se nesta pesquisa o âmbito da AB, justamente por trabalhar na perspectiva da modificação do trabalho e do trabalhador no ato de suas ações e serviços. A EPS está alicerçada em uma

pedagogia emancipatória e problematizadora, pois, o intuito é propiciar práticas inovadoras de atenção à saúde (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

Diante do exposto, compreendemos o processo de trabalho na AB como arena de disputas de projetos e interesses, levando em conta o trabalho e os trabalhadores e a exposição que sofrem. Assim, no cotidiano dos serviços, a EPS constitui-se como uma das potências de construção de novas práticas, assim o interesse desta pesquisa pauta-se em estudar o processo de trabalho dos profissionais do NASF-AB. Assim, emergem as seguintes questões:

- Como se dá o processo de trabalho do NASF-AB em conjunto com as equipes de Saúde da Família?
- Como são articuladas as práticas de EPS no processo de trabalho das equipes NASF-AB e ESF?

Desta forma, o objetivo deste estudo é analisar o processo de trabalho de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e suas ações de Educação Permanente em Saúde.

3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA TRANSVERSALIDADE DOS PROCESSOS DE TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Com a instituição do SUS o Estado assegura a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde. Desta forma, ocorrem mudanças nas concepções de trabalho e de saúde, portanto, faz-se necessário que haja outras práticas para superar a lógica centrada na patologia a fim de dar lugar à multiplicidade de fatores que envolvem o processo saúde-doença (BRASIL, 2012). Contudo, Franco e Merhy (2013) discorrem que no campo da saúde, de forma hegemônica se estruturam cenários com devir capitalístico⁵, marcado por um modelo tecnoassistencial centrado em procedimentos e alto consumo de insumos, os autores incitam que a construção de um devir solidário para o SUS pressupõe a existência de dispositivos capazes de agenciar a construção de novos saberes e práticas que produzam outros movimentos no processo de trabalho em saúde, ressignificando-o.

Assim, compreendemos que, para compor novos movimentos no âmbito do trabalho, é necessário o enfrentamento de territórios estruturantes dos serviços de saúde e, por conseguinte, a ruptura com o devir capitalístico e a imposição capitalista. Tomando as ideias de Merhy (2002), vários territórios são construídos nos serviços de saúde, propiciando a desconstrução, ao passo que novos territórios são construídos na micropolítica do processo de trabalho.

Distanciamos, por seu turno, das ideias de território como um ponto (frequente em mapas), estático e já delimitado em si, e compreendemos o território como um “ambiente vivo que está sempre sujeito a modificações, desvios e recriações de si mesmo, já que sempre se constitui na relação com outros territórios em movimento” (MACERATA; SOARES ; RAMOS, 2014, p. 922).

⁵ Diferentemente de capitalista, capitalístico diz respeito aos modos de vida, trabalho, orientados pela organização social de consumo. Guattari acrescenta o sufixo "ístico" a "capitalista" por lhe parecer necessária a criação de um termo que possa designar não apenas as sociedades qualificadas como capitalistas, mas também setores do "Terceiro Mundo", assim como as economias ditas socialistas dos países do leste, que vivem em uma espécie de dependência e contradependência do capitalismo. A produção do cuidado capitalística quer dizer que o processo de trabalho é orientado pela valorização do consumo de procedimentos em detrimento dos processos mais relacionais (GUATTARI; ROLNIK, 2013; FRANCO; MERHY, 2013).

Assim, nos aproximamos das concepções de Guattari e Rolnik (2013, p. 388) que afirmam que o território é pensado como uma construção provisória e se dá na relação com os processos de desterritorialização e reterritorialização, nas palavras dos autores:

O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair do seu curso e se destruir, a espécie humana está mergulhada num imenso movimento de desterritorialização, no sentido que seus territórios 'originais' se desfazem ininterruptamente com a divisão social do trabalho [...] com os sistemas maquínicos que a levam a atravessar, cada vez mais rapidamente, as estratificações materiais e mentais.

Franco e Merhy (2013) vão dizer que, essa constituição de vários territórios é possível devido ao trabalho em saúde ser dependente do trabalho vivo em ato, o que permite a liberdade de agir em movimentos de territorializações e desterritorializações, um movimento contínuo de descobertas que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde. O trabalho vivo se depara com instrumentos, normas, máquinas, e compõe, assim, um processo no qual interagem diversos tipos de tecnologias, definidas como tecnologias duras, leve-duras e leves (BADUY, 2010).

Abrimos um parêntese para compreendermos as tecnologias do processo de trabalho em saúde. Frequentemente, a ideia de tecnologia remete-se às máquinas e instrumentos. A partir de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994), esse debate toma rumo diferenciado, já que o autor rompe com o conceito de tecnologia clássica na qual tecnologias não são apenas instrumentos. Gonçalves define que máquinas e instrumentos são tecnologias materiais, enquanto o saber técnico é definido como tecnologias imateriais. Merhy (1997, 2002) e Merhy e Feuerwerker (2009) contribuem para a análise do trabalho em saúde agregando o conceito de trabalho vivo em ato. Para além das máquinas, e do conhecimento técnico, “há algo nuclear no trabalho em saúde que são as relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários, que em ato, conformam uma certa dimensão ao agir tecnológico no modo de agir no manejo da produção do cuidado” (FRANCO; MERHY, 2013).

Sendo assim, as tecnologias duras são aquelas centradas em máquinas, normas e estruturas organizacionais, as tecnologias leve-duras são indicadas pelos conhecimentos técnicos e pelo modo como o trabalhador aplica o conhecimento e; as tecnologias leves são relacionais, portanto, são definidas pelas relações interpessoais, como o vínculo e o acolhimento, referem-se às atitudes próprias do

profissional que é guiado por uma intencionalidade ligada ao campo cuidador. Os distintos modos de articular essas tecnologias determinam os atos em saúde, produzindo cuidado ou não (BADUY et al., 2017).

Portanto, corroboramos com Gonçalves (1994) quando afirma que estudar o mundo do trabalho não diz respeito ao estudo de recursos humanos apenas, ou seja, estudar o mundo do trabalho é estudar uma prática social. Assim, podemos perceber que o trabalho em saúde é complexo e sobre as características do processo de trabalho nos serviços, Feuerwerker (2014), reitera que: “o ato da produção e do consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo na produção dos serviços em geral” (FEUERWERBER, 2014). Isto é, o trabalhador de saúde é produtor e produto de determinados modelos tecnoassistenciais. Assim, podemos perceber que nos serviços de saúde há coexistências des modelos da vigilância em saúde e o tecnoassistencial no fazer das equipes na qual estudou (BADUY, 2010).

Enfatizamos, que o trabalhador no mundo do trabalho, seja individual ou coletivo é conduzido pelos afetos⁶ circulantes nas relações, visto que o trabalho em saúde, tem como base o campo relacional, abre-se para o encontro com usuários, gestores, trabalhadores em espaços de falas, escutas, o que compreendemos como um grande desafio. No entanto, entendemos que deve-se estreitar as relações entre trabalho, educação e gestão em saúde, como vimos, o trabalho em saúde não atende apenas à dimensão técnica e instrumental, ele se caracteriza como uma práxis de relações entre os homens e o mundo em processo mútuo de trocas, sendo assim, o processo de trabalho pode modificar o homem, configurando-se um processo vivo, interativo, dinâmico, subjetivo e educativo (MERHY, 2007).

No setor saúde, sendo o processo de trabalho, peculiar, Santos (2015) afirma que: “atos educativos estão para além da produção de conhecimentos, pois o produto do trabalho é consumido em ato”; isto é, a educação deve ser capaz de desencadear uma visão integral, pautada na interdependência e na transdisciplinaridade e, ainda,

⁶ Afetos, no sentido dado por Spinoza, que diz respeito a capacidade dos corpos de afetar e serem afetados a partir de um encontro. Deste encontro pode-se ter a potência aumentada de modo que favoreça a sua potência de agir ou, a potência diminuída a partir de um mau encontro (FERREIRA, 2009).

possibilitar a construção de redes sociais e conseqüentemente promover a ampliação da consciência individual e coletiva (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Como vimos, a lógica capitalística também agencia a formação dos profissionais em saúde, empregando, pois, o modelo pautado pela ciência positivista, neoliberal e privatista que fragmenta o conhecimento e reduz o saber em especialidades, valorizando a eficiência técnica onde os resultados na formação podem ser vistos sob o desenho de uma colcha de retalhos (FIGUEREDO, 2012).

Sarreta (2009) afirma que uma educação crítica deve levar em consideração os saberes dos sujeitos para que aconteça o aprendizado, caso contrário não é possível a reflexão, visto que o ato de conhecimento nasce da relação entre o conteúdo e o cotidiano, além do estímulo de pensar na própria vida. Pelas ideias de Brandão (1985), a educação é um processo histórico feito por indivíduos que carregam crenças, valores, aspirações, motivações, propósitos, sentimentos; e é influenciada pelas realidades sociais, sociedades, época e período histórico em que a educação é tomada. Assim, Sarreta (2009) acredita que a educação pode transformar a relação de dominação e submissão existente nas relações da saúde na visão pedagógica proposta pela EPS, desta forma, favorece a criticidade e a autonomia, podendo, ainda, provocar atitudes de defesa da saúde e da própria vida.

Os novos contextos em que a saúde está inserida requerem mudanças nas atitudes dos processos de trabalho das equipes de saúde e, desta maneira, a implementação da EPS conclama à necessidade de transformação das práticas profissionais e a organização dos serviços de saúde. Ao analisar o cotidiano do trabalho a partir da convergência dos saberes e das complexidades enfrentadas. Portanto, a EPS é transversal às relações concretas que operam as realidades, além de possibilitar a construção de espaços coletivos potentes de reflexão, culminando em melhorias nas ações de seus pares (CECCIM; FERLA, 2008).

Por entender que os serviços de saúde são espaços de ensino-aprendizagem, tal como prescreve a Lei Orgânica da Saúde em seu Artigo 27, o MS lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma estratégia político-pedagógica que parte do pressuposto da aprendizagem significativa para fortalecimento do SUS (BRASIL, 2007; SARRETA, 2009). A PNEPS, atenta-se para a necessidade do encontro entre os diferentes sujeitos e a incorporação do novo a partir da ação-reflexão-ação no processo de trabalho. Expressa também a importância de

romper com estruturas rígidas e hierarquizadas do ensino tradicional e, assim, se contrapõe às formas retas e acostumadas da produção do cuidado em saúde. A construção de novos traços nos cenários de formação dos profissionais de saúde encontra na concepção de EPS cenário favorável, uma vez que favorece a desestabilização das relações de poder e de saber para operar no movimento do ensinar e do aprender com o outro (FIGUEIREDO; GOUVÊA; SILVA, 2016).

Diferente do trabalho fordista fabril, o trabalho em saúde é marcado pela produção em ato, assim, outra questão importante, abordada pela concepção de EPS, refere-se à dimensão da subjetividade. Considerando que ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeitos. Trabalhar, ensinar e aprender são incorporados às atividades exercidas no ato do trabalho, misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação acontecendo simultaneamente como expressão da realidade (FRANCO, 2007; SANTOS, 2015).

Conforme afirmam Ceccim e Merhy (2009, p. 535-536): “os encontros, na micropolítica, são intensamente pedagógicos”, uma vez que diante das práticas inculcadoras ou homogeneizadoras operam “trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções”. Sendo assim, Baduy et al. (2017) defendem que as intensas relações que são produzidas no âmbito do trabalho o colocam como lugar de manifestação e produção de subjetividades.

A subjetividade, para Baduy et al. (2017), é entendida como a maneira que cada um de nós percebe o mundo social, ela é produzida e registra marcas singulares de acordo com as histórias de vida e formação de cada um, bem como da construção de crenças e valores compartilhados na dimensão cultural e coletiva. A subjetividade é produzida pela mídia, pelas instituições, e em ato, é uma forma seriada de fabricação dos modos de ser que repercute diretamente no processo de trabalho de saúde, na sua prática, no desejo, nos processos interacionais com seus pares e os usuários. (BADUY et. al, 2017; EPS em Movimento, 2014).

Retomando as ideias do trabalho vivo em ato, elencamos que a hegemonia nos processos de trabalho permite enxergar novas práticas ou o quanto se está capturado, de modo que os profissionais possam realizar apenas o que manda o protocolo ou fazer uso das mesmas como certa autonomia. Nesse sentido, trabalhadores escolhem

a maneira mais adequada, no ato da produção, de se mobilizarem certos saberes (BADUY et al., 2017; FRANCO, MERHY, 2013).

Essas formas de escolhas formam um novo saber sobre a sua prática, um saber experiencial, envolvendo novos aspectos cognitivos, mas, também, e ao mesmo tempo em que se produzem novos saberes, existe a possibilidade da formação de novas subjetividades a partir dos fluxos de intensidades que se dá no momento da produção em saúde (MERHY, 2013). Assim, a partir dos encontros, a EPS pode ser um dispositivo capaz de agenciar os trabalhadores no aumento da sua capacidade de agir a partir de novos saberes e de novas formas de enxergar a si mesmo no mundo (CHAGAS; FRANCO, 2018).

Segundo Ceccim (2004):

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimentocentrada e medicalizadora) (CECCIM, 2004, p.167).

Considerando que a produção pedagógica é *pari passu* à produção do cuidado, compreendemos a imanência entre trabalho e educação, quando falamos de EPS, assim, onde está um, está outro misturados, [...] “ o afetamento dos sujeitos no processo educacional só ocorre se houver ao mesmo tempo trabalho e educação ocorrendo juntos, agindo transversalmente nos cenários do SUS” (FRANCO; MERHY, 2013, p.196).

4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E O DESAFIO DA CONSTRUÇÃO COLETIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, a AB é caracterizada como a principal porta de entrada do SUS, este modelo de atenção pode ser identificado pelo conjunto de práticas individuais ou coletivas, contemplando ações de promoção e proteção à saúde que reverberem em mudanças nos determinantes sociais em saúde da população (MORETTI; FEDOSSE, 2016). Giovanella (2012) afirma que a AB é o sustentáculo para um novo modelo assistencial cujo centro é o cidadão.

A AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ela é pensada para estar mais próxima da vida das pessoas, assim, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). Starfield (2002), reitera que a Atenção Primária à Saúde (APS) traz algumas características como: primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, longitudinalidade e integralidade do cuidado, continuidade do relacionamento profissional-paciente ao longo da vida e, ainda, discorre que a APS também é lugar de gerenciamento de ações e serviços responsáveis por resolver as necessidades da população.

No Brasil, os preceitos da AB foram incluídos nos debates da agenda da reforma setorial na década de 1970, configurando um momento ímpar para pensar a mudança da reorganização dos serviços básicos, a reestruturação político-social mostrou a necessidade de um modelo que abarcasse a justiça, equidade e democracia (GIOVANELLA et al., 2012). Advindo do princípio da equidade, o SUS busca garantir a reestrutura dos serviços para oferecer atenção integral, garantindo os serviços básicos de saúde com alto grau de capilaridade (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

A ESF surge como um mecanismo de reorientação do modelo assistencial, que busca transcender a visão positivista do processo saúde-doença, baseando-se em um trabalho humanizado, dinâmico, com enfoque na família e na comunidade. O novo formato de assistência proposto para a ESF tem na sua cartografia a localização central do espaço territorial, que delimita a área de responsabilização central de uma determinada equipe, e é por excelência *lócus* operacional do programa (FRANCO; MERHY, 2003). Com isso, o trabalho na ESF deve levar em conta o conhecimento do

território onde se vai atuar, extrapolando os muros das unidades de saúde (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, o território é o espaço da produção da vida, portanto, da saúde. Assim, o território pode ser definido como o espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico, sendo coletivamente construído e constituído (SANTOS; PEKELMAN, 2008). Merhy e Franco (2003, esclarece que neste território aparece um arsenal de conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia, vigilância à saúde, bem como ciências sociais e planejamento e gestão, cujo instrumental ocupa papel central nas práticas da eSF.

De acordo com esse particular, o trabalho na AB tem em vista a complexidade do cotidiano ao lidar com as demandas dos territórios, dos usuários e dos profissionais. Franco e Merhy (2003) incitam que o objetivo da ESF é reorganizar a assistência, superando a medicalização do processo de cuidado e, também, as práticas hegemônicas em saúde, ao inserir os profissionais na realidade dos usuários, de frente à sua cultura, valores, saberes, no bojo dos processos de levar a vida. Então, a ESF é um modelo que coloca os profissionais em outras perspectivas de trabalho, inserindo-os em diversas realidades, rompendo com as estruturas frias, localizadas em grandes centros urbanos e aproximando-se das áreas de maior vulnerabilidade social, fato que preconiza o modelo dialógico, ou seja, objetiva-se aproximar-se dos saberes existentes naqueles territórios, então, expressamos que o trabalho é calcado em ações multiprofissionais.

Como é um processo centrado na equipe multiprofissional, mostra-se como um ambiente rico para trocas entre os profissionais e usuários, o que contribui para o fortalecimento do trabalho e na mudança do modelo de atenção. Assim, para ir ao encontro da atenção integral à saúde que a ESF deseja operar a EPS potencializa não somente a promoção de melhorias na qualidade da assistência, mas, sobretudo, proporciona à integração com a equipe, de forma que essas equipes possam desenvolver o processo de trabalho, incluindo os diferentes saberes e sujeitos que transitam nos serviços de saúde (FORTUNA et al., 2013).

Então, como o intuito de reforçar a lógica do SUS e do trabalho multiprofissional na ESF, o NASF-AB busca superar a fragmentação da atenção caminhando em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado e do trabalho, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e

que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (BRASIL, 2017).

O trabalho do NASF implica que a formação inicial e a EPS favoreçam o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional de seus territórios, assim como para planejar intervenções em saúde capazes de suplantar os fatores unicausais do processo saúde-doença (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Como centro potente de produção de novas subjetividades no processo de trabalho em saúde, o NASF comparece como palco de (re)significações dos fazeres na AB, ao trabalhar nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, cuja primeira atua sobre a ação clínica direta com os usuários e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Na perspectiva de enlace dessas dimensões, "cada ator envolvido tem potencialidades na estruturação de estratégias para mudanças das situações problemáticas dos serviços de saúde" (FREITAS, 2014, p.185).

Concordamos com Franco (2007) quando diz que o SUS é espaço privilegiado para o ensino e aprendizagem, especialmente os lugares de produção da saúde, o "chão de fábrica" do SUS, lugar rico de ação criativa dos trabalhadores e usuários. Educar "no" e "para o" trabalho é o pressuposto da proposta de EPS. No SUS, os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários.

Como estratégia político-pedagógica, a EPS deve embasar-se em um processo pedagógico que abarque conhecimentos e habilidades, corroborando com a aprendizagem significativa, que parte dos problemas e desafios enfrentados no cotidiano do processo de trabalho, uma vez que o trabalho multiprofissional envolve conhecimentos, valores, relações de poder, planejamentos e organizações do trabalho (SARRETA, 2009). No sentido de reorganizar o modelo de atenção no apoio de estratégias, como a EPS, ressalta-se que o pressuposto importante da EPS além da identificação dos nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, é a possibilidade de planejamento e elaboração de caminhos que promovam o diálogo de acordo com a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências no âmbito dos serviços de saúde (SARRETA, 2009).

Destarte, a atuação multiprofissional em saúde das eSF e NASF propiciam um espaço constante de interações, então, a EPS é uma ferramenta que pode sustentar as mudanças na atenção à saúde, que, segundo Santos e Coutinho (2014) promove reorientação da atenção ao suscitar a reflexão das práticas cotidianas. Diante do foi exposto, como ferramenta de trabalho do NASF, destacamos a transversalidade da EPS no processo de trabalho na AB e, ao acreditar nas barreiras que dificultam a sua consolidação no contexto do SUS, faz-se importante entender os rearranjos que são suscitados para a construção da EPS cotidiana. Sobre o conhecimento produzido pelos trabalhadores, Franco (2007, p. 429) relata que:

Há um senso comum de não reconhecimento do conhecimento gerado com base nas vivências cotidianas na atividade de trabalho. A idéia geral de insuficiência dos trabalhadores, colocando-os como grupo "sujeitado" aos processos pensados por uma instância diretiva, gerou propostas educacionais tais como as embutidas na idéia da "educação continuada", onde a continuidade da "transferência de conhecimento" é necessária para suprir uma formação suposta como deficitária para os serviços de saúde.

O fazer do NASF em conjunto com as eSF tem o propósito de resgatar o cuidado e educação contínua, com toda abrangência e singularidade que o termo permite (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Preconizada na PNAB de 2012 e 2017, no trabalho das equipes que atuam na AB, a EPS está descrita como base para o avanço dos serviços de saúde. Na política, a consolidação e o aprimoramento da AB como meio para a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em EPS que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Esses espaços são configurados na lógica da educação permanente, enquanto estratégia de gestão compartilhada, autoanálise, discussões a respeito do trabalho vivo em ato e a produção do cuidado e das implicações que afetam os diferentes atores (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Contudo, para que se faça efetiva a proposta da educação permanente, é importante que os envolvidos permitam-se colocar em análise (BADUY; SANCHES; FERNANDES, 2016). Reforçamos que a EPS pressupõe a participação crítica dos trabalhadores e o investimento na formação de sujeitos produtores de saberes e práxis transformadora.

Merhy aponta que qualquer projeto que aspire a uma mudança deve tentar ao mesmo tempo a mudança das pessoas (valores, culturas, ideologias) e o

funcionamento dos serviços, pensando e promovendo a relação orgânica entre pessoas e instituições (MERHY; CAMPOS; CECÍLIO, 2006). Sendo o aprender e o ensinar incorporado nos serviços de saúde, elencamos que é necessário que o processo educativo faça sentido para as práticas dos trabalhadores, com o intuito de responder à provocação da PNEPS na direção da aprendizagem significativa, ressaltamos que os processos educativos da EPS devem envolver a construção de um sujeito coletivo com identidade coletiva e com lutas coletivas, o que implica um movimento complexo de institucionalização e desinstitucionalização constante (BRASIL, 2009) .

A EPS é concebida como estratégia que considera o trabalho como princípio educativo, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho. Assim, a EPS se apresenta como dispositivo técnico-político-pedagógico, pois acontece no trabalho, visando não apenas qualificar os trabalhadores, mas também, melhorar e potencializar a atenção, a gestão da saúde e o controle social, tanto nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde quanto ao âmbito político gerencial no nível central, regional e local.

A EPS, portanto, favorece espaços coletivos para pensar, refletir e agir. Desta forma, estabelecer relações mais horizontais entre os trabalhadores de saúde, romper com a lógica do ensino transmissor por meio de um ensino-aprendizagem problematizador e ainda comprometer o trabalhador com a produção dos atos de saúde são os principais argumentos que movem a EPS (FIGUEREDO; GOUVÊA; SILVA, 2016).

5 CAMINHOS DA PESQUISA

Refletir sobre o trabalho em saúde, suas características, composição técnica, tecnologias e especificidades é passo inicial para compreendermos a produção do cuidado. Diante deste universo, Feuerwerker e Merhy (2011), escrevem sobre a complexidade da pesquisa em saúde, relatando ser possível identificar vários planos importantes na constituição do trabalho em uma unidade de saúde, neste sentido, Baduy et al. (2017, p.247) afirmam que o cotidiano de uma unidade de saúde é o lugar onde os trabalhadores

...estabelecem relações, se reconhecem e se estranham, e vão conformando como sujeitos, com diferentes experiências vividas, através das relações estabelecidas entre si, com usuários, gestores e com outros atores presentes na sociedade. Nesse lugar existem vários projetos em disputa, e esses trabalhadores agem, influenciam, desejam, afetam, são afetados e manifestam suas potencialidades com autonomia.

Dando essa trama a qual os trabalhadores estão inseridos, Feuerwerker e Merhy (2011), entendemos que a complexidade das organizações dos serviços e do trabalho em saúde impõe grandes desafios metodológicos para os processos investigativos. A depender de como se planeja o estudo, apenas alguns dos múltiplos planos existentes são acessados pelo pesquisador. Particularmente, acessar o processo de trabalho e a produção do cuidado, isto é, ato vivo, gera um grande desafio, pois, encontramos apenas vestígios registrados em prontuários, atas e relatórios, no entanto, a maior parte desses vestígios estão impressos nos corpos daqueles que estiveram envolvidos na produção do trabalho.

Feuerwerker (2014, p.32) reitera que o processo de trabalho em saúde é peculiar em relação aos demais tipos de produção, pois é “complexo e dependente dos sujeitos reais, que ao mesmo tempo que produzem são produzidos”. A autora continua seu pensamento afirmando que:

A avaliação do mundo do trabalho se faz por meio de uma investigação que convoca como investigadores os próprios sujeitos do trabalho. Isso porque somente eles poderão dar voz ao mundo em que está imersa a sua práxis produtiva; os atravessamentos e as transversalidades que vão dando o compasso tenso do estruturado e da Babel, que é a dos processos de trabalho em saúde; a potência das relações entre sujeitos, seus processos de subjetivação como produtores de novas potências do viver, na produção dos modos de caminhar a vida (FEUERWERKER, 2014, p.32).

Ana Lúcia Abrahão et al. (2014, p. 156) discorrem sobre as diversas formas de investigação em saúde, em que a produção do conhecimento abre vários leques na relação objeto e pesquisador, também nas formas de compreensão de como se aprende e se conhece. Os autores elencam que existem algumas formas que se alicerçam na neutralidade do investigador, no controle do isolamento do sujeito e objeto, pois compreendem que “a não contaminação” do pesquisador com o que é pesquisado pode levar a “verdade” sem vieses, esta proposta, aproxima-se do pensamento racional “[...] isola-se e recorta da realidade aquilo a ser estudado [...] quanto mais isolado for o objeto do mundo e da vida, maior a possibilidade de se produzir conhecimento que não falseie ‘a’ verdade”.

Outras formas de produção de conhecimento, ao contrário, não operam nessa cisão entre sujeito e objeto, avesso a isso, operam na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, ou seja, um pesquisador *in-mundo*⁷, com o objeto. Assim, a implicação é intrínseca à produção do conhecimento, essa construção acontece na mistura do pesquisador com o campo. O pesquisador neste contexto “emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo é atravessado e inundado pelos encontros” (ABRAHÃO et al., 2013, p. 134-35).

Assim, percebemos que na composição dessa perspectiva de pesquisa, pretende-se romper com a verticalidade imposta, a hierarquização das relações e na separação do pesquisador com aquilo que se vai pesquisar, denotamos que a imersão propicia acompanhar os processos que acontecem naquele contexto. Compreendendo que esta proposta se afasta de estruturas arborescentes, que Deleuze e Guattari (1995) consideram como um sistema que abarca a dualidade, a compartimentalização, a causalidade e a sucessividade. Esta pesquisa buscou, imergir no processo de trabalho em saúde, particularmente no fazer do NASF-AB, que em meio a seus atravessamentos e a complexidade que elencamos, assim, aproxima-se das multiplicidades de relações que envolvem o seu entorno cotidianamente. Dessa maneira, os profissionais são múltiplos em si, assim como o próprio processo

⁷ Termo utilizado por Ricardo Moebus, pesquisador-doutor da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho em Saúde da UFRJ, durante uma discussão sobre metodologia para designar a implicação do pesquisador com o objeto. 04/10/2012.

de trabalho, pois ganham configurações diferentes a depender dos encontros. Então, pensar a multiplicidade⁸ é saber que, ao invés de definições fechadas e de conceitos prévios, o que se tem são agenciamentos⁹, conexões entre todos os lados, hibridações que mudam de acordo com os novos acontecimentos que se criam, sendo a multiplicidade um dos princípios do rizoma de Deleuze e Guattari.

Portanto, a escolha pelo desenho da pesquisa qualitativa deu-se pelo fato de conferir em sua atividade processos subjetivos que se constituem como força da micropolítica do processo de trabalho e da produção de saúde. Merhy (2004) nos diz que cartografar os serviços de saúde colocando os tensionamentos que atravessam o cotidiano pode nos aproximar desses múltiplos territórios.

Nas palavras do autor:

A aposta em uma cartografia, centrada nos princípios dos trabalhadores dos serviços de saúde e que os colocassem no centro da análise como sujeitos implicados, permitindo que se ressignificassem enquanto vários sujeitos que são, remetendo-se de um para o outro, analiticamente, abrindo as possibilidades coletivas para darem novos sentidos para seus agires, múltiplos, para o campo da saúde como lugar de produção de capacidade de viver [...] esta cartografia podia ir sendo aberta por cada um e por todos em situação comunicativa, podendo gerar múltiplas possibilidades de mapeamento [...] mapear territórios e desterritorializações, que se interrogam, interrogando os sujeitos em suas várias formas de existência é a sua intensão, permitindo-nos analisar estas relações de muitas maneiras (MERHY, 2004, p.22).

Feuerwerker (2014, p.32) reforça as cartografias do processo de trabalho ao afirmar que:

⁸ [...] multiplicidades são sempre singularidades e tem como fórmula o “n menos 1”, (n-1) Ou seja, o 1 é sempre o que deve ser subtraído, e se tenho o 1 subtraído o que resta é o n, múltiplas possibilidades de ser (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

⁹ Quando utilizamos agenciamento referimos a ideia de Deleuze e Guattari na qual o agenciamento refere-se “a um estado preciso de mistura de corpos em uma sociedade, compreendendo todas as atrações e repulsões, as simpatias e as antipatias, as alterações, as alianças, as penetrações e expansões em que afetam os corpos de todos os tipos, uns em relação aos outros” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 33). Ou seja, agenciamento é quando há a expressão de um desejo. O agenciamento produz desejo, o desejo produz agenciamentos, se estabelece em agenciamentos, põe sempre em jogo vários fatores, então um agenciamento é sempre coletivo (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Buscam visibilizar por meio das relações que se constituem nesse território, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de “não cuidado”, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos, que traduzem o saber-fazer diante do mundo que produz o cuidado nos seus distintos cenários (FEUERWERKER, 2014, p.32).

Dada a complexidade deste pensamento e de toda a singularidade para pensar o processo de trabalho nesta perspectiva, ousamos realizar uma pesquisa qualitativa adotando a cartografia como intercessor metodológico, na qual mergulhei no cotidiano dos profissionais do NASF-AB a fim de compreender o seu processo de trabalho, assim, misturei, afetei e fui afetada em todo esse processo, reconhecendo até a minha própria multiplicidade, ressignificando o meu olhar enquanto “pesquisadora-aspirante-a-cartógrafa” que falaremos adiante.

5.1 Cartografia e o cartógrafo

A cartografia é um termo oriundo da Geografia e registra as paisagens que se conformam segundo sua afetação pela natureza, pelo desenho do tempo como existência, pela vida que ali passa. Gilles Deleuze e Felix Guattari (2000) captam esse termo e o desterritorializam relatando que as paisagens sociais são cabíveis de serem cartografadas (FEUERWERKER; MERHY, 2011).

Provisoriamente, Rolnik (2016, p.23) define a cartografia:

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais¹⁰ também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos em relação aos quais os universos vigentes tornam-se obsoletos.

O estudo da cartografia surge no Brasil em 1989 como proposta metodológica derivada dos estudos da filosofia da diferença, da pragmática universal e como um

¹⁰ Termo usado por Suely Rolnik a fim de demonstrar que a cartografia não é de forma alguma estática, assim como a paisagem que muda a cada momento, o sentimento de cada indivíduo difere.

novo paradigma ético-estético discutido por Gilles Deleuze. Sendo a cartografia acompanhamento de processos e paisagens psicossociais, na conexão de redes e/ou rizomas. Deleuze e Guattari (1995), nos apresenta a cartografia no primeiro capítulo do livro *Mil platôs* como um dos princípios do rizoma e nos explica que o rizoma se trata de linhas e não de formas. O rizoma não se fecha sobre si, é aberto a experimentações; é sempre ultrapassado por outras linhas de intensidade que o atravessam. Diferentemente de raízes, o rizoma encontra-se sempre no meio, entre as coisas, sem começo e sem fim, ele cresce e se conecta a qualquer ponto, os traços do rizoma não necessariamente são da mesma natureza (DELEUZE; GUATTARI, 1995), sendo assim, de acordo com Guattari (2000):

As formas muito diversas, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos. Há o melhor e o pior no rizoma: a batata e a grama, a erva daninha. Animal e planta, a grama e o capim-pé-de-galinha (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p.14).

Abrimos um parêntese para melhor compreendermos a ideia do rizoma na filosofia de Deleuze e Guattari (1995) que enumeraram seis princípios aproximativos do rizoma, os quais abordamos a seguir:

- 1º princípio – de conexão – “qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado com qualquer outro e deve sê-lo” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 15). O primeiro princípio vem para marcar o modelo do rizoma, pois diferente da árvore que segue uma hierarquia folhas/caule/raízes, o rizoma é inteiramente livre, pois, conecta-se por contato e se desenvolve em diversas direções.
- 2º princípio – de heterogeneidade – demonstra que o rizoma não é origem linguística. Para os autores enquanto a árvore funciona por dicotomias, o rizoma não remete a traços linguísticos e cadeias semióticas. Está muito além disso, se conecta a modos de codificações diversos: cadeias biológicas, políticas, sociais, econômicas e culturais.
- 3º princípio – da multiplicidade – é a teoria do ser, o existir, a ontologia mais diversa, afinal é por meio da multiplicidade que os autores conseguem afirmar que os sujeitos são moventes. É somente quando o múltiplo é efetivamente tratado como substantivo, multiplicidade, que ele não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo [...]. Uma multiplicidade não tem nem sujeito e nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem

crescer sem que mudem de natureza (as leis de combinação mudam com a multiplicidade).

- 4º princípio – da ruptura a-significante – versam que “um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas” (DELEUZE ; GUATTARI, 1995, p.18), logo as formas devem ser sempre rompidas, mas para isso devem ser móveis para que possa haver uma linha que unida a outra e possa fazer uma reposição contínua das formas.
- 5º princípio – da cartografia – de acordo com os autores o rizoma funciona como um mapa, quando se entende que, [...] o mapa não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói [...]. O mapa é aberto, conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social [...]. Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 22).
- 6º princípio – da decalcomania – segue o princípio do decalque, porém “o decalque reproduz do mapa ou do rizoma somente os impasses, os bloqueios, os germes de pivô ou os pontos de estruturação” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 23) tendo em vista que, a criação só é possível quando se inicia pelo mapa, uma vez que se for iniciado pelo decalque, não gerará pontos de tensão e se tornará apenas uma cópia. A importância do decalque se dá pela possibilidade de comparação, na qual pode relacionar os pontos de estruturação.

Entender os princípios do rizoma é fundamental para a compreensão do que é o rizoma. Portanto, podemos compreender que pensamento rizomático é complexo e possui múltiplas faces. O rizoma não tem forma única, pois ele se modifica a todo instante, assim como cada indivíduo e suas identidades. O rizoma é visto como produtor de vidas que nos leva a pensar nas melodias do cenopoeta Ray Lima (2005), que canta: “os espaços têm cheios, vãos e fuis, pontas e meios, veias e veios, vazios não, vazios não, [...] espaços da vida, os espaços têm vida [...]” o que nos agencia a pensar e relacionar o espaço cantado para o espaço micropolítico no processo de

trabalho imbricado pelas tramas que se fazem no cotidiano e pelas afecções causada nos corpos (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Assim, retomando as ideias da cartografia, Passos e Barros (2015, p.) escrevem que: “múltiplas são as entradas e a realidade cartografada que se apresenta como mapa móvel”. Ao propor a reversão metodológica, a cartografia consiste em transformar o “metá-hódos” (método) em “hódos-metá (caminhada), assim, a pesquisa não é definida por metas predeterminadas, mas pelas pistas que vão se fazendo no caminho a partir das experimentações do território. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia (2015), reiteram que na cartografia não se abre mão do rigor, mas sim, busca ressignificá-lo, a perspectiva é que sua precisão esteja mais próxima do que é vivo, na direção de “hódos-metá”.

No contexto do trabalho em saúde, Franco e Merhy (2007, p.11) incitam que a cartografia nos serviços de saúde

... deve buscar a investigação que traga para a cena investigativa os próprios sujeitos do trabalho [...] os atravessamentos e as transversalidades que vão dando o compasso tenso e estruturado e da sinfonia caótica, que é a dos processos de trabalho em saúde; as potências das relações entre sujeitos, seus processos de subjetivação como produtores de novas potências do viver, na produção dos modos de caminhar a vida.

Para tanto, esta pesquisa debruçou-se sob a ótica cartográfica que se demonstrou potente para descrever mais estados que coisas (FERIGATO; CARVALHO, 2011). Segundo Romagnoli (2009, p.171) cartografar é: “permitir mergulhar-se nos afetos que permeiam as relações, permitir que o pesquisador também seja inserido na pesquisa e modificado por ela, comprometendo-se com o que é pesquisado, para fazer um traçado singular do que se propõe a estudar”. Assim, a análise cartográfica se orienta por uma dinâmica que percorre “os pontos, as linhas e a rede do rizoma, aplicando estratégias rizomáticas de análise e ação, percorrendo e desenhando trajetórias geopolíticas” (PRADO; TETI, 2013, p. 53).

E o cartógrafo?

A prática do cartógrafo diz respeito à formação do desejo no campo social, configurado como espaço ativo de estratégias de emergência de intensidades (ROLNIK, 2016, p. 65). Dessa maneira, ao misturar-se com o espaço, é necessário abrir-se aos encontros, expor o seu sensível, colocando-se a favor dos acontecimentos que se dão ao longo do acompanhar de processos. Assim, como o

rizoma, Rolnik (2016) reitera que, o que importa para um cartógrafo é “tudo o que der língua aos movimentos do desejo” pois o “cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes que não só escritas e nem só teóricas [...] todas as entradas são boas, desde que sejam múltiplas”.

A tarefa do cartógrafo, para Suely Rolnik (2016, p.23) é:

Dar língua aos afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que perceberem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é, antes de tudo, um antropófago.

Segundo Barros e Kastrup (2015) o cartógrafo se aproxima do território como estrangeiro visitante e a medida que vai explorando esse espaço é tocado pela sensibilidade, pela escuta, pelos olhares. Rolnik (2016, p.65) afirma que “o cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado [...] está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias”. Entender para um cartógrafo não se limita a explicação, mas sim, pela sensibilidade, o desafio é a disparidade indissociável da coexistência macro e micropolítica das relações (ROLNIK, 2016).

O trabalho do cartógrafo exige um tipo de presença para delinear processos sempre em curso, pois os caminhos são construídos ao mesmo tempo em que se transita por eles, uma experiência cuja tarefa não é apenas produção individual, mas, também, coletiva (GUATTARI; ROLNIK, 2013). Ainda sobre o trabalho do cartógrafo, Rolnik (2016, p.65-66) coloca que:

Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia [...] está sempre buscando elementos e alimentos para compor as suas cartografias. Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composição de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com corpos que pretende entender. [...] entender para o cartógrafo não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar [...] o que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão. E o que ele quer é mergulhar nos afetos, e ao mesmo tempo inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem. O que ele quer é participar, embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade [...] por isso não segue nenhuma espécie de protocolo normalizado. O que define, portanto, o perfil do cartógrafo é exclusivamente um tipo de sensibilidade.

Se não é possível definir seu método, o que leva um cartógrafo quando sai a campo? Para Rolnik (2016, p.68) o cartógrafo leva no bolso “um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações, que vão se redefinindo para si”. Seu critério é “fundamentalmente, o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento”, o princípio é extramoral, ou seja, “a expansão da vida é seu parâmetro básico e exclusivo” (ROLNIK, 2016, p.68), lhe interessa o quanto a vida está encontrando canais de efetuações nas situações as quais lida.

Quanto às regras, o cartógrafo tem uma espécie de regra de ouro, ela dá elasticidade a seu critério e a seu princípio, o cartógrafo sabe que é sempre em nome da vida, de seu compromisso e defesa por ela que se cria estratégias.

Portanto, diante desse complexo universo de formação e desmanches de mapas, paisagens e territórios existenciais, o trabalho do cartógrafo diz respeito às marcas deixadas nos corpos, para isso dialogamos com Liberman e Lima (2015, p. 184) ao considerarem possível todos experimentar um corpo de cartógrafo, já que o ato de pesquisar é inerente à vida, tomamos o seu questionamento, e perguntamos: “que tipo de corpo é este que se deixa afetar pelo mundo?”

Abrimos aqui outro parêntese para relatar as impressões de quando chegamos ao cenário do primeiro encontro com o NASF-AB no município. Quase cinco horas de viagem, misto de sentimentos, medo e alegria, anseios pela responsabilidade de construir uma dissertação, fomos tentando olhar para as cenas que foram produzidas a partir das nossas aproximações. De repente, a tensão opera para a nossa primeira conversa. O que vinha à tona era apenas um grupo de profissionais “receosos” com a chegada daqueles estrangeiros no território. E agora? Como como acompanhar processos?

Talvez, possamos responder os questionamentos acima, usando a ideia de corpo vibrátil de Suely Rolnik. Para a autora, o corpo vibrátil é aquele que vai além do que conseguimos enxergar (além daquilo que é visível ao olho nu), é outra dimensão da nossa subjetividade onde repousam as nossas sensações em relação ao mundo. Porém, esta dimensão do corpo vibrátil, tem sido bastante desconsiderada em nossa sociedade capitalística (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Segundo Rolnik (2016) o corpo vibrátil capta no ar: uma espécie de *feeling* que varia inteiramente em função da singularidade de cada situação, então, nada tem a ver com campos matemáticos, padrões ou medidas.

Ainda sobre a chegada no território, percebemos que além da ansiedade, éramos estranhos naquele lugar, conversar sobre processo de trabalho, em um lugar de disputas, no primeiro momento nos causou algum estranhamento. Ao mesmo tempo particularmente, estar com o NASF-AB, foi rememorar a época de residente. Mas, como aquela equipe de profissionais do NASF-AB se via e se sentia com a nossa presença? E para isso, dialogamos com Spinoza quando ele diz: o que pode um corpo? Antes de tentarmos falar um pouco mais disso, trago algumas das falas de momentos aleatórios retiradas das transcrições:

Ficou mesmo aquela... você veio em um momento que não estava muito bom, assim, muita coisa acontecendo ao mesmo tempo e aí estava todo mundo apreensivo, né [...] e até sem saber o que falar.

[...] eu acho que você nos ajudou a enxergar várias possibilidades, que cada problema tem várias possibilidades de se chegar ao objetivo, de resolver aquele problema, não tem nada que não seja intransponível [...] se não for de um jeito, é de outro e que a gente não precisa se desesperar com a dificuldade.

[...] foi um momento de aprendizagem, foi um momento motivador. Sempre essas suas visitas aqui nos fazia com que saíssemos da zona de conforto, essa questão de ressignificar. Quando você trouxe aquela oficina “de repente NASF”, fez todo mundo pensar um pouquinho quando veio parar aqui [...] eu vim com a ideia de clínica e ambulatório, tudo bonito de jaleco, quando coloquei os pés aqui, minha primeira experiência foi uma visita domiciliar [...] eu pensei “e agora?”. Então, essa proposta que você trouxe para a gente fez com que voltássemos lá atrás da caminhada que nós fizemos, suas estadas aqui foram enriquecedoras.

Assim, o conjunto destas falas nos mostra a variação dos afetos no decorrer do pesquisar, para isso, trazemos as ideias de Spinoza (2017, p.) que reitera que “nossos corpos tem a capacidade de afetar e serem afetados, e a depender do sabor dos encontros, tem aumentado ou diminuído sua potência de ação”. Na perspectiva spinozana, corpos que entram em composição são aqueles que aumentam nossa potência de ser, agir e pensar no mundo (bons encontros), enquanto, um corpo que experimenta um mau encontro tem a sua potência de ser, agir e pensar diminuída.

Sendo o processo de trabalho campo de disputas, o trabalhador tem seus corpos afetados pelas matrizes prescritivas, disciplinares e automatizadas. Sendo essas heranças do modelo biomédico e em muitas vezes, presos à essas matrizes, torna-se a vida no processo de trabalho estéril fazendo com que os profissionais

operem em baixa potência. Portanto, a cartografia, como possibilidade de acompanhar processos poderá nos ajudar a compreender os afetos que circulam no contexto a qual estes trabalhadores estão inseridos.

5.2 Cartografia em mim

A minha aproximação com a cartografia rompe com as minhas ideias de como se fazer pesquisa, primeiramente, um método tão particular me convida a pensar na desconstrução do modelo estruturado de seguir passos, *guidelines* e *scores*, que, universalmente é dito como padrão ouro da ciência, tão forte e disseminado em minha formação profissional na graduação. Misturar-se com o que se vai pesquisar e a forma de escrita ainda me causavam incômodo. Assim, esses estranhamentos me fizeram pensar sobre a minha implicação com a proposta cartográfica. Foi no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em 2013, enquanto residente em Saúde da Família e Comunidade, no interior de São Paulo, que pude repensar as práticas de um fisioterapeuta. Naquele contexto, meu corpo sofrera modificações para pensar o trabalho em saúde como proposta de projeto no mestrado, essas inquietações me acompanharam e me agenciaram a estudar um pouco mais sobre esse universo.

Os territórios revisitados são desmanchados a ideia de pesquisador e pesquisa, que se aproximavam apenas de estudos transversais e ensaios clínicos, por exemplo, a Fisioterapia, ainda se mantém fortemente alicerçada na prescrição e na clínica, alimentando-se dos valores de $p < 0,05$ para indicar que um determinado resultado tem significância ou não, não instituo verdades, mas esse meu exercício de pensar outras possibilidades de pesquisar e ver o mundo tem sido constante. Nesses momentos de reflexão do mundo e de suas multiplicidades identifico as minhas limitações, mobilizo as ideias e me aproximo de outros territórios.

Por território, me aproprio das noções de Guattari e Rolnik (2013, p.388) que trazem a noção de território entendido como

[...] num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente "em casa". O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda

uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.

Assim, esta ideia de território é uma característica dos territórios que habitei no decorrer da pesquisa. Também, gostaria de falar, sobre as máscaras de Suely Rolnik, em sua viagem pelo mundo da psicanálise e da subjetividade, a autora nos mostra diversas máscaras e os desdobramentos de sua personagem, como exemplificado no excerto a seguir:

Aqui máscaras não possuem o sentido de falsidade ou dissimulação, são a expressão de um certo modo de agir criado por cada um de nós a partir dos afetos dos encontros, são o próprio rosto daqueles que a vestem. Não há representação, são a realidade elas mesmas. Sem a máscara, não há rosto. Os afetos em seus fluxos de intensidades produzem agenciamentos, que são movimento desejante, que criam territórios onde as máscaras ganham sentido e as existências se efetua. Há a formação de um plano de consistência ou um território existencial, um espaço estável para ser e agir, mas que a qualquer novo agenciamento pode ser desterritorializado (ODA, 2018, p.15).

Para tanto, sei que é ousado falar sobre as complexas máscaras de Rolnik, mas, faz-se necessário dizer sobre as minhas máscaras que vingaram, goraram e grudaram neste processo de imersão da pesquisa. Outros pesquisadores como Rossana Staeve Baduy (2010), Débora Cristina Bertussi (2010) e Liliane Maria dos Santos (2018) em suas experiências cartográficas contribuíram para conhecer este outro jeito de pesquisa. A caminhada foi difícil, grudada no tipo pesquisadora-sabichona-assertiva, lancei-me no desafio de me produzir pesquisadora-aspirante-a-cartógrafa, em que era necessário abrir-se para novas experiências, afinal, os afetos pediam passagem. Em muitos momentos, um verdadeiro ringue de muitos *rounds* entre pesquisadora-sabichona-assertiva e pesquisadora-aspirante-a-cartógrafa sobretudo na hora da escrita desta dissertação.

Assim, considerando as possibilidades de reconhecer outros modos de pensar a pesquisa e o próprio pesquisador, além daquele neutro que não se mistura com o objeto, iniciei a construção de uma pesquisadora implicada. Sobre o conceito de implicação Abrahão et al. (2014) ao citarem Lourau discorrem que a implicação consiste na produção de questionamentos da própria prática do pesquisador e que a análise se amplia no movimento do sujeito em ato e de suas afecções, motivações, relações de saber-poder sempre produzidos nos encontros entre pesquisador e objeto, abrindo então, espaço para a experiência, a fim de produzir conhecimento

implicado na transformação de práticas e saberes que prescrevem formas universais de conduzir a vida.

E sobre a implicação do pesquisador, Merhy disserta que

O sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sob análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno. Ou mais, ao saber sobre isso mexe no seu próprio agir, imediatamente e de maneira implicada; chegando ao ato de intencionar o conhecimento através de um “acontecer nos acontecimentos”, como algo que, como um processo, emergisse no silêncio do instituído, provocando “ruídos” no seu modo de dar sentido ao “fenômeno” e a si mesmo, de interrogar-se como o próprio protagonista do processo sob foco analítico, o que lhe faz colocar a si mesmo como objeto, nas suas próprias dimensões de sujeito da ação, sujeitado ou não, e tornando-se mais sujeito da ação com mais ganhos de autonomia neste processo auto-analítico (MERHY, 2004, p. 12).

Enfim, lancei-me neste desafio de habitar um território existencial. Merhy (2015) discute que o desafio é colocar o corpo em experiências mais sensíveis no intuito de colher novas afecções no mundo do trabalho. O autor reitera que ativar esses olhares (sentidos pelo corpo vibrátil) pega o instituído de surpresa.

Retomando às memórias de residente, relembro a dificuldade de produzir espaços coletivos para refletir sobre o trabalho e agora, como pesquisadora-aspirante-a-cartógrafa sob outra vista do ponto pergunto: ocupando um espaço de constantes disputas (procedimentos, fluxos rotinas, exames, saberes e equipes) como tem sido o processo de trabalho do NASF-AB?

Assim eu vejo que o trabalho é múltiplo em si, como as noivinhas¹¹ de Rolnik, o trabalhador em seu processo de trabalho não está imune aos encontros que acontecem no cotidiano. Então, neste meu processo de pesquisar e aproximar-me do cenário, uso uma citação de Rolnik (2016, p.26) que relata que as cartografias foram “se fazendo ao mesmo tempo que certos afetos foram sendo revisitados (ou visitados pela primeira vez)” sendo o território composto por eles. Ainda como um rizoma, as pistas que foram se fazendo em nosso caminho, não formam uma totalidade, mas um

¹¹ Suely Rolnik conduzir a sua viagem cartográfica na companhia do que ela chamou de “noivinhas”. São vinte e quatro figuras-tipo que funcionam como personagens conceituais na resistência à sociedade disciplinar própria do capitalismo industrial. A autora, ao servir-se de uma linguagem cinematográfica e do olhar subjetivo de uma câmera explícita, na parte inicial do livro, realiza o caminho que o cartógrafo percorrerá para mapear as trajetórias das noivinhas e os três movimentos do desejo. Nesta viagem cartográfica, as noivinhas experimentam múltiplos territórios existenciais.

conjunto de linhas em conexão e de referências. Assim, trago de forma breve, como foi a construção das oficinaulas com os profissionais do NASF-AB.

5.3 Aproximações com o NASF-AB e abordagem no campo

Débora Bertussi et al. (2011, p.472), ao descreverem os passos de uma viagem cartográfica no decorrer do doutorado me ajudam a expressar os anseios de aproximar-se do campo da pesquisa. Quando explicam que

Investigar o cotidiano é colocar em análise uma realidade em construção, móvel, sem começo, meio e fim, mas com várias entradas, tratá-lo como um campo de problematização, proporcionando novas possibilidades de apreensão e de produção do real; ao me colocar no cotidiano da organização de saúde, provoquei o pensamento, pelas afetações, pelos encontros com os inusitados, em uma tensão colocada entre o que já foi atualizado, o que já existe e com o que vai se produzindo.

E o que utilizamos para problematizar o cotidiano com os profissionais? Oficinaulas. Trabalhar com a proposta de oficinaula, veio em um momento divisor de águas para esta pesquisa. Ricardo Burg Ceccim, ao fazer parte da banca de qualificação, indicou a possibilidade de produzirmos nossa aproximação utilizando esse dispositivo.

Pensado por Elisandro Rodrigues (2015), as oficinaulas, denominada pelo autor como dispositivo pedagógico pensado para aproximar a área da Educação e da Saúde, nos mostra que é possível pesquisar em arranjo de espaços coletivos embebidos por dinâmicas, pinturas, desenhos, colagens, murais, rodas de conversa, cirandas, produções intensas de conhecimento em um fluxo de linhas do desejo em ir além do habitual. Assim como do movimento dos corpos que proporciona aberturas para a mobilização dos afetos de si e do outro no ato das oficinaulas, denominada pelo autor como nem oficina e nem aula, mas sim espaço de encontros.

A primeira aproximação com o NASF-AB aconteceu na secretaria municipal de saúde cujo objetivo inicial foi o de conhecer os profissionais e explicar sobre a pesquisa. A partir deste momento produzimos quatro oficinaulas:

- 1) Conversando sobre o trabalho;
- 2) De repente NASF-AB;
- 3) A EPS em nosso cotidiano e;

4) Diálogos com o NASF-AB as ferramentas para produção do cuidado: educação permanente em saúde, apoio matricial e clínica ampliada.

A primeira oficina intitulamos “Conversando sobre o trabalho” e aconteceu nas dependências da secretaria municipal de saúde com a duração de aproximadamente 2h30min. O objetivo foi pensar sobre o trabalho em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Esta oficina foi organizada em três momentos. No primeiro, buscamos nos apresentar novamente, em seguida foi explicado sobre a dinâmica daquela tarde, cujo produto foi carinhosamente chamado de “NASFIANDO” que poderá ser visto nas “memórias documentadas” (utilizamos a dinâmica do boneco para disparar o conceito de saúde, trabalho em equipe e processo de trabalho). No terceiro momento, discutimos o texto, “Em busca de Clínica dos Afetos” de Túlio Batista Franco Heletícia Scabelo Galavote (2010) previamente enviado para a equipe, que já era conhecedora do material. Por fim, utilizamos a dinâmica da teia para pensarmos na complexidade do trabalho em saúde e dos elementos trazidos no conteúdo desta oficina.

Na segunda oficina abordamos o tema “De repente NASF”, aconteceu nas dependências da secretaria municipal de saúde. Dispomos de materiais, como: papel sulfite, cartolinas, papel laminado, tesoura, cola, fitas adesivas, barbantes, lápis de cor, giz de cera, pregadores, tinta guache. Teve a duração de aproximadamente três horas. Nesse encontro, foi possível refletir as trajetórias de cada profissional até a sua chegada no NASF-AB. Então, nos organizamos em quatro instantes, os quais os dois primeiros se misturam, a partir da dinâmica das bexigas, discutimos com o que a equipe do NASF-AB se depara cotidianamente, como, por exemplo: equipe de saúde da família, equipe multiprofissional, educação permanente em saúde, apoio matricial, projeto terapêutico singular, clínica ampliada, trabalho entre equipes. O terceiro momento foi a construção de um mapa conceitual, a partir desse material observamos múltiplas saídas para os conceitos discutidos até então. Por fim, nosso último instante foi o momento da construção do mural dos afetos, com essa dinâmica avaliamos nossa oficina, agregando todos os momentos vividos até então.

O terceiro encontro foi intitulado por “Educação Permanente em Saúde em nosso cotidiano”, ocorreu no auditório da secretaria municipal de saúde (que acopla uma unidade de saúde) e teve a duração de aproximadamente 3h30 min. Neste

encontro, foi possível construirmos uma linha do tempo com a trajetória das políticas de saúde e a potência da EPS no contexto do trabalho.

A última oficina teve como tema “diálogos com o NASF, as ferramentas para produção do cuidado: educação permanente em saúde, apoio matricial e clínica ampliada”. Neste momento, tivemos a contribuição de Adilson Ribeiro dos Santos, mestre em Enfermagem e Saúde, discente do doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Este momento aconteceu em uma sala pequena de uma Unidade de saúde, e em meio às estantes nos acomodamos em roda e teve duração de aproximadamente duas horas.

As oficinas aconteceram entre outubro de 2017 a agosto de 2018, sendo que a aproximação com o cenário se iniciou no segundo semestre de 2017. Todas as oficinas foram gravadas em formato de áudio, após a autorização dos participantes, orientados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Transcrevi as falas e utilizamos algumas delas no corpo deste trabalho, que se apresentará no formato de dois manuscritos.

Como uma das possibilidades de guardarmos nossas produções, utilizamos uma caixinha do tempo, nela guardamos nossas memórias escritas, desenhadas e até mesmo rabiscadas. O diário de campo também se fez presente e essencial, registramos movimentos, observações, sentimentos, questionamentos, conversas e percepções, bem como as ideias do referencial teórico para dialogar com os achados da pesquisa. Revisitar este diário nos serviu como um convite para a análise ou autoanálise de todos os momentos que vivemos ali, e permitiu reconstruir, por meio dos afetos, as lembranças dos lugares percorridos, as oficinas, as reuniões de equipe, os grupos de atividade física, as andanças com o NASF-AB pelas ruas da cidade, assim, como as passagens por algumas unidades de saúde e os momentos que passei na estrada para chegar até a cidade. Na relatoria, contamos com a participação de dois pesquisadores colaboradores.

Participaram das oficinas os profissionais do NASF-AB, composto por: dois profissionais de educação física, uma farmacêutica, quatro fisioterapeutas, uma nutricionista e uma psicóloga, caracterizando-se na modalidade NASF-1 (ITAJUÍPE, 2014).

A pesquisa aconteceu em um município de pequeno porte na costa do Cacau, interior do estado da Bahia. A rede básica de saúde está organizada com cinco Unidades Saúde da Família em seis equipes Saúde da Família e cinco equipes de Saúde Bucal localizadas no meio urbano e meio rural, perfazendo uma cobertura populacional de 73,6% da população.

Em complemento, encontra-se uma Unidade Básica de Saúde com uma equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que atende 26,4% da população. Para aumentar o escopo das ações, o município conta com uma equipe do NASF-AB (ITAJUÍPE, 2014).

Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa intitulado: “O processo de trabalho na Atenção Básica: desafios na consolidação de um modelo de atenção à saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob CAAE: 61486015.9.0000.0055. Este estudo atendeu as diretrizes dispostas na Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

6 RESULTADOS

Manuscrito 01: Entre nós: o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Elaborado conforme as instruções para autores da revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação.

Link para consulta: <http://www.scielo.br/revistas/icse/iinstruc.htm>

Acesso em janeiro de 2019.

Manuscrito 02: A educação permanente em saúde e o apoio matricial no núcleo de apoio à saúde da família e atenção básica. Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.

Link para consulta: <http://www.scielo.br/revistas/physis/pinstruc.htm>

Acesso em janeiro de 2019.

6.1 Manuscrito 01: Entre nós: o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Elaborado conforme as instruções para autores da revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação.

Entre nós: o processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica

Among us: the work process of the enhanced nuclei of family health and basic attention

Entre nosotros: el proceso de trabajo del núcleo ampliado de salud de la familia y atención básica

Josiane Moreira Germano¹

<https://orcid.org/0000-0002-7012-0687>

Alba Benemérita Alves Vilela²

<https://orcid.org/0000-0003-2110-1751>

1 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia-BA, Brasil. (j_mg87@yahoo.com.br)

2 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia-BA, Brasil. (albavilela@gmail.com.br)

RESUMO

Com o objetivo de analisar o processo de trabalho de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, este estudo, utilizou-se da cartografia como intercessor metodológico. Foram produzidos nos encontros com os trabalhadores no campo, quatro Oficinas para recolher os efeitos dos acontecimentos em nosso cotidiano. A partir desses efeitos, percebemos que o trabalho é operado sob alguns dispositivos, correlação de forças e disputas de projetos de cuidado. Portanto, sob as ideias de Baruch Spinoza, elencamos as discussões sobre servidão e liberdade, que se fez presente neste contexto.

Palavras-chave: Trabalho em Saúde; Subjetividade; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In order to analyze the work process of an Expanded Family Health and Primary Care Center, this study used cartography as a methodological intercessor. In the meetings with the workers in the field, four workshops were produced to gather the effects of the events in our daily lives. From these effects, we realize that the work is operated under some devices, correlation of forces and disputes of care projects. Therefore, under the ideas of Baruch Spinoza, we list the discussions about servitude and freedom, which was present in this context.

Key-Words: Work in Health; Subjectivity; Primary Health Care

RESUMEN

Para analizar el proceso de trabajo de un Centro Ampliado de Salud Familiar y Atención Primaria, este estudio utilizó la cartografía como un intercesor metodológico. En las reuniones con los trabajadores en el campo, se produjeron cuatro talleres para reunir los efectos de los eventos en nuestra vida diaria. A partir de estos efectos, nos damos cuenta de que el trabajo se opera bajo algunos dispositivos, correlación de fuerzas y disputas de proyectos de atención. Por lo tanto, bajo las ideas de Baruch Spinoza, enumeramos las discusiones sobre la servidumbre y la libertad, que estuvo presente en este contexto.

Palavras-clave: Trabajo en salud; Subjetividad; Atención Primaria de Salud.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi pensada com o intuito de produzir mudanças no modelo assistencial em saúde no país, tradicionalmente caracterizado por ações de enfoque curativista, cuja organização do processo de trabalho predomina a hegemonia médica.¹ A ESF como possibilidade de promover mudanças nas ações de saúde, construindo novas outras práticas no âmbito do trabalho para o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).² É com o objetivo de produzir mudanças no trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por meio da gestão e educação no processo de trabalho, visa melhorar o escopo das ações das ESF.³

A industrialização e as descobertas científicas provocaram grandes transformações no processo de trabalho em saúde, que permitiram avanço do conhecimento, das técnicas, de exames, mas, se a especialização permitiu o avanço do conhecimento específico, também conduziu à fragmentação do ser humano e de suas necessidades de saúde.² Portanto, compreendendo que estas equipes trabalham sob a lógica da reorientação do modelo de atenção, observamos que o desafio que se faz no cotidiano desses trabalhadores é superar a influência dos modelos hegemônicos, protocolados e normativos.

Neste contexto, Malta e Merhy⁴, nos mostram que o trabalho em saúde tem como particularidade a natureza coletiva, porém, o processo de trabalho organiza-se pela fragmentação dos atos, quando o trabalhador apenas executa a técnica sem pensar no produto de seu trabalho. A ESF tem um caráter fortemente burocrático, normativo que disciplina os profissionais e limita sua capacidade criativa. Santos, Mishima e Merhy⁵ afirmam que a lógica de produção por procedimentos e a agenda

orientada para os programas nacionais são exemplos de captura do trabalho vivo pelo morto.

Sendo o trabalho em saúde centrado em relações, os profissionais operam em fluxos, muitas vezes tensos, que dificultam o trabalho coletivo, sobre essas relações, Galavote, Franco, Lima e Belizário⁶, a partir das leituras de Deleuze, chamam atenção para os encontros e agenciamentos que acontecem no âmbito do trabalho, capaz de produzir permanente construção de territórios existenciais que conformam campos magnéticos de produção de sentidos e de afetos no seu processo de trabalho.⁶

Compreendendo a relevância desta temática quando se discute trabalho em saúde, acreditamos que os encontros que se dão entre os trabalhadores são capazes de produzir outras possibilidades de conduzir o trabalho, os corpos sofrem os efeitos do encontro e podem ter as suas potências aumentadas ou diminuídas. Assim, no complexo mundo do trabalho em saúde, há uma mistura de afetos nas múltiplas relações, reiteramos que podem ser determinantes das práticas em saúde, a depender do sabor destes encontros, são conduzidos à criatividade ou perpetuam ações hegemônicas.

Sendo a proposta da pesquisa de habitar o território existencial que compõe o processo de trabalho do NASF-AB, percebemos que, a partir das afecções disparadas nos encontros, os profissionais sentem-se limitados pelos entraves do cotidiano, de forma que o trabalho acaba ficando à guisa dos nós dificulta o trabalho em equipe e também com as equipes da ESF. Deste modo, o objetivo deste estudo foi analisar o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Atenção Básica em um município baiano.

Caminhos da pesquisa

A construção deste estudo se deu por meio da cartografia, que é potência para descrever estados e não coisas.⁷ Romagnoli⁸ nos explica que cartografar é permitir mergulhar-se nos afetos que permeiam as relações, assim, permite que o pesquisador também seja inserido na pesquisa, sendo modificado por ela, sujeito e objeto se misturam no processo de pesquisar. Neste sentido, a cartografia vai mapear tais linhas constitutivas das coisas e dos acontecimentos ao explorar territórios existenciais e

assim, acompanhar processos de produção de subjetividade, de forma a criar um mapa móvel das paisagens psicossociais.⁹

Implicada pelo processo de trabalho do NASF-AB lançamos o seguinte questionamento: como tem sido o processo de trabalho do NASF-AB para a produção do cuidado? O trabalhador em meio a tantos atravessamentos, disputa de espaços com procedimentos, fluxos, rotinas, exames, saberes e equipes, ou seja, o trabalhador está inserido em tramas complexas de atos.¹⁰ O trabalho é múltiplo em si, e o trabalhador em seu processo de trabalho é afetado o tempo todo pelos encontros que acontecem no cotidiano. Ao compreendermos as possibilidades existentes para a construção do conhecimento e produção de dados, este estudo foi organizado na perspectiva de Oficina-aula, proposta por Elisandro Rodrigues.¹¹

Rodrigues¹¹ nos mostra que é possível pesquisar em arranjo de espaços coletivos embebidos por dinâmicas, pinturas, desenhos, colagens, murais, rodas de conversa, cirandas, produções intensas de conhecimento em um fluxo de linhas do desejo em ir além do habitual, do movimento dos corpos que proporcionam aberturas para debates, diálogos, conversas no ato das Oficina-aulas, denominada pelo autor como “nem oficina e nem aula, mas sim espaço de encontros”.¹¹

Sendo o encontro espaço rico para a produção do cuidado e educação na saúde, a Oficina-aula pareceu-nos potente para novas construções a fim de compreendermos o trabalho do NASF-AB, que em meio às disputas e capturas desafia o processo de trabalho a ser tecido de forma manual, artesã e viva. A aproximação com o cenário permitiu construir quatro Oficina-aulas: “conversando sobre o trabalho”; “de repente NASF-AB”, “a Educação Permanente em Saúde em nosso cotidiano” e, “NASF-AB e as fermentas para produção do cuidado: Educação Permanente em Saúde, Apoio Matricial e Clínica Ampliada”. Participaram das Oficina-aulas os profissionais do NASF-AB e residentes multiprofissionais em Saúde da Família, além de dois pesquisadores colaboradores, na relatoria. A equipe NASF-AB composta pelas seguintes categorias de profissionais: dois profissionais de educação física, uma nutricionista, quatro fisioterapeutas, um psicólogo e um farmacêutico.¹²

Esta pesquisa aconteceu com uma equipe do NASF-AB no município localizado na região sul da Bahia, cuja população estimada para 2016 foi de 21.697 habitantes. O município compõe um dos locais do projeto de pesquisa intitulado: “O processo de trabalho na Atenção Básica: desafios na consolidação de um modelo de atenção à

saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob CAAE: 61486015.9.0000.0055. Este estudo atendeu as diretrizes dispostas na Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

Além da construção das Oficinas, também foi possível participar de outros momentos junto a equipe, como: Rodadas de Atenção Básica, visitas domiciliares, reuniões de equipe do NASF-AB, grupos de atividades físicas, além dos cafés e das andanças pelo território. Desse modo, assumimos o compromisso de ultrapassar os limites do visível e participar dos processos que compuseram o trabalho do NASF-AB com as eSF. Assim, busquei alimentar-me de diversos elementos para compor minhas cartografias. Rolnik⁹, nos ajuda a pensar que o pesquisar cartógrafo leva no bolso um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações. Sobre as preocupações, Rolnik⁹ informa que cada cartógrafo vai definindo e redefinindo para si mesmo constantemente.

Anotações em diários de bordo, desenhos, rabiscos, *insights* e a construção de poemas nos acompanharam neste processo no qual a produção e análise se faz em concomitância. Em seus escritos, no livro *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo*, Suely⁹ afirma que: “a prática do cartógrafo, diz respeito, fundamentalmente as formações do desejo no campo social” (p.65).

Para a realização da pesquisa, após os esclarecimentos dos riscos e benefícios do estudo, todos os envolvidos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo participar da pesquisa.

Resultados e discussão

Refletir sobre o trabalho em saúde é passo crucial para compreendermos a produção do cuidado, o trabalho em saúde, que diferente de outros modos de produção refere-se a um mundo próprio, coletivo, complexo e dinâmico, dos quais os trabalhadores podem produzir cuidados ou perpetuar em práticas centradas em normas e protocolos.¹³ Quando destacamos as práticas normativas, trazemos para a cena que o fazer dos profissionais de saúde podem, de acordo com os escritos de Merhy, Feuerwerker e Cerqueira¹⁴ no texto “Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado” atuar de forma automática, perdendo a

capacidade reflexiva sobre o trabalho ou conduzi-lo à criatividade frente às necessidades dos usuários e das equipes.

Os autores sustentam a ideia de que em muitas situações os profissionais de saúde protagonizam uma produção fascista de atenção à saúde, essas práticas são fortemente marcadas pelo caráter normalizador e previsível onde não há espaço para outras possibilidades de cuidado, para cada diagnóstico uma receita, para cada vida que foge à regra da determinação social, disciplina. Nestas idéias, em defesa da vida, os encontros são marcados pelo modo prescritivo do bem viver. Merhy e Feuerwerker¹⁵ discorrem que, quando as práticas aproximam-se da disciplinarização e eliminação do outro, a compreensão do processo saúde-doença corre o risco de ser habitado por uma alma hitlerista.

Sobre nossas andanças pelo território, podemos acompanhar os atravessamentos do processo de trabalho do NASF-AB, marcados por burocracias, protocolos, obstáculos para implementação de projetos com as equipes de Saúde da Família, mas também verificamos, nas observações, os potenciais criativos do NASF-AB, algo como uma improvisação¹⁶. Em uma das falas podemos observar esse escape à norma “um momento oportuno, chego lá e de repente tem uma brechinha, a gente propõe e já senta, a gente faz sempre isso, é de repente que surge” assim, percebemos que em meio a esses obstáculos os profissionais buscam outras possibilidades de acessar as equipes da ESF, assim, há fuga da prescrição para um novo processo de trabalho.

Pelo caráter multiprofissional o âmbito da atenção básica é um espaço de múltiplos fazeres, os profissionais de saúde operam em diferentes fluxos e com isso, é um lugar de tensões permanentes na medida em que se disputam ideias, vontades, projetos entre os trabalhadores, usuários, gestores, Estado e o mercado, são tensões que se entrelaçam no âmbito da saúde. A partir da imersão no trabalho do NASF-AB, verificamos a disputa da equipe entre si e com as equipes de saúde da família sobre os modos de condução das consultas, de organização das reuniões de equipe, do planejamento e cumprimento de agendas. De certa forma, apesar dos entraves, percebemos a plasticidade em torno das práticas que lhes permite operar o trabalho também sob a lógica instituinte de produção do cuidado discutida por Merhy¹⁷. Sobre o conceito de liberdade de Baruch Spinoza¹⁸, apesar destas possibilidades, o

trabalhador ainda não é livre, porque servidão e liberdade são linhas de realização da subjetividade que se instituem na pessoa como processo de subjetivação.

Neste sentido, Franco¹⁶ nos ajuda a pensar em algumas linhas de produção subjetiva que incidem sobre os indivíduos e que se fazem importantes para discutir as tensões entre servidão e liberdade no processo de trabalho em saúde. Sendo elas: as linhas capitalísticas que “produz os modos das relações humanas até em suas representações inconscientes: os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, [...] como se fala”, fabricando as normas para o padrão de relação do homem com o mundo (p.51).¹⁹ As de ordem moral, que a partir de preceitos hegemônicos da sociedade estabelece as regras e condutas do bem viver e, as linhas da ciência caracterizadas pelo olhar biológico para o processo saúde-doença. Assim, estas linhas atuam em agenciamentos coletivos que muitas das vezes determinam as relações no trabalho e as práticas profissionais, Franco¹⁶ diz que o dilema humano é o viver entre servidão e liberdade e então prisioneiros ou livres em algumas dessas linhas de força.

O autor discorre que a opção por determinada prática no trabalho e o modo como se relaciona com o usuário pode ser dado pelos agenciamentos coletivos que em muitas vezes não são percebidas pelos profissionais. Os processos aos quais os profissionais de saúde participam podem agenciar aos limites do conhecimento técnico ou ir além desta perspectiva, abrindo possibilidades para repensar o trabalho, operando um cuidado centrado em relações, nos agenciamentos formados a partir da força do próprio encontro.¹⁶

Em relação a plasticidade que o profissional tem sobre o seu trabalho em muitas vezes, ficam na tensão em optar entre o que o protocolo demanda ou a ruptura dos padrões estabelecidos. Para tanto, uma das pistas durante a construção das cartografias junto do NASF-AB identificamos que o trabalho em muitas vezes fica à guisa dos nós que limitam o trabalho coletivo e criativo. Refletindo sobre os entraves do trabalho e da proposta organizativa a qual o NASF-AB está subordinado elencaremos algumas ideias de servidão e liberdade que se faz presente no cotidiano desta equipe.

NASF-AB e a servidão: os entraves do processo de trabalho

Destarte que, Spinoza, na terceira parte de sua obra *Ética*, busca compreender e definir que o homem está sujeito aos afetos-paixões e aos afetos-ações, na medida a qual os corpos são afetados podem ter variações em sua potência de agir. Contudo, os afetos fazem parte da natureza humana, para Spinoza¹⁸ (p.98) afetos são: “as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções”. Quando agimos apenas pelo efeito de causas exteriores, estamos em condição de servidão, pois estamos submetidos às paixões, assim, a produção de vida não opera sob sua própria vontade, portanto, servidão é “a impotência humana para moderar e refrear os afetos” (p.155).¹⁸

Sendo o processo de trabalho em saúde atravessado por diversos acontecimentos, no cotidiano são estabelecidas intensas relações entre trabalhadores, gestores, usuários e tecnologias. Baduy et al¹³ dizem que, para entender o trabalho em saúde, faz-se necessário compreender a prática social que os trabalhadores exercem na constituição de uma determinada sociedade, por isso destacamos as linhas de agenciamento subjetivo: capitalísticas, morais e científicas que operam sobre forte influência nas relações humanas e no modo de operar o trabalho. Baduy et al.¹³ dissertam que as condições do trabalho não estão dissociadas das condições gerais de vida e que no âmbito do trabalho passamos por diversas transformações, onde os trabalhadores podem conduzir o trabalho sobre a força das afecções das lógicas dessas linhas de agenciamento e não no produto dos encontros.¹⁶

Assim, como o trabalho em saúde é produzido no encontro, ultrapassa os limites das tecnologias duras tendo o poder de causar afetos de alegria ou tristeza na prática dos profissionais e a depender do modo que somos afetados podemos ser conduzidos à servidão ou a liberdade.^{16,17}

Trazendo para a cena algumas falas dos profissionais do NASF-AB produzidas nas Oficinas, podemos conhecer bons e maus encontros no cotidiano do processo de trabalho.

Eu participei de uma reunião de equipe de determinada área, e uma colega propôs que fosse implantado o acolhimento, segundo o Caderno nº 39, ninguém

quis estudar [...] você não tem noção do rebuliço que deu aquela reunião, a médica levantou, falou horrores, que iria mudar o processo de trabalho, nem tentaram, ela não conseguiu nem terminar de explanar a realidade que ela viu, era uma coisa que seria muito simples e que apenas iria dinamizar o serviço, não era uma coisa restrita à técnica de enfermagem tal, à enfermeira tal, era implantar dentro do serviço e eu enquanto profissional do NASF poderia fazer esse acolhimento. A técnica de enfermagem poderia fazer, então assim, ela propôs um serviço e não foi ouvida, não conseguiu nem concluir o raciocínio dela, todo mundo foi em cima.

Eu fui para uma reunião de equipe que eu pedi licença para retirar minha equipe de lá [...].

Nesses encontros, observamos a dificuldade que a equipe NASF-AB enfrentou ao participar de espaços coletivos junto das equipes da ESF. Vale ressaltar que estas equipes apresentam características distintas em composição e também em sua história na atenção básica, se de um lado a equipe da ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, desde 1990, provocando o deslocamento das ações médico-centradas para um modelo mais abrangente, temos o NASF-AB, regulamentado em 2008, que tem o objetivo de compor estas equipes e construir espaços dialógicos voltados para a gestão e organização do trabalho.²⁰ Assim, sob disputas, o NASF-AB tem o desafio de matricular equipes mais experientes, por meio de ferramentas tecnológicas, na tentativa de dissolver os núcleos duros das profissões, sustentados pela lógica hegemônica.⁶

Notamos que as afecções que foram disparadas sobre os corpos destes trabalhadores conduziram a um mau encontro na qual os trabalhadores se viram reduzidos em suas possibilidades. As interpretações sobre Espinosa, Deleuze²¹ nos diz que quando nosso corpo se encontra com um corpo que não nos convém, sua potência se opõe à nossa, operando uma subtração ou anulação, sendo diminuída ou eliminada a nossa potência para agir, desta forma, experimentamos as paixões tristes, sentimo-nos impotentes, neste encontro a qual os profissionais do NASF-AB tiveram diminuição de sua vitalidade, o afeto de tristeza os conduziu para uma condição de perfeição menor.^{21,22}

Para não permanecermos neste estado de perfeição menor, que é a tristeza, é preciso estabelecer relações de composição com outros elementos da natureza de forma que aumente a nossa potência de agir e pensar. A alegria é passagem do homem de um estado de menor para maior potência.¹⁸ Ao aumenta-la acumulamos

as possibilidades de afetar e sermos afetados e, por isso, adquirimos novas possibilidades de relação com o mundo do qual fazemos parte.²³

Eu, uma vez lá na Unidade, foi complicado, aguardando o paciente sair e outro entrar, eu me apresentei para o médico avisando que gostaria de fazer uma consulta compartilhada com ele, ele olhou para a minha cara e disse: “consulta?” Eu disse que era fisioterapeuta do NASF, e que podia lhe ajudar, com alguma coisa, qualquer coisa eu estaria ali para lhe ajudar então eu sentei na sala e fiquei. Durante a consulta ele [o médico] entrou nas minhas demandas e depois começou a falar “sobre isso aí ela lhe orienta” e aí comecei. [...] uma semana depois na hora que eu fui entrar na sala novamente ele disse “hoje não porque eu vou fazer consulta rápida”. Quando saí da primeira consulta, na semana passada, eu achava que ele tinha gostado e que tinha sido proveitosa e realmente foi [...] eu e ele dentro da sala, também foi a primeira e a última consulta, hoje, não consigo nem visita domiciliar compartilhada.

Este relato da consulta compartilhada entre os profissionais na Unidade de saúde no primeiro momento produz aumento de potência na fisioterapeuta do NASF-AB. O afeto de alegria produziu na profissional a vontade de compartilhar outras consultas, de compor o trabalho com as ferramentas do NASF-AB quando presente com aquela equipe, portanto, quando ela se depara com a rejeição do profissional em outro encontro, a decepção pode ter sido o afeto produzido justamente por não conseguir o mesmo êxito, Spinoza¹⁸ (p.144) nos diz que a decepção que é uma “tristeza acompanhada da ideia de uma coisa passada que se realizou contrariamente ao esperado”, assim, obstruiu a vontade da profissional de produzir junto.

Para Spinoza, mente e corpo são dois aspectos do ser humano, mente e corpo são coisas inseparáveis de todos nós, o que ocorre com o corpo é sentido pela mente como emoções e pensamento, da mesma forma que as emoções e os pensamentos influenciam o corpo. Na medida em que “a mente humana não conhece o próprio corpo humano e não sabe que ele existe senão por meio das ideias das afecções pelas quais o corpo é afetado”¹⁸ (p.70), a mente é a própria ideia, ou o conhecimento do corpo humano. Essa ideia é adequada quando a mente conhece a essência de seu corpo, por exemplo, quando o trabalhador age sob as forças internas do encontro saindo da passividade para a atividade e isto pode estar relacionado com as vontades do profissional.²⁴

Já a ideia inadequada é quando a mente possui apenas a imagem que é produzida pelos outros corpos em relação ao seu, ou seja, pelas forças exteriores. É

nesse sentido que tendemos a ter ideias inadequadas e confusas cujos efeitos estão separados de suas próprias causas. As ideias inadequadas não são falsas em si mesmas, são confusas e parciais na medida em que não conhecemos as causas verdadeiras, agimos pelo agenciamento das nossas próprias forças. Não obstante, a possibilidade da passagem das ideias inadequadas para as adequadas encontra-se na própria afetividade, tornando-nos causas adequadas de nosso *conatus*^{12, 25, 26}

Para que esses afetos não sejam ideias inadequadas da mente, produzidas pelas afecções, faz-se necessário que os trabalhadores compreendam os efeitos destes encontros. Observamos acima a dificuldade na aceitação de outras possibilidades de trabalho, de utilização de ferramentas tecnológicas inerentes das equipes de saúde para construção compartilhada do cuidado. Assim, percebemos a forte influência hegemônica, a normatização, que ainda rege as práticas dos profissionais no âmbito da atenção básica.²⁴ Diante destes maus encontros, observamos que os trabalhadores são regidos por forças dos agenciamentos capitalísticos, morais e científicos que fragilizam a gestão do trabalho, fazendo do trabalho um campo de disputas de projetos, de ideias e atos em saúde. Se, nos encontros em quaisquer atividades os profissionais mantiveram o processo de trabalho longe de suas ideias, suas vontades, o trabalho está submetido às paixões e opera em servidão.

Outra cena que denota a captura do trabalho pelas lógicas de mercado nos mostra que o trabalho acaba sendo movido pelo medo, para Spinoza¹⁸ (p.144) medo é: “uma tristeza instável sugerida de uma ideia de uma coisa futura ou passada, de cuja realização temos alguma dúvida”, assim, inferimos que este afeto que pode estar associado à imposição de cumprimento de metas numéricas que podem agenciar os

¹² O conceito de *conatus* é explicitado por Spinoza, como um princípio dinâmico balizado apenas pela causalidade eficiente, que determina as modificações dos atributos da substância, a partir da Ética III. Diz ele: “Cada coisa esforça-se, tanto quanto está em si, por perseverar no seu ser”. O *conatus* é, um princípio dinâmico que funciona como fundamento para a teoria spinozana da afetividade, pois será a partir do efeito de aumento ou diminuição causado à potência de existir que o filósofo distinguirá entre o agir e o padecer, ou se quisermos, entre os afetos ativos e os passivos (paixões). Quando se deixa tomar por todas as causas externas que visam o enfraquecimento de sua potência de agir, a diminuição de seu *conatus*, o indivíduo padece de uma paixão. No entanto, se ele é capaz de aumentar sua potência de existir aproveitando-se dessas causas externas, isto significa que o indivíduo age ativamente. Podemos concluir que, quando afetado por paixões, o *conatus* é incapaz de impor sua potência sobre o que lhe é externo, enquanto que por meio da ação ele aumenta sua potência incorporando as causas exteriores e impondo-se sobre elas (LEME, 2013).

trabalhadores a produzirem ideias inadequadas sobre o trabalho real e o prescrito, gerando sofrimento e angústia frente à dicotomia: qualidade e quantidade.²⁶

[...] porque a gente tem quem obedecer e a gente obedece a hierarquias.

[...] Eu quero dizer que nosso papel hoje tem que ser formalizado, justamente isso que eu ia falar, eu entendo que nada deve ser tão burocrático, sei que temos que romper com essa burocracia sim, até para seguirmos em frente, mas quem vai nos amparar? Se não for o papel, se for algo formal, burocrático.

[...] eu penso que esta burocratização do serviço também atrapalha muito, reflete negativamente, porque hoje é assim, você tem que atender um número tal de hipertensos e diabéticos, é preciso atender, se o atendimento vai ser bom ou ruim eu não sei, mas eu tenho lá o registro.

[...] E se gente não documenta, não põe no papel, algumas coisas parecem que a gente não fez.

[...] se as coisas não estão seguindo conforme as normas que trabalhamos e temos que trabalhar, que faça um documento, diga que as condutas não estão colaborando para a assertividade do seu trabalho [...] porque eu gosto de trabalhar com documento, então eu poderia levar documento à minha coordenação para que esta pudesse estar ciente.

Nesse contexto, o conjunto dessas falas evidenciam o que Merhy (2002) afirma sobre a produção de atos de saúde que são formados a partir das influências capitalistas, morais e científicas que favorecem a prisão dos trabalhadores em determinados protocolos que acabam sendo o “encontro mais importante” nos atos em saúde, o encontro com o papel, direcionando para que o trabalho seja massificado, individualista, para o consumo e lucro, ou seja, afinando-se as linhas capitalísticas discutidas por Félix Guattari e Suely Rolnik¹⁹ no livro “Micropolítica: cartografias do desejo”.

Além de capturar o trabalho criativo, a atuação pautada nas lógicas de mercado, da moral e da ciência incutem nos profissionais certas “máscaras de super-heróis”, em que não se podem admitir falhas. Destacamos que pela dificuldade de problematizar o processo de trabalho com os pares, para a reflexão dos nós que se fazem no cotidiano, os trabalhadores são passíveis as punições, por exemplo, quando ocorre algum desvio na condução de alguns casos, como no excerto a seguir:

Eu acho que a responsabilização tem que ser individualmente, a começar por aí, a auto avaliação, mas eu acho assim, o profissional tem que se responsabilizar

pelo trabalho dele, enquanto ele não fizer isso, ele não vai trabalhar em equipe, porque ficará esse jogo de empurra, não é? Enquanto as equipes não se estruturarem, mas para se estruturarem enquanto equipe, cada profissional precisa se ressignificar, ele tem que entender qual é o papel dele e isso tem que ser punido, é punição, [...] não fez, puniu, mexe lá no salário, entendeu?

Refletindo sobre essas distinções entre as equipes percebemos que estas posturas podem fortalecer ainda mais o hiato existente, inviabilizando o diálogo, perpetuando na produção individualizada e fragmentada, quando não concorrentes entre si.²⁷ Quando os trabalhadores estão presos a um dos preceitos das linhas de agenciamento subjetivo, o que produz na mente é a ideia inadequada sobre determinadas condutas, pelo desconhecimento das forças internas aos encontros, os trabalhadores passam a agir sob o efeito das paixões, ou seja, padecem na servidão. Ao contrário, quando eles agem por forças do encontro, a partir de ideias que tem origem ali, deixa de haver uma paixão para ação.¹⁶

Outra impressão que podemos verificar por meio de nossas observações é que a partir do colecionamento de paixões tristes dados aos encontros que não elevam a potência das equipes, os profissionais do NASF-AB são provocados pelo sentimento de frustração:

[...] eu desejo, eu quero, gente propõe, todas as reuniões mensais são propostas, mas quando chega ao final do mês, você vê que aquela sua proposta foi reprimida.

[...] chega a ser frustrante quando a gente quer muito uma coisa e a gente não consegue chegar lá.

Essa frustração faz com que o NASF-AB atue em atividades coletivas organizadas pela própria equipe, na tentativa de valorizar o seu trabalho. Ao participar das reuniões de equipe do NASF-AB, observamos o cuidado para acolher os colegas organizando as agendas para realizações de visitas domiciliares, consultas compartilhadas entre si, o NASF-AB faz o matriciamento da própria equipe, discussão de casos e recorre às equipes da ESF, sempre que necessário.

De acordo com esta narrativa, o matriciamento:

[...] na verdade a gente faz entre a gente mesmo, por exemplo, quando vamos fazer uma consulta compartilhada entre NASF, se a gente vai fazer uma visitar domiciliar, estamos matriciados entre nós mesmo, para se conseguir fazer uma orientação de nutrição, orientação básica de farmácia, alguma coisa assim, entre equipes de saúde da família. É complicado!

E para a ideia de compor o trabalho com os corpos que aumentam as suas potências, Spinoza nos ajuda a pensar que como o *conatus* do ser humano não é permanecer na tristeza que favorece o estado de impotência para as ações.²² Seguindo as ideias de Spinoza, Ferreira²² disserta que, quando estamos sob o domínio da tristeza, desejamos acusar, encontrar culpados, nos vingar. Eis o ponto fundamental que caracteriza o homem que está na servidão, quando não entendemos a ordem comum da natureza, negamos a vida e o acaso, e sentimo-nos injustiçados por um prejuízo que tivemos.

Caminhos para a liberdade: a potência dos encontros

A liberdade para Spinoza¹⁸ (p.218) acontece quando conseguimos controlar os efeitos dos afetos aos quais estamos expostos, o autor nos diz que “à medida que a mente compreende as coisas como necessárias, ela tem um poder maior sobre os afetos, ou seja, deles padecem menos”. Assim, denotamos que ao compreendermos os acontecimentos das coisas, ideias adequadas são formadas e, portanto, é possível ser livre. Entendendo que dos encontros, base da filosofia de Spinoza, a vontade é como a força que vem de dentro da pessoa e age como uma energia propulsora que a move na produção da vida e do mundo.²⁸ Um ser é livre quando ele é causa de suas próprias ações.

Como vimos neste estudo, o NASF-AB pela sua capacidade de ser afetado em seus diversos encontros, faz com que o mesmo profissional possa agir de formas diferentes, estas variações se dão por conta dos afetos pelos quais eles são tomados, os profissionais ora rompem com as lógicas instituídas e ora fortalecem a mesma. Observamos, pois, o fato de que para não permanecer sob o afeto de tristeza, os profissionais do NASF-AB buscam ressignificar a realidade, desviando suas práticas na busca por paixões alegres, para fortalecer a sua vitalidade, eles compõem o trabalho entre si.

Na filosofia de Spinoza, para que se alcance a liberdade é necessário conhecer as causas das forças exteriores, tomando pelo contexto da pesquisa, referimos que os trabalhadores precisam romper com as lógicas que aprisionam o trabalho e que os fazem permanecer em servidão, para assumir o protagonismo do

trabalho, reconhecendo as próprias capacidades que o corpo tem de se relacionar com o mundo em cada situação.

No homem livre, portanto, a firmeza em fugir a tempo é tão grande quanto a que o leva à luta; ou seja, o homem livre escolhe a fuga com a mesma firmeza ou com a mesma coragem com que escolhe o combate (p.201).¹⁸

Dessa maneira, Spinoza define três gêneros do conhecimento conforme aumentamos a nossa potência de agir, assim como, Amauri Ferreira (2009) ao salientar que um homem livre não se reduz ao primeiro gênero do conhecimento (imaginativo), mas conquista a potência de pensar, não só pelo conhecimento do segundo gênero (racional), mas pelo que Spinoza vai chamar de terceiro gênero, que é denominado ciência intuitiva. Quem conhece as coisas por meio desse gênero passa à suprema perfeição humana e conseqüentemente é afetado pela alegria, “quanto mais uma coisa tem perfeição, tanto mais age e tanto menos padece e, inversamente, quanto mais age, tanto mais ela é perfeita” (p.236).¹⁸ Aqui os trabalhadores são capazes de produzir novos processos de trabalho.

Se liberdade é a capacidade de refrear os afetos a partir do conhecimento, notamos nesta pesquisa que apesar de vivenciar paixões tristes em seu cotidiano os profissionais do NASF-AB, em suas reuniões, buscam criar estratégias para que sejam compreendidos no âmbito do trabalho. Ao participar desses momentos, verificamos por meio das observações e pelas anotações do diário de bordo que estruturar a própria equipe pode ser uma das válvulas de escape para o fortalecimento do papel do NASF-AB diante das Unidades de saúde.

Assim, o NASF-AB tem a pretensão de mostrar o seu papel em espaços denominados Rodadas de Atenção Básica, organizada pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da secretaria municipal, em que participam várias equipes de saúde do município, de acordo com os diálogos abaixo:

A proposta é fazer uma rodada novamente do NASF, mas de uma forma mais lúdica, mais dinâmica, mudar a dinâmica, ser de forma mais objetiva e não chegar e falar, o NASF faz isso, é trazer de uma forma dinâmica para que eles possam entender, eu pensei em usar TBL¹³, usar espiral.

¹³ Team Based Learning.

[...] hoje é só uma proposta, é uma ideia, por exemplo, um caso clínico que a gente apresente, por exemplo, vocês [equipe saúde da família] enquanto NASF, o que fariam? Colocá-los em nosso lugar, é uma ideia.

Experimentar outras possibilidades de acessar as equipes de saúde podem disparar nos profissionais a compreensão do trabalho do NASF-AB e assim, desdobrar em maiores aproximações em discussões diretas com os profissionais no interior das unidades também, os nós que atam o trabalho entre as equipes, a partir do entendimento do que se passa nos serviços e das particularidades de cada equipe, podem levar a outros modos de fazer a gestão dos serviços de saúde, como ações de educação permanente em saúde, vigilância em saúde, ações pedagógicas com as equipes.

Inferimos que este é o grande desafio no contexto da atenção básica, quando se pensa na proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) como dispositivo para produzir deslocamentos no âmbito do trabalho. A EPS colocando à prova o próprio fazer pode provocar análise e autoanálise simultâneas. Por autoanálise, Baremblytt (p.165) explica que é um “processo de produção e re-apropriação, por parte dos coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmo, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites”.²⁹ Reforçamos então, que estes movimentos podem produzir outras intervenções na realidade a partir do conhecimento de suas causas, ou seja, possibilita que os profissionais retomem a capacidade de produzir outros movimentos em meio aos aprisionamentos que a normatização do mundo do trabalho lhes impõe.²⁴

[...] mas deveria ser um momento de reflexão das ações, de você raciocinar um surto disso, porque ocorreu, não buscar culpados, e sim fragilidades, para tentar melhorar e não ocorrer novamente. Então eu acho que a EPS é uma coisa muito importante, quando a gente traz para o campo da reflexão, no que podemos fazer para melhorar.

[...] a EPS deve impactar como eu vejo o outro, tem que haver mudança de paradigma, é você ir à contramão do que está sendo proposto, que é manter as práticas. Estudos mostram que hoje esse é o caminho.

Assim, podemos pensar que um trabalho que se abre para as reflexões e ações poderão ser o produto de sua natureza, de sua realidade. Neste contexto, a partir do conhecimento das causas dos nós que travam o serviço, concernem as ideias adequadas produzindo nos trabalhadores a criatividade nas estratégias a partir do

produto dos encontros, estratégias de como organizar o serviço frente ao surto, por exemplo, ou como disparar a sensibilidade dos profissionais na importância das consultas compartilhadas com o NASF-AB também.

Resgatando as ideias do conhecimento a partir do terceiro gênero de Spinoza¹⁸ ressaltamos que quando o grau de perfeição em nós aumenta a tal ponto que reconhecemos o produtor no produto, ultrapassamos o homem que há em nós para encontrar novas direções, no contexto do NASF-AB, angariado pela potência de constituir-se em coletivo a subjetividade e os processos de subjetivação, os profissionais do NASF-AB serão capazes de produzir novos modos de conduzir o trabalho sob outros pensamentos, outros caminhos, com o conhecimento advindo da potência da ciência intuitiva, ele é inventor e produtor de si e do mundo do trabalho. Sairemos da servidão para a liberdade.

Considerações finais

Este estudo nos convidou a pensar na complexidade do processo de trabalho em saúde, em particular na composição dos profissionais do NASF nas equipes de Saúde da Família. Atuando em um território de complexos e de disputas, é perceptível que as equipes em decorrência dos maus encontros acabam repelindo-se, perpetuando no trabalho fragmentando, quando, a proposta do NASF é articular ações educativas, pedagógicas e assistenciais com os profissionais das eSF.

Trouxemos também as noções de servidão e liberdade em Spinoza, visto que além das lógicas moralistas e científicas a atenção básica é fortemente atravessada pelo caráter burocrático e normalizador, padronizando o processo de trabalho, limitando a vazão para a criatividade. Elencamos que a liberdade no processo de trabalho em saúde pode ser pensada como o terceiro gênero de conhecimento pensando por Spinoza, ou seja, a força interna dos encontros e o seu produto é causa para as ações. Assim, o autor admite o fato que não somos submetidos às paixões, o que nos leva as ideias inadequadas, entretanto, somos influenciados pela força dos afetos para construirmos a liberdade. Dessa maneira, aludimos que o processo de trabalho em saúde, pela sua potência de produzir movimentos instituintes no cotidiano dos serviços de saúde, pode, a partir da EPS, como dispositivo, proporcionar novidades e criatividade no interior dos serviços de saúde.

Referências

1. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(2): 265-71.
2. Brito GEG, Mendes ACG, Santos PMN. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64): 77-86.
3. BRASIL. 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).
4. Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *REME rev. min. Enferm.* 2003; 7(1):61-6.
5. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. saúde col.* 2018; 23 (3): 861-70.
6. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17 (46): 575-86.
7. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs*. 2ª ed. São Paulo: Editora 34, 1996.
8. Romagnoli, RC. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicol. Soc.* 2009; 21(2):166-73.
9. Rolnik S. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2016.
10. Cecílio LCO, Merhy EE. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, 2003.
11. RODRIGUES, E. *Clínica de uma vida: estilhaços de Educação e [m]saúde*. [Dissertação] Porto Alegre, Universidade Federal do rio Grande do Sul, 2015.
12. ITAJUÍPE. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Itajuípe: Secretaria municipal de Saúde, 2014.
13. Baduy RS, Melchior R, Bertussi DC, Stoicov RR, Martins VL. Trabalho em saúde. In: Andrade SM, Cordonni JL, Carvalho BG, González AD, Silva AMR. (Org). *Bases da Saúde Coletiva*. Edue, 2017; 247-59.
14. Merhy EE, Feuerwerker L, Gomes MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB. (Org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010; 60-75.

- 15- Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In Mandarino, ACS, Gomberg, E (org). Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: Editora UFS; 2009, p. 29-56
16. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. Saúde soc.2015; 24(1):102-14.
17. Merhy, EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
18. Spinoza B. Ética. 2ª. ed, Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
19. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: Cartografias do desejo. 12ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.
20. Anjos KF et al . Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas em saúde. Saúde debate. 2013; 37 (99): 672-80, 2013.
21. Deleuze G. Espinosa-Filosofia Prática. São Paulo: Escuta, 2002.
22. Ferreira A. Introdução à filosofia de Spinoza. Silveira: Le Livros; 2009.
23. MAXWELL. Espinosa e a afetividade humana. PUC-RIO. Certificação Digital nº 1012188/CA. Disponível em: www.maxwell.vrac.puc-rio.br/20706/20706_3. Acesso em: 26 dez. 2018.
24. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro RE, Mattos RA (Orgs). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.
25. Azevedo, LGNG. Ética da alegria e do encontro: elucidações espinosanas e perspectivas psicodramáticas. Rev. bras. Psicodrama. 2017; 25 (1):78-85.
26. Nascimento DDG. O cotidiano de trabalho do NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. [Tese]. São Paulo (SP): Enfermagem Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
27. Bispo Junior JP, Moreira DC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. Trab. educ. saúde.2018; 16(2): 683-02.
28. Ulpiano C. Vídeo-aula: pensamento e liberdade em Spinoza. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Cláudio Ulpiano, 1988. Disponível em: <https://acervoclaudioulpiano.com/2017/09/03/pensamento-e-liberdade-em-espinosa/>
29. Baremblytt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

6.2 Manuscrito 02: A educação permanente em saúde e o apoio matricial no núcleo de apoio à saúde da família e atenção básica. Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.

A educação permanente em saúde e o apoio matricial no núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica

Permanent health education and matricial support in the extended nuclei of family health and basic attention

Josiane Moreira Germano¹

<https://orcid.org/0000-0002-7012-0687>

Alba Benemérita Alves Vilela²

<https://orcid.org/0000-0003-2110-1751>

1 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia-BA, Brasil. (j_mg87@yahoo.com.br)

2 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia-BA, Brasil. (albavilela@gmail.com.br)

RESUMO

Esta pesquisa tem o objetivo de compreender o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e as ações de Educação Permanente em Saúde e Apoio Matricial no contexto do trabalho na Estratégia Saúde da Família. Como toda pesquisa, a metodologia pretendeu nortear o encontro com o campo, utilizou a cartografia como ferramenta de produção e análise. Na produção de dados, foram utilizados vários instrumentos que possibilitaram maior conhecimento do processo de trabalho da equipe, assim, adentramos às reuniões de equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica nas Rodadas de Atenção Básica, em visitas domiciliares, nos grupos de atividades físicas e nas unidades de saúde. Mediante esse contato, produzimos quatro Oficinaulas, conforme as pistas adquiridas nas anotações do diário de bordo e observações pertinentes para a construção das cartografias apresentadas nesta pesquisa. O estudo foi realizado com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica em um município de pequeno porte no interior da Bahia, a partir do contato com o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica foi possível perceber a forte influência do modelo hegemônico que atravessa o cotidiano dos profissionais estabelecendo, por sua vez, um campo de disputas, de projetos e de práticas. Observamos que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica dispara

os processos reflexivos e dialógicos por meio do apoio matricial e da Educação Permanente em Saúde, de modo a apresentar dificuldade em compor esses espaços com as eSF, porém, opera enquanto ator/protagonista de seu trabalho, explorando o potencial de pedagógico e entre si. Por fim, denotamos que a EPS acontece entre as equipes, porém, institucionalmente, acaba ficando restrito às Rodadas de Atenção Básica com pouca possibilidade de análise do processo de trabalho em seu cotidiano.

Palavras-chave: Processo de trabalho, Educação Permanente em saúde, Apoio Matricial.

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica (AB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como mola propulsora para a reorientação no modelo de atenção, contribuindo para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o intuito é superar o modelo biomédico hegemônico que restringe o fazer em saúde a intervenções voltadas para a cura e para o controle dos sintomas, com progressiva fragmentação do trabalho e do cuidado (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

No intuito de contribuir com o processo de trabalho na ESF, o Ministério da Saúde criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), após a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, passa a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Tendo como objetivo o trabalho interdisciplinar e de apoio com vistas ao suporte clínico, sanitário e pedagógico no âmbito da AB (BRASIL, 2017).

O NASF-AB é constituído por diferentes profissões ou especialidades que não estão presentes nas equipes de Saúde da Família (eSF). Compreendemos que a articulação entre essas equipes, tem o intuito de transpor a lógica fragmentada e hegemônica, exercendo, por sua vez, grandes influências nesse contexto. Assim, destacamos que o apoio matricial experimenta e se fundamenta a partir da produção de um trabalho coletivo que opera em redes colaborativas que se apoiam no relacionamento entre os profissionais.

Contudo, tal cenário apresenta-se imbricado de tensões, expectativas e frustrações, visto que as equipes operam em lógicas distintas, favorecendo a produção de conflitos. Ademais, o trabalho na AB requer um processo intra e entre equipes, apesar dos conflitos também pode construir espaços férteis para o

compartilhamento dos saberes, convocando os profissionais para que a gestão do processo de trabalho não seja limitada a uma determinada categoria profissional ou equipe.

Como proposta de qualificação do trabalho, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma ferramenta a qual o NASF-AB tem em suas diretrizes, produzindo diferentes efeitos no contexto do trabalho, de acordo com Feuerwerker (2014), a EPS pode propiciar o fortalecimento da gestão por meio de disputas de projetos, desterritorialização e construção de coletivos que desejam transformar o modo de produzir saúde e valorização dos trabalhadores no exercício de sua autonomia. Portanto, a EPS e o apoio matricial são tidos como dispositivos para produzir relações horizontais entre profissionais de distintas áreas, projetos e campos de conhecimento (BERTUSSI, 2010).

Encontros com o NASF-AB: descobertas

A cada encontro com o processo de trabalho do NASF-AB sentimos a necessidade de nos inserir aos novos territórios, atitude que nos possibilitou a experiência de conhecer os movimentos no processo de trabalho do NASF-AB. Entre as tensões e disputas ocorridas no contexto ao qual estudamos, encontramos, pois, a dificuldade de entrar nas equipes, como, por exemplo, nos momentos das reuniões e consultas compartilhadas. Afetada pelos encontros ainda nesse momento, e das memórias que trago na mochila, Diante deste cenário, questionamos como era produzido o trabalho do NASF-AB naquele contexto? E como a equipe de apoio matricial, a EPS, faziam presente para refletir sobre o trabalho? Assim, esta pesquisa tem por objetivo compreender o processo de trabalho do NASF-AB e as ações de EPS e apoio matricial no contexto do trabalho na ESF.

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

Esta pesquisa consiste em um estudo qualitativo realizado com a equipe do NASF-AB no município localizado na região sul da Bahia, cuja população estimada para 2016 é de 21.697 habitantes. O município compõe um dos locais do projeto de pesquisa intitulado: “O processo de trabalho na Atenção Básica: desafios na

consolidação de um modelo de atenção à saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob CAAE: 61486015.9.0000.0055. Este estudo atendeu às diretrizes dispostas na Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

A rede básica de saúde está organizada com cinco Unidades Saúde da Família em seis equipes de Saúde da Família e cinco equipes de Saúde Bucal localizadas no meio urbano e meio rural, perfazendo uma cobertura populacional de 73,6% da população. Complementarmente, encontra-se uma Unidade Básica de Saúde com uma equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que atende 26,4% da população. Para aumentar o escopo das ações, o município conta com uma equipe do NASF-AB, composta pelas seguintes categorias profissionais: dois profissionais de educação física, uma nutricionista, quatro fisioterapeutas, um psicólogo e um farmacêutico (ITAJUÍPE, 2014).

A metodologia desta dissertação norteia o encontro com o campo, utilizando, pois, dos princípios da cartografia na produção e análise. A cartografia possibilita dar visibilidade aos afetos, no movimento contínuo de produção do meio social, assim como a produção de si e do outro, no emaranhado das relações que atravessam o mundo do trabalho (CARVALHO; JORGE; FRANCO, 2018). Cartografar é acompanhar processos, ou seja, a cartografia é uma pesquisa de campo que requer a habitação de um território antes desconhecido pelo pesquisador, mas que se inclui, de forma problemática, na pesquisa. Esse método não visa isolar o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo, ao contrário, seu objetivo é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente. Para acompanhar algo que é dinâmico, a pesquisa cartográfica não separa as etapas da investigação e seus passos acontecem em concomitância (BORGES, 2016).

Na produção de dados foram utilizados vários instrumentos que possibilitaram maior conhecimento do processo de trabalho do NASF-AB. Para apreender os afetos e sua produção no meio social foi necessário habitar o território no qual os profissionais estavam inseridos. Assim, adentramos nas reuniões de equipe do NASF-AB, nas Rodadas de Atenção Básica, em visitas domiciliares, nos grupos de atividades

físicas, nas Unidades de saúde, além de produzirmos quatro Oficinaulas, conforme as pistas que se mostravam no caminho, anotações no diário de bordo e observação participante também se fizeram presente na construção de cartografias desta pesquisa. A ideia de Oficinaula pensada por Elisandro Rodrigues (2015) diz respeito a composição de um lugar como “um espaço de criação em que o processo de trabalho se dá de forma manual e artesã” (p.290).

O traçado da pesquisa cartográfica, por sua vez, é construído no próprio caminhar (KASTRUP; PASSOS, 2013) e os rumos são redesenhados localmente, assim, são definidos ao longo de todo o processo a partir do encontro do pesquisador com o território existencial.

Rolnik diz que o cartógrafo “leva no bolso um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações” (ROLNIK, 2016, p. 67). Diferente das formas mais tradicionais convencionais de pesquisa, a cartografia possibilita lançar-se em campo aberto, ao inusitado, ao não esperado, ao acaso que vão emergindo processos, diante do caminhar do pesquisador (CARVALHO; JORGE; FRANCO, 2018).

A Educação Permanente em Saúde e as Rodadas de Atenção Básica

A EPS como prática de ensino-aprendizagem “[...] significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de educação e mudança” (CECCIM; FERLA, 2008, p.162). Assim, pelo potencial do NASF-AB em disparar processos reflexivos no âmbito do trabalho, a vivência junto da equipe nos proporcionou refletir sobre a EPS no cotidiano dos serviços e como eram produzidos os espaços para a reflexão das práticas daqueles profissionais.

Sobre a EPS podemos observar que os profissionais compreendem este momento para a reflexão sobre os acontecimentos no cotidiano dos serviços:

Educação em serviço para o serviço, [...] deveria ser um momento de reflexão das ações, de você raciocinar um surto disso ou daquilo, porque ocorreu? Não buscar culpados, e sim as fragilidades, para tentar melhorar e não ocorrer novamente. Então eu acho que a educação permanente em saúde é uma coisa muito importante quando a gente traz para o campo da reflexão, no que

podemos fazer para melhorar e não buscar culpados, porque já aconteceu e não vai melhorar nada, só vai piorar as relações, mas infelizmente eu vejo que a educação permanente não ocorre da maneira que ela seja mais eficaz [...].

Esta fala se mostra potente para pensarmos o processo de trabalho destas equipes, sendo possível destacar três expressões importantes que apareceram neste trecho: “reflexão das ações”, “não buscar culpados” e “a educação permanente não ocorre da maneira que seja mais eficaz”, os diálogos fizeram com que olhássemos para aquele cotidiano com outros olhos. Suely Rolnik (2016) ao fazer uma viagem pelo mundo da subjetividade, em seu livro “Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo” nos apresenta algumas possibilidades de olhar o mundo a partir dos desdobramentos de suas personagens que chamou de “noivinhas”. Para a autora, é por meio do olhar vibrátil que são captados movimentos imperceptíveis de criação de outras máscaras que permite a passagem dos afetos. O olho vibrátil difere do olho retina, pois capta intensidades e vibrações para produção de novos territórios. Rolnik (2016, p.13) relata que: “é na dinâmica entre esses dois olhares que nos é dado entrever o traçado de cartografias nos movimentos de criação da realidade de um determinado contexto [...]”.

Assim, observamos que a EPS para estes profissionais tem o potencial de criar estratégias para a construção de novas práticas, porém, as “expressões” destacadas geraram o questionamento no qual buscamos esclarecer, isto é, como eram concebidos esses encontros? Na exploração do território existencial com o NASF-AB percebemos o distanciamento do trabalho entre equipes, cuja dificuldade de vivenciar os problemas do NASF-AB assumi apenas a postura de retaguarda as ações nos serviços em saúde, “o NASF enquanto apoio pode fazer muita coisa, desde que seja solicitado” (trecho retirado do diário de bordo).

Diante disso, buscamos conhecer como operavam as práticas coletivas e reflexivas entre as equipes, NASF-AB e eSF. Descobrimos que o espaço de encontro é denominado de Rodadas de Atenção Básica, assim, exploraremos um pouco mais a expressão “a educação permanente não ocorre da maneira que ela seja mais eficaz”. Por eficácia, neste contexto, compreendemos que seja a resolutividade das ações que poderiam ser produzidas nos encontros desses profissionais.

A fim de compreender mais o que era produzido neste espaço, a convite da coordenadora do NASF-AB partilhamos desses momentos com as equipes, só assim,

seria possível ampliarmos a nossa lente para compreendermos o que era produzido naqueles encontros. As Rodadas de Atenção Básica acontecem com os profissionais das Unidades de saúde e é instituído mensalmente pelo Núcleo de Educação Permanente (NEPE) da secretaria municipal de saúde. O espaço que reúne profissionais de diversas Unidades, como: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas e os profissionais do NASF-AB surpreende por limitar-se ao repasse de informações que na ocasião, antes de iniciar as atividades, o local era palco de outros movimentos, como a explanação de uma determinada empresa da cidade, fato que exemplifica a frase dita pelos entrevistados: “a educação permanente não ocorre da maneira que ela seja mais eficaz”.

Percebemos que as Rodadas de Atenção Básica, apesar de reunir grande parte dos profissionais, tinha as problemáticas centradas em estudos de casos pré-estabelecidos, na ocasião, eram estudos de alguma situação de uma Unidade de saúde específica. Parecia um espaço de pouca articulação de ideias, apenas a interação tímida entre os profissionais que estavam “apresentando” o caso e o restante se configurava com uma grande plateia, de aproximadamente quarenta pessoas organizada em fileiras assistindo aos *slides*.

Com base nas ideias de Deleuze e Guattari (1995) buscamos compreender a organização do espaço e de como são instituídos as Rodadas de Atenção Básica, assim, os autores dialogam sobre a centralidade de fluxos normativos, fixos e previsíveis, contrapondo a ideia de rizoma defendida pelos autores como um sistema que refuta o pensamento linear. O rizoma não se fecha sobre si, é aberto para experimentações, é sempre ultrapassado por outras linhas de intensidade que o atravessam, como um mapa que se espalha em todas as direções, se abre e se fecha, pulsa, constrói e desconstrói. O rizoma cresce onde há espaço, floresce onde encontra possibilidades, cria seu ambiente. Portanto, a proposta das Rodadas distancia-se do pensamento rizomático pelo modelo transmissivo e prescritivo de ideias.

Diante de tais impressões, acoplamos a expressão “reflexão das ações” que não parece ser facilitada nas Rodadas de atenção básica, visto que o caso apresentado não mobiliza toda a plateia, pois pode ser que os demais não sejam afetados por tal problemática em seu cotidiano. Observamos que o modo no qual esses encontros se constituíram mostrava-se como um espaço de encontros tristes, conduzindo os corpos à passividade, ou seja, a persistência da diminuição da potência

de agir e pensar (SPINOZA, 2017). Trazendo as ideias de Novikoff e Cavalcante (2015) é discorrido que “uma educação prescritiva ou normativa que decide o quê, como e quando algo deve ser aprendido é despotencializadora, [...] na medida em que distancia o educando de sua própria potência de pensar”. Ainda sobre a expressão “reflexão das ações” um profissional do NASF-AB, deste estudo, compreende que

[...] Trabalhar a problemática *in loco*. Porque a gente acredita que quando você faz a educação permanente em saúde, enche essa sala de muitos profissionais aqui de tudo quanto é canto, fica aquela coisa, por exemplo, vamos falar de um caso de tuberculose que só teve, por exemplo, na Unidade A, e então o resto vem para cá, mas como não é um problema da unidade deles o que fica é a conversa paralela. Você não vê efetividade, então acreditamos que deve se trabalhar *in loco*.

Assim, percebemos que a configuração das Rodadas de Atenção Básica, acaba sendo um lugar de pouca capilaridade e reconhecimento de saberes. Segundo Feuerwerker (2014) a EPS propicia que o processo de trabalho seja tomado como objeto na reflexão participativa e ativa pelos trabalhadores e é a partir da realidade que se pensa nas ações. Ricardo Ceccim afirma que “essa educação não pode ser decretada, ela se estenderá ou crescerá ao ritmo da vida das singularidades que a animarem” (CECCIM, 2005, p. 175). Assim, um espaço formatado, pouco propicia vazão para se refletir sobre os entraves do cotidiano.

Esses autores reconhecem que o cotidiano dos serviços tem um potencial educativo e criativo para mobilizar os profissionais no âmbito do trabalho, neste sentido, a EPS é considerada uma aprendizagem no e para o trabalho, em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações (BRASIL, 2009). Feuerwerker et al., (2000) nos retificam que um processo de reflexão que busca revelar o significado do que se fez, possibilita repensar as experiências sob nova ótica.

A metodologia utilizada nas Rodadas de Atenção Básica incitou o seguinte questionamento: “[...] existe educação permanente sem escuta?” (trecho do diário de bordo). Ainda sobre os incômodos com as Rodadas de Atenção Básica

O que mais a gente vê aqui de EPS é essa parte teórica, esse conhecimento engessado, e é uma forma teórica mesmo de passar o conhecimento, mas que na prática é totalmente diferente [...]

É um teórico velado, deve acontecer assim, assim, assim [como se fosse receita], [...] porque não expõe as fragilidades, por exemplo, estamos com muitos casos de sífilis, então no que é que estamos falhando? Será que é o

método, será que é a nossa linguagem que não está adequada a realidade da população? Será que é porque não tem medicamento? Será que as pessoas não estão se valorizando e não estão nem aí para nada? Então temos que ouvir o que é que essas pessoas que tem a doença, o que é que elas acham, porque elas acham, porque é que elas contraem, qual é o pensamento? Através disso, a gente bola as estratégias.

Esses conjuntos de falas somadas as vivências com as equipes nos fazem pensar nas misturas dos conceitos de educação continuada e educação permanente em saúde. Notamos que os modos como as equipes significam as noções de trabalho na ESF, as tensões entre macro *versus* micropolítica; impotência e potência para trabalhar seus incômodos e os receios da visão da gestão sobre o trabalho, no sentido de que o que não é colocado em uma ata ou no prontuário não é dito como feito, por exemplo. Neste sentido Franco e Merhy (2013, p.341) nos ajudam a pensar que esses modos aos quais os profissionais compreendem essas tensões podem “agregar nova cartografia [...] a dos trabalhadores como atores/sujeitos formuladores de teorias [...] no seu agir cotidiano”, mas também “sujeitos que sujeitam sem que com isso deixemos de ser sujeitados também (MERHY, 2002, p.13). Neste exercício, ou seja, no contexto do trabalho em saúde, Feuerwerker (2014) diz que olhamos o cotidiano do mundo do trabalho como uma micropolítica, na qual somos individual e coletivamente fabricantes e fabricados nos nossos modos de agir e nos nossos processos relacionais.

Acerca dessas tensões, imergimos em outra cena, agora com a equipe do NASF-AB em um de seus encontros em que se produzem as reuniões de equipe. Neste espaço os profissionais utilizam para fazer a gestão do trabalho, planejamento da agenda e das consultas compartilhadas, os grupos de atividades, o repasse de informações e as demandas que precisam ser problematizadas. Observamos o NASF-AB sob outra máscara, atores/sujeitos protagonistas do seu processo de trabalho, explorando as ferramentas como apoio matricial e a própria EPS, que Bertussi (2010) afirma ser ferramentas potentes para a construção de uma gestão democrática para a produção de linhas de cuidado, constituindo um dispositivo para provocar aproximações no âmbito do trabalho. Percebemos, pois, diante das diferenças, que o momento oportuniza a autoanálise que é capaz de produzir novos modos de interpretar as práticas em sua realidade.

[...] Dentro do NASF, a própria clínica ampliada acontece entre os profissionais do NASF, nas consultas compartilhadas estamos matriciando uns aos outros diariamente. Nas nossas reuniões de equipe fazemos isso, o matriciamento acontece.

Percebemos também a dificuldade de articulação entre equipes para o matriciamento. As reuniões de equipes das unidades como brecha para o acontecimento do matriciamento e da análise do processo de trabalho por meio da EPS parece distante da realidade dessas equipes: “tentamos marcar reuniões, mas as datas são sempre transferidas”, assim, o NASF-AB conduz o trabalho “fazendo clínica praticamente” (trechos retirados do diário de bordo).

O apoio matricial é uma das ferramentas tecnológicas para organização da gestão do trabalho e é pensada para fomentar a criação de espaços coletivos de discussões e planejamentos. Para o apoio matricial, se atribui o conceito de suporte técnico e pedagógico que propõe à ampliação da clínica nas práticas das equipes da ESF. Sinérgico ao conceito de EPS, o apoio matricial é pensado para fortalecer as ações de ensino-aprendizagem entre o NASF-AB e eSF, por meio de ações educativas no serviço (BRASIL, 2010). Reconhecido e valorizado pela dimensão potencial do encontro, como a produzir outras possibilidades de intervenção (BALARIN; FERIGATO, 2012). Ceccim e Merhy (2009, p. 535-536), discorrem que “os encontros, na micropolítica, são intensamente pedagógicos” onde as “trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato”.

Bertussi (2010, p.125) vem nos dizer que “neste sentido, os processos intercessores no trabalho de apoio a equipes de saúde apontam para um reconhecimento de ser essa uma produção intensamente micropolítica [...]” no qual o apoio as equipes constituem-se como espaço de “estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação, invenção e potência no enfrentamento de problemas cotidianos”.

Portanto, atentos aos movimentos produzidos pelos encontros com o NASF-AB, ampliando um pouco mais a lente, rememoramos uma das falas produzidas em uma de nossas Oficinaulas.

Mas existe um movimento diferente, o NASF lá e as equipes aqui. Se fortalece as equipes do NASF, mas o NASF na Estratégia Saúde da Família parece que existe um fosso [...] está todo mundo no seu quadrado.

Eu não me acho dentro da equipe (trecho do diário de bordo).

Observamos que o NASF-AB encontra dificuldades de articular e produzir o trabalho em conjunto com as eSF. Reconhecemos também que ambas as equipes, por suas particularidades, acabam operando em lógicas distintas, o que é suficiente para criar um “campo de disputas” no âmbito do trabalho, ao contrário da proposta do NASF, que é superar a lógica assistencial, fragmentada e individual (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Por meio das vivências, verificamos que o NASF-AB entre si, consegue produzir em coletivo, explorando a EPS e o matriciamento. Percebemos que pela dificuldade de operar seus dispositivos de trabalho, estar fortalecido em si, pode se constituir linhas de fuga para os profissionais que compartilham apenas o espaço físico com as eSF.

O atravessamento do modelo biomédico nas práticas do NASF-AB

O modelo ainda é hegemônico [...].

[...] é um modelo médico centralizado na doença e na integralidade.

Franco (2013) nos diz que quando olhamos para as práticas em saúde percebemos o quanto há para ser desconstruído e construído neste campo, pois a hegemonia exercida no modelo hegemônico, biomédico, sustentado pela força do capital e seu poder de subjetivação atua como linha de força a agenciar os atos dos profissionais.

A reflexão sobre as ferramentas para o fortalecimento do trabalho no âmbito da AB, requer elementos que antecedem a própria clínica. O apoio matricial e a EPS no contexto do processo de trabalho do NASF significam dispositivos contra-hegemônicos às práticas tradicionalmente alicerçadas na perspectiva disciplinar e curativista. Nos deparamos em diversos momentos como o processo de trabalho do NASF-AB esbarra nas discussões acerca do modelo assistencial que pode determinar os modos, nos quais os profissionais decidem e organizam o seu processo de trabalho.

O modelo hegemônico é baseado no dualismo cartesiano apresentado no século XVIII, em que provocou rupturas caracterizando uma prática organicista, fragmentada, ou seja, centrada na clínica dos órgãos, em que cada órgão, em seu

perfeito funcionamento refere-se à normalidade. Sendo o contrário, ou seja, àquele que foge à esta organização é chamado doente (BARROS; GONDIM, 2014). O modelo hegemônico cujo foco é a doença, transmuta o sujeito em objeto por práticas verticalizadas imprimindo nos profissionais a produção de um processo de trabalho que se distancia do que é proposto no âmbito da AB.

Como já foi abordado, aqui também pode ser tomado como exemplo de um forte “campo de disputas” engendradas pelas tensões da lógica de mercado e científicas a qual fabricam-se máscaras que chamamos de “trabalhadores-clínico-assertivos”, parece adequado para acoplarmos à expressão “busca por culpados” para um modelo de assistência na qual não se pode errar ou desviar do que é proposto, para não quebrar a maquinaria perfeita.

[...] se as coisas não estão seguindo conforme as normas que trabalhamos [...] que faça um documento, diga que as condutas não estão contribuindo para a assertividade do seu trabalho.

Essa expressão “busca por culpados” também pode ser gatilho para pensarmos as relações de poder existentes entre os profissionais que atuam na AB o atravessamento do trabalho hegemônico grudado na máscara “trabalhador-clínico-assertivo” parece-nos ser um bom caminho para que estes corpos se mantenham territorializados em seus compartimentos, ou, em suas respectivas equipes. Sendo assim, as relações de poder, estudada por Roberto Machado em seu livro “Microfísica do Poder” nos ajuda a aludir tais relações entre as equipes na AB, a partir da singularidade de cada uma e os conflitos, que deveras acontecem a partir das disputas de projetos e processos de trabalho (LANZONI; MEIRELES, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao mergulharmos no processo de trabalho do NASF-AB podemos perceber a forte influência do modelo hegemônico que atravessam o cotidiano dos profissionais estabelecendo, então, um campo de disputas, de projetos, de práticas, de subjetividades e ainda, de lógicas de funcionamento de equipes. Observamos que o NASF-AB com seu potencial de disparar processos reflexivos e dialógicos por meio do apoio matricial e da EPS tem dificuldade de compor estes espaços com as eSF para exploração destas ferramentas. Em outra paisagem, o NASF-AB opera enquanto

ator/protagonista de seu trabalho, explora o potencial pedagógico e entre si, como linha de fuga, a equipe acaba operando o matriciamento.

Ao participar de outros espaços, percebemos que as marcas do modelo biomédico grudam em máscaras que ousamos chamar “trabalhadores-clínico-assertivos”, obedecendo a lógica capitalística e científica, que engendram ideias da maquinaria perfeita para não desviarem das normas e daquilo que está posto. Por fim, denotamos que a EPS pontualmente acontece entre as equipes, porém, institucionalmente, acaba ficando restrito às Rodadas de Atenção Básica com pouca possibilidade de análise dos entraves do cotidiano no ato.

REFERÊNCIAS

Barros, L.F.F.; GODIM, D.S.M. Integralidade na Assistência em Saúde: desafios e impasses. **Revista Científica da FMC.**,v.9, n.2, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* Brasília, DF, 270set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BALLARIN, M.L.C.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.42, p.767-78, 2012.

BRASIL. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BERTUSSI, D.C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal de saúde.** 234 fls. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BORGES, S. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.27, p. 107-113, 2015.

CARVALHO, M.R.R.; JORGE, M.S.B.; FRANCO, T.B. “Minha filha devolveu minha vida”: uma cartografia da Rede Cegonha. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 757-67, 2018.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.162- 168.

CECCIM, R.B; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface Comunicação, Saúde, Educação** v.13, supl. 1, p. 531-42, 2009 .

CECCIM, R.B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaço públicos**. Rio de Janeiro: Abrascop. 161-80, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. v.1. São Paulo: Ed. 34, 1995a.

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

FEUERWERKER, L.C.M.; COSTA, H.O.G.; BARBOSA, N.; KHALIL, M.E. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. **Revista Saúde em Debate**, v.24, n.55, p.92-103, maio/ago, 2000.

FRANCO, T.B. **Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade**. Saúde soc., v. 24, supl.1, p.102-14, 2015.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

ITAJUÍPE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Itajuípe: Secretaria municipal de Saúde, 2014.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum In: **Revista Fractal**. v.25 n.2, p.263-280, 2013.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.25, n. 3, p. 464-70, 2012.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NASCIMENTO, D. D. G. D.; OLIVEIRA, M. A. D. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 92-6, 2010.

NOVIKOFF, C.; CAVALCANTI, M.A.P. pensar a potência dos afetos na e para a educação. **Conjectura: Filos. Educ.**, v. 20, n. 3, p. 88-107, 2015.

RODRIGUES, E. **Clínica de uma vida: estilhaços de Educação e [m]saúde**. Dissertação (Pós-graduação em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2 ed. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2016.

SANTOS, D.S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n. 3, p. 861-70, 2018.

SPINOZA, B. **Ética**. 2º. ed, Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

ABSTRACT

This research aims to understand the work process of the Support Center for Family Health and Basic Attention and the actions of Permanent Education in Health and Matrix Support in the context of the work in the Family Health Strategy. Like all research, the methodology sought to guide the encounter with the field, using cartography as a production and analysis tool. In the production of data, several instruments were used that allowed greater knowledge of the work process of the team. Thus, we went into the team meetings of the Support Group for Family Health and Basic Care, Basic Care Rounds, home visits, physical activity groups, and health units, in addition to producing four the clues that were on the way, notes in the logbook and participant observation were also present in the construction of cartographies of this research. The research was carried out with a team from the Support Center for Family Health and Basic Care in a small municipality in the interior of Bahia. As we immerse ourselves in the work process of the Family Health Support and Basic Care Unit, we can perceive the strong influence of the hegemonic model that crosses the professionals' daily life, establishing a field of disputes, projects and practices. We observed that the Family Health and Basic Attention Support Nucleus with its potential to trigger reflective and dialogic processes through matrix support and Permanent Health Education has difficulty in composing these spaces with the eSF, but it operates as an actor / protagonist of their work, exploring the pedagogical potential and between them. Finally, we point out that the EPS happens occasionally among the teams, but institutionally, it ends up being restricted to the Basic Attention Rounds with little possibility of analyzing the work process in its daily life.

Descriptions: Support matrix.

7 MEMÓRIAS DOCUMENTADAS

Trago neste espaço algumas das memórias possíveis. Momentos importantes, paisagens, viagens, estradas, medo, expectativas, cansaço, desejo, produção e muita vida.

O LUGAR

Aqui a cena faz tchan!!!
E começa o espetáculo
O homem-não-arte não sente não vê
Mas o homem-arte olha
Observa estuda absorve transforma absorve
Transhumaniza o homem-não-arte

Justo aí eu existo
O espetáculo

E se vestem de arte sem delírio
Os que artem sem saber os que não artem
Sem pintar de mártires os que se matam
Se escondem nas máscaras os mandarins
Se cingem de máculas e serafins

Uma ideia a contraideia
Ação intriga conflito
Uma ação um conflito
Uma ação um conflito
Conflito, conflito, conflito
Infinitas vezes assim¹⁴.

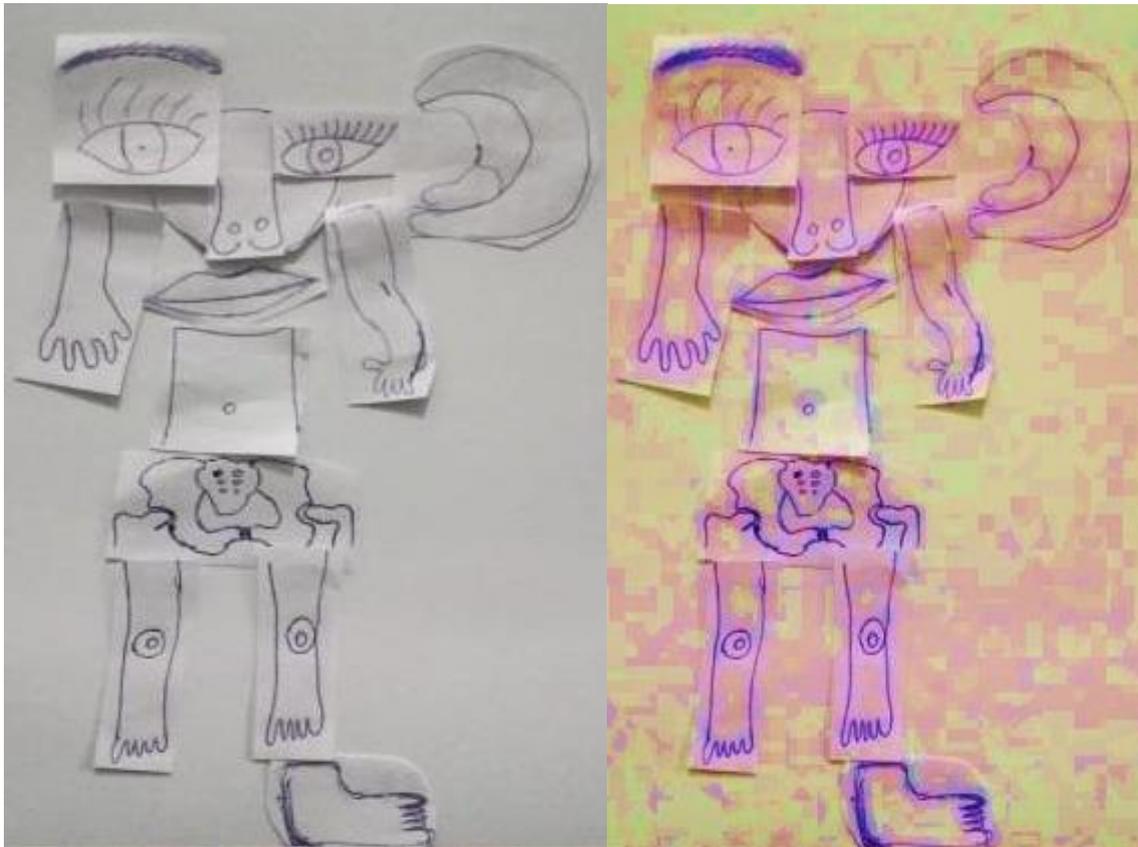


¹⁴ Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sonhacao_vida_feita_crenca_luta.pdf.

CONCEITO DE SAÚDE E O PROCESSO DE TRABALHO: “NASFIANDO”

“[...] dirige-se ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que oculta este visível, mostrando-o; conseqüentemente, para conhecer, ele deve reconhecer” (FOUCAULT, 1977, p.8).



TEMPO

[...] E quando eu tiver saído
 Para fora do teu círculo
 Tempo tempo tempo tempo
 Não serei nem terás sido
 Tempo tempo tempo tempo
 Ainda assim acredito
 Ser possível reunirmo-nos
 Tempo tempo tempo tempo
 Num outro nível de vínculo
 Tempo tempo tempo tempo
 Portanto peço-te aquilo
 E te ofereço elogios
 Tempo tempo tempo tempo
 Nas rimas do meu estilo
 Tempo tempo tempo tempo

Trecho da música “Oração ao tempo” de Mari Bethânia¹⁵

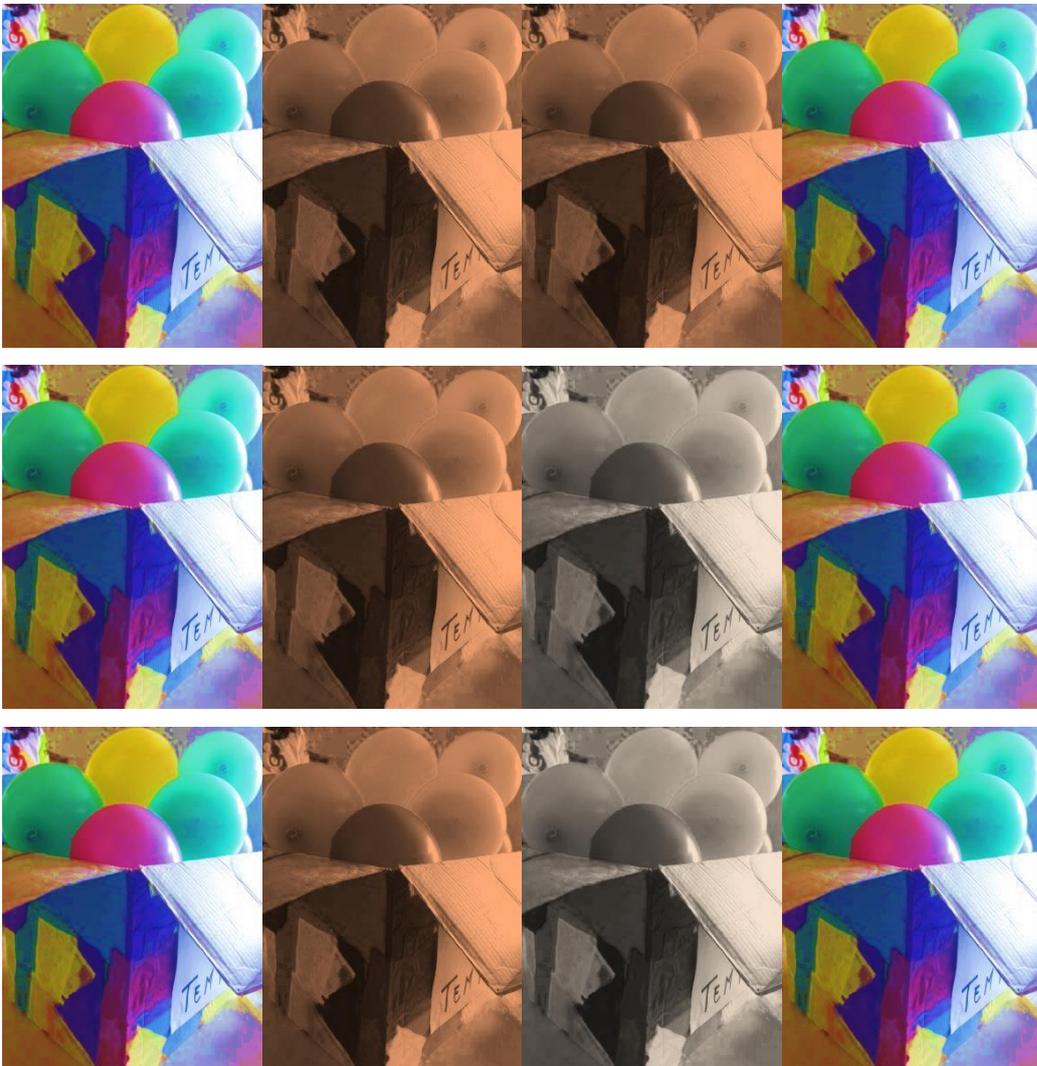


¹⁵ Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/maria-bethania/oracao-do-tempo-tempo-tempo-tempo.html>

RUÍDOS DO COTIDIANO

Ao estourar cada bexiga (POW!) fomos surpreendidos com uns nomezinhos que intrigaram o NASF.

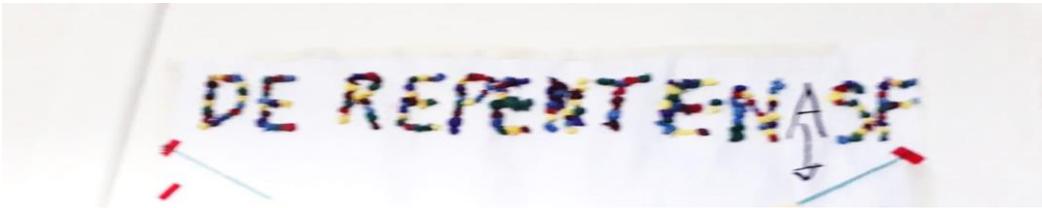
A caixa preta do jogo de necessidades que ocorre entre o produtor e o consumidor abre-se e pode revelar as possibilidades de intervenção de distintos modelos de gestão do trabalho em saúde e seus compromissos. Mas, fica registrado que, se o trabalho é em saúde, o espaço intercessor será sempre partilhado, mesmo que o modelo que se institua seja o de seu abafamento; porém os instituintes em ato estarão sempre gerando ruídos no seu interior (MERHY, 1999, s.p).



DE REPENTE NASF

Relato durante a Oficinaula: De repente NASF.

Eu nunca tinha trabalhado com saúde antes, eu era gerente comercial de uma empresa de gás e passei quinze anos no administrativo e financeiro da empresa e eu saí da graduação verdinha, quando eu saí da graduação e ainda fiquei trabalhando na empresa, quando tive a oportunidade vim para o NASF e o NASF estava começando aqui. Eu não tinha nada, apenas o caderno nº 39 para ler. Eu tive que buscar, tive que estudar muito.



DE SONHAÇÃO O SUS É FEITO

[...] Uma pausa, por favor! O fato é que enquanto discutimos aqui o rumo do SUS e da saúde no Brasil, muita coisa acontece lá fora. O nosso maior desafio é, portanto, como diz Odorico Monteiro, trocar o pneu com o carro andando sem comprometer a viagem nem os passageiros. Pense num desafio!!! [...]

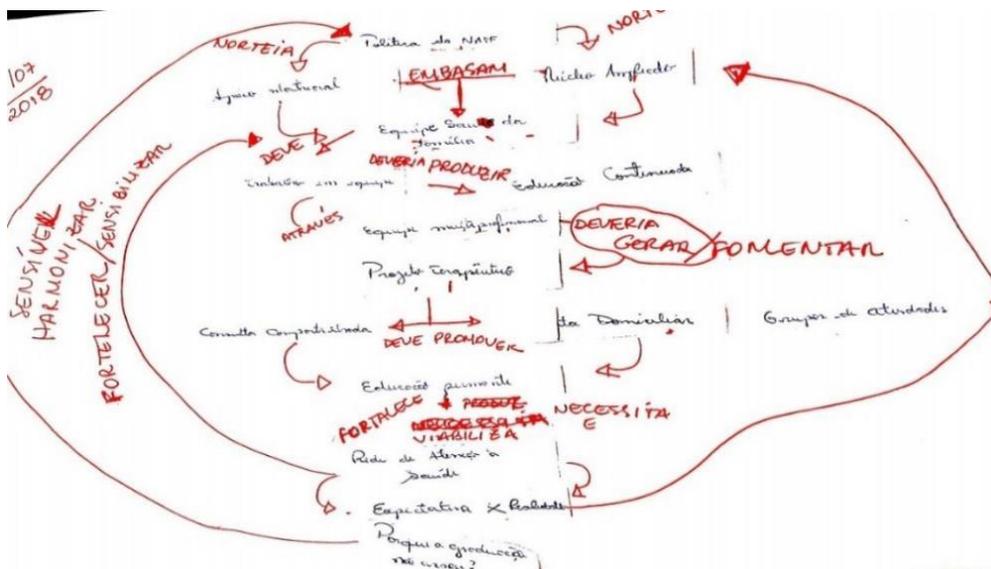
[...] É grande o rebuliço para pôr a culpa no SUS.

Realmente se reconhecermos que há, onde estão as falhas do SUS?

Está na macrogestão? Nas gestões da Atenção Primária, da média complexidade, da alta complexidade? Ou o furo está na formação dos profissionais? Na organização dos serviços? No corporativismo de classes? Na educação deficiente e na conseqüente baixa participação da população? No chamado controle social? Na falta de investimento? Na mercantilização dos serviços dentro dos hospitais? Na falta de tecnologia? Na falta de afeto? É um problema cultural, histórico?

[...] Enquanto a gente cantava, eu pensava nas transformações que precisamos ter para sermos um país de todos e de todas.

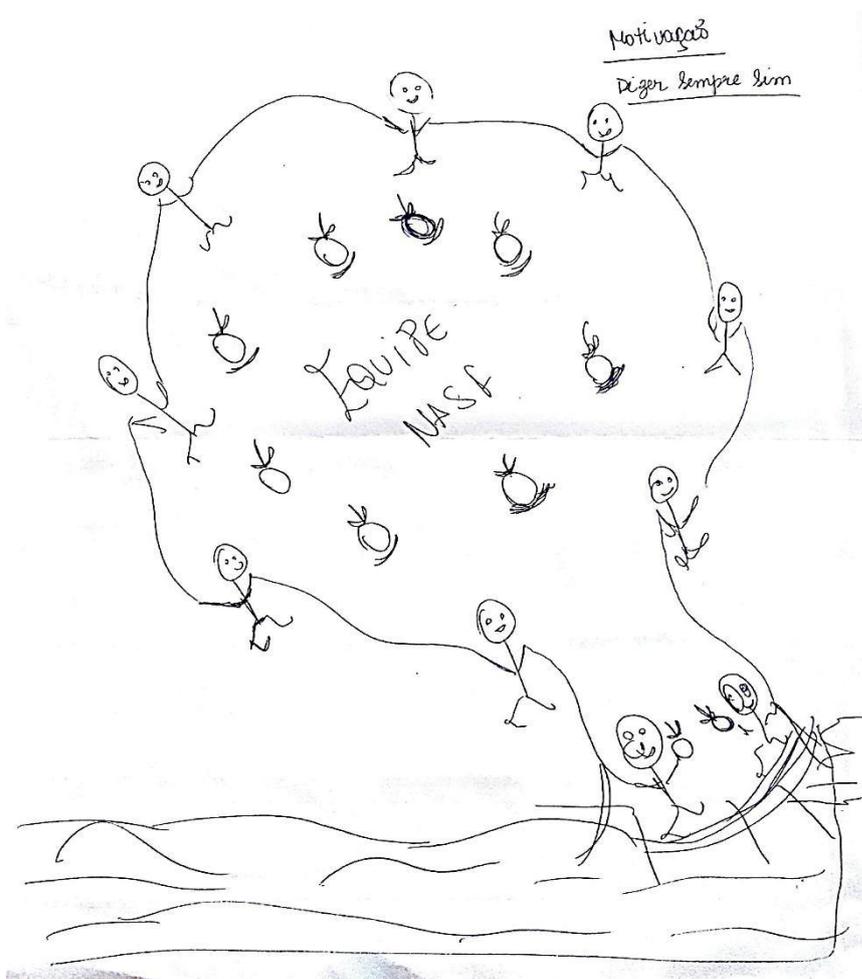
(BRASIL, 2013).



CHEGARAM PARA SOMAR

Relato durante a Oficina: De repente NASF.

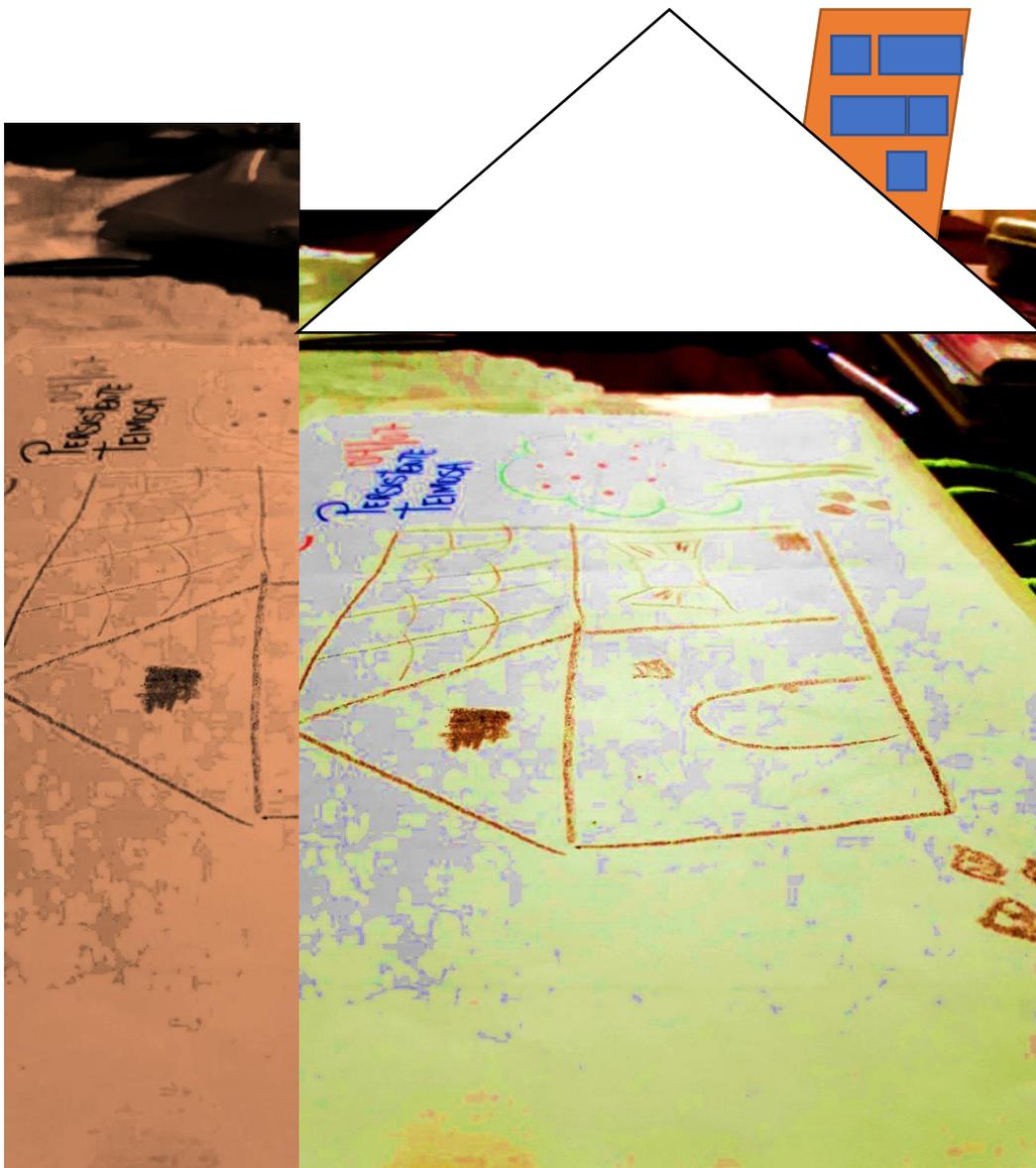
Eu não pensei em nada, na verdade o desenho foi fluindo assim, não pensei em outra coisa, primeiro, eu pensei simplesmente em um boneco, que eu só sei desenhar isso daqui e depois foram surgindo os bonequinhos. A quantidade de membros que temos no NASF, e o formato da árvore, depois que a árvore apareceu, porque na verdade eu só fiz a gente. E aí como tínhamos oito aqui cada um com um fruto quer dizer o saber de cada um e aqui, no tronco, as meninas que chegaram, trazendo renovação, trazendo mais uma frutinha para a gente, mais um saber e para a árvore não ficar solta, eu coloquei um chãozinho nela aqui. (risos)



CASA PRÉ-FABRICADA

“Abre os teus armários que eu estou a te esperar.”

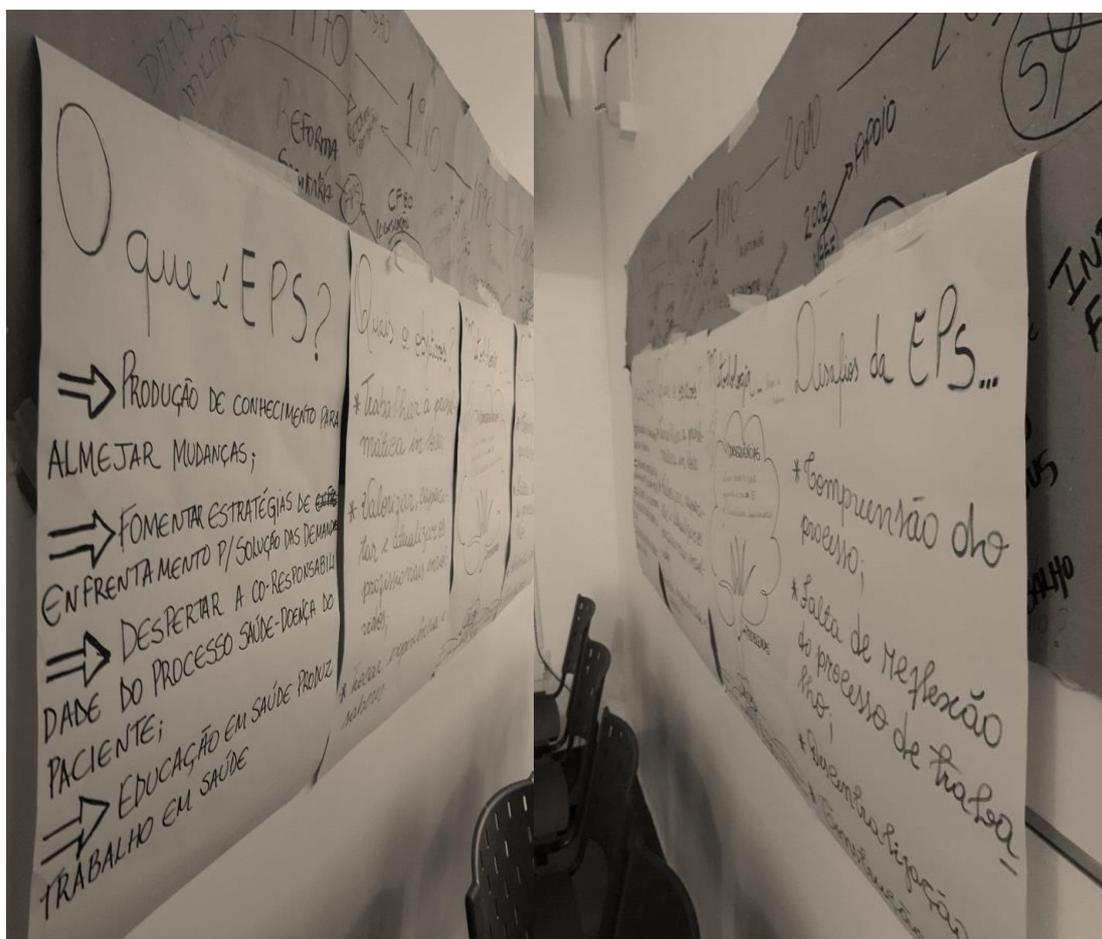
Trecho da música Casa pré-fabricada de Los Hermanos.¹⁶



¹⁶ Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/los-hermanos/casa-pre-fabricada.html>

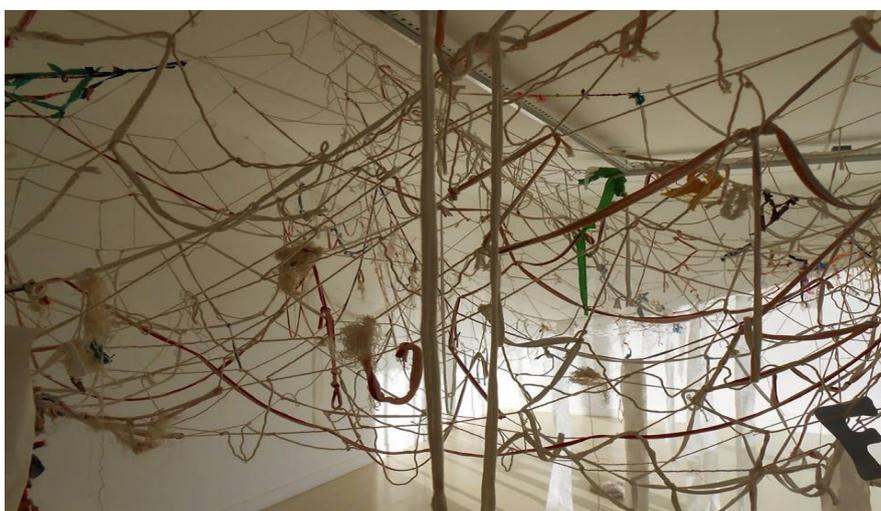
A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM NOSSO COTIDIANO

Quanto mais um corpo é capaz, em comparação com outros, de agir simultaneamente sobre um número maior de coisas, ou de padecer simultaneamente de um número maior de coisas, tanto mais sua mente é capaz, em comparação com outras, de perceber, simultaneamente, um número maior de coisas (SPINOZA, 2017, p.62-62).



TESSITURA DE NÓS: DIMENSÕES POSSÍVEIS

A interação entre pessoas diferentes é sempre intensa e provoca troca de experiências reais e distintas. Narrativas vão acontecendo naturalmente e dentro delas as pessoas vão se reconhecendo, lentamente, o outro vai virando nós, foi mais ou menos assim, as palavras de Ana Salai. Ana dizia que é possível provocar experiências estéticas, de poder manipular materiais para fazer arte, ao mesmo tempo liberar memórias e sentidos nessa produção potente. É arte contemporânea, é arte relacional.



[instalação/oficina: tessituras e possibilidades rizomáticas - foto de Ana Salai, Londrina-Paraná, 2018]

Foi em Londrina, numa tarde de outubro de 2018 que soubemos da instalação/oficina: Tessituras de nós: dimensões possíveis das artistas Ana Salai e Giovanna Clivati, uma oficina de arte contemporânea, assim, a instalação/oficina misturava nós aos nós, com a proposta instigante de interação de pessoas desconhecidas, como dizia Ana, a nossa proposta é muito contestada, pois não está em grandes teatros ou em galerias o que causa dúvida se isso é arte ou não, mas buscamos fazer arte entre nós em diversos cantos da cidade. Neste dia, o encontro acontecera no salão de uma biblioteca da zona sul, longe da área central, em uma área periférica da cidade.

À primeira vista, nos deparamos com um amontoado de linhas, que não tinham começo e nem fim, junto delas, frases, palavras, novelos de lã e barbantes. Fomos convidados a explorar aquele espaço. O emaranhado era feito de nós e tranças no

chão, algumas trouxinhas de canela em paus, erva cidreira, nóz moscada e alecrim. Lembranças de família reunida, casa da avó, uma xícara de chá quentinho ou ainda, chá para curar males, foram às lembranças que emanaram daquele momento. Nós.

Ao passo que explorávamos o emaranhado, deparávamos com algumas frases, com algumas ideias e dentre elas uma chamou a atenção “encontros rizomáticos”, de volta à roda, fomos instigados a contar histórias, narrativas de vida, enquanto tecíamos por fios de lã, barbantes e até papel TNT, pensamos “uau, quantas histórias já passaram por esta tessitura, quanta produção de vida, não faz sentido procurar o começo e nem fim, porque ele não existe” assim, aquele emaranhado ganhara outra dimensão, enxergamos por trás da lente, ou seja, não era mais importante enxergar o que ali estava estruturado, mas a construção de toda a produção que fizera que com a instalação/oficina chegasse àquele momento, naquela configuração que era modificado ao passo que nós a mobilizávamos.

Eram nós tecidos por nós mesmo que fizeram pensar nos “encontros rizomáticos”, que compreendo com um tipo de encontro de intensidades, aberto às experimentações e que pode ser carregado por muitas possibilidades, ou seja, um campo aberto. Recorrendo às ideias de Deleuze e Guatarri (1995), o rizoma nele mesmo tem formas muito diversas, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos, o rizoma uma estrutura flexível e/ou instável de conceitos, isto é, um mapa construído com várias entradas e saídas, assemelham-se a uma árvore, cujas raízes são os rizomas, com características de aproximação.

Nas palavras de Deleuze e Guattari o rizoma não começa e nem conclui, mas se encontra no meio das coisas inter-ser, intermezzo. Então, saquei, *dimensões possíveis*, o rizoma não é feito de unidades. Neste processo, a minha presença naquela instalação/oficina era ressignificada, ocupar aquele espaço me levava a pontos de convergência e divergência que estavam próximos de algum modo, nas palavras de Ana, a manipulação daqueles materiais poderiam evocar sentidos e memórias que não necessariamente obedeceriam à qualquer temporalidade.

Ana retificava, afirmando que “o que são nós ou quem somos nós?”, assim, ativada pelas experimentações desta instalação/oficina, pensamos, pois, nos fluxos e nos arranjos que se fazem no processo de trabalho do NASF-AB (a pesquisa que não saía de mim) e nas características rizomáticas produzidas, seja no que se constrói



para a resolutividade de casos, nas visitas domiciliares, nas reuniões de equipe e ainda, nas andanças nos territórios, também itinerante e interativo como a instalação/oficina daquela tarde. Misturada com as cenas da tessitura e afetada pelos encontros com a equipe do NASF-AB e ainda com a

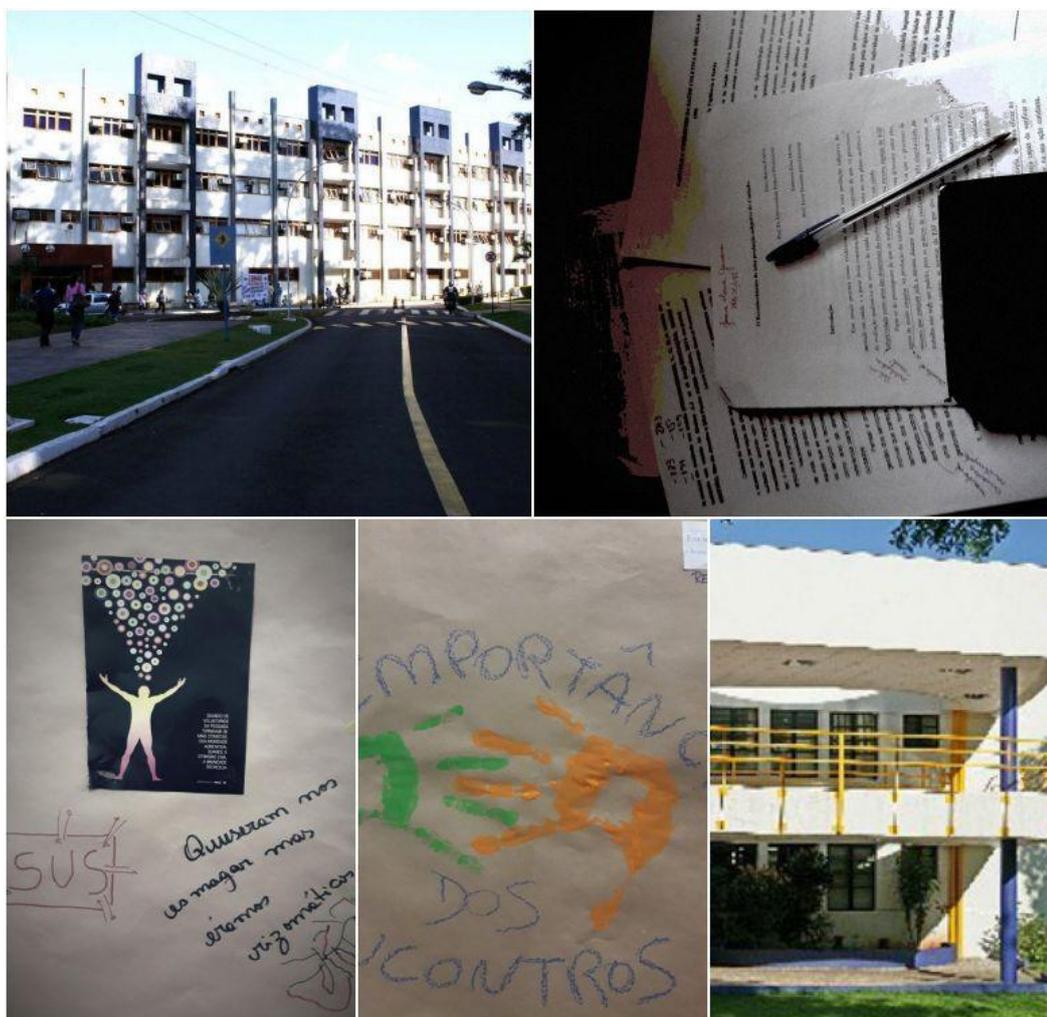
memória latente da produção das Oficinaulas, a instalação/oficina “tessitura de nós: dimensões possíveis” veio à tona, primeiro, o trabalho capturado pelo modelo produtivista, biomédico, centrado na produção e no consumo de procedimentos [nós] e depois, na potência da produção da equipe [nós].

Assim, aconteceram os encontros com Ana Salai e Giovana Crivati. Não demorou para que este momento compusesse a caixinha de ferramentas que levamos na mochila, ali em meio àquela produção, a leveza da arte se fazia mais uma possibilidade para pensar o trabalho do NASF-AB, não distante de tudo que tecemos ali, nós.

Então, para “nós” ora pronome, ora substantivo, ainda mantinha em si a dimensão da união. Pensamos “nunca fez tanto sentido”. Essas experiências serão nomeadas como pistas para ocupar o lugar das regras, assim, Kastrup, Passos e Escóssia (2015, p.14) nos dizem que “ainda como um rizoma, as pistas aqui apresentadas não formam uma totalidade, mas um conjunto de linhas em conexão e de referências, cujo objetivo é desenvolver e coletivizar a experiência do cartógrafo”.

TRABALHO E CUIDADO EM SAÚDE

A ementa era convidativa, momentos para discutir a micropolítica do trabalho em saúde, produção do cuidado e arranjos tecnológicos, trabalho em saúde e educação permanente, gestão e subjetividade na produção da saúde. Mais um momento importante, mais uma disciplina especial do mestrado, onde começamos a trajetória acadêmica: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (CCS-UEL). Momentos reflexivos, instigantes, encontros potentes com Regina Melchior, Josiane Vivian de Camargo e Lima, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Rossana Staeve Baduy e Flavia Araújo docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Outubro de 2018.



8 POESIAS-EM-MIM

Eu achei que pudesse arriscar a falar de outra forma quando visitava minhas anotações, quando ouvia as nossas gravações e transcrevia nossos encontros, sem querer eu produzia outro momento.

#1

De repente NASF
 Impressões
 Apreensões
 E a vida vai se fazendo nos encontros
 Entre nós e entre nós
 A vida vai se fazendo pelos cantos
 Pelo outro
 Em equipe ou entre salas
 Corredores
 Convidamos os pares para a dança
 Dança de sentido
 Danças nas andanças
 Danças e lanças que construímos e desconstruímos com quem dança
 Mas quem dança?
 Eu, você e o NASF?
 Quem dança somos nós
 Afetamo-nos por um mundo melhor
 Ser ou estar NASF
 Ocupar ou protocolar
 Impressões
 Apreensões.....

#2

.....Sobre processos
 De trabalho, descompasso
 De cuidado, protocolo
 Produção?
 Em massa
 Intersubjetividade
 Em falta

Sobre o trabalho
 Blindado
 Em consultórios fechados
 “Coisificação” e alienação
 Mas a esperança da criação
 O cotidiano pode transformar
 Quem e porquê?
 Você, mas para quê?
 Para tecer produção
 Dentre elas,
 Cuidado

#3

Zum zum

Zum zum

Barulho para falar

A resposta é muito positiva

Ou não

Às vezes eu sento

À espera

Precisamos dialogar

Da visita à consulta

Mas não

Zum zum

.....Posso encaminhar?

#4

Estou querendo quebrar.....

Paradigmas

Paranoias e o

Mundo a fora

Mas, e o mundo aqui dentro?

Sem alento, cabe quem?

Eu estou querendo trabalhar

Novas formas

Sem formas

Para novos mundos criar

Possibilidades

De embates e debates

Que estou querendo escapar

Escape sem que me cape

Será que a Educação Permanente em Saúde pode nos ajudar?

#5

Coletivo

Coletivos ativos

Coletivos em atrito

Coletivos restritos

À medicalização da vida

Eu não quero partilhar saber

Eu não quero ou eu não sei?

Coletivos em cheque

Xeque-mate que matou as partes

Coletivos que resgatam os fragmentos

.....Coletivos para produzir pensamentos

#6

Olhar

Para onde firma o meu olhar

Para onde vibra o meu olhar

Eu olho mais não enxergo você

O que produzo apenas existe se estiver no papel

Mas, e o olhar?

Rogamos por um olhar, que ultrapasse o que eu consigo enxergar

Preciso aprender a viver

A viver em territórios que ainda não sei

A desvendar mundos que ainda não viajei

Eu preciso que meu corpo vibre e que com ele, sejam produzidos sentidos e sentimentos

As capturas que me cercam não podem ser alento

Eu não [posso] me acalento [ar] com hierarquias

Eu preciso olhar e enxergar a potência do olhar do outro mesmo que o que eu vejo seja apenas um corpo com órgãos

Falidos.....

#7

.....Elos e circunferências

Circunferências que não me permite o atravessamento de nós

Nós como substantivo e nós enquanto pronome

Nós, carrega em si a dimensão da união

Nós que nos valemos de nós que nos afastam de nós mesmo

Produzir nós pelas circunferências e desatar nós pelos elos

Pelas frestas

Armaduras de um processo de trabalho capturado

Nós e nós

Substantivo ou pronome?

#8

Encontros

Nos serviços de saúde

Nas ruas

Nas casas

Em lugares para produzir vida e cuidado

Nesses encontros deparamos

Com os nossos nós e amarras

Produzir encontros férteis

É romper com a hegemonia

É dar vazão a um novo saber e compartilhá-lo

Nesses encontros

Encontramos corpos

E por quais os processos o seu corpo é tomado nestes encontros?

A clínica amplia ou não?.....

#9

A pirâmide.....

Um dia em pensei que não poderia conversar com o senhor há habitava o topo

Eu achei que ele tinha muito poder

E que assim, eu não poderia compartilhar o meu saber

Mas o detentor também não sabia que a minha prosa era boa

Uma prosa desconcertada, flexionada para mudanças

Dessa prosa nos intrigamos e para a pirâmide olhamos

Reviramos os seus pontos

Hoje, a pirâmide é uma rede.....

#10

.....Problemas

É achar que não tem problema

É pensar que apenas o outro é o problema

O problema não é meu

O problema não é seu

Nós somos problemas

Ou não

#11

Números

Quantificação

É possível quantificar o cuidado?

O que se produz no interior dos serviços de saúde valem mais

Que números.....

9 DAS PALAVRAS FINAIS

Acreditamos ser de tamanha ousadia querer concluir alguma coisa, mas, trazemos algumas palavras sobre o processo de construção da dissertação e os caminhos que tomamos no trilhar desta pesquisa. Primeiramente, destacamos, a aventura dessa jovem “pesquisadora-aspirante-a-cartógrafa” que diante do paradoxo da cartografia, buscou analisar o complexo processo de trabalho de uma equipe do NASF-AB e suas ações de EPS. Paradoxo, porque ao mesmo tempo que a cartografia incita a ruptura com padrões estruturados em relação a aproximação com o lugar onde se pesquisa, por outro lado traz uma complexa bagagem filosófica ao sabor dos conceitos de Guilles Deleuze, Félix Guattari, Suely Rolnik...

Pensando na ideia do rizoma e de seus princípios, buscamos explorar as múltiplas entradas no processo de trabalho do NASF-AB, habitando o território existencial na busca de compreender os pormenores que atravessam o cotidiano das equipes. As múltiplas máscaras compuseram a face da autora, assim como dos profissionais da equipe, o que propiciou movimentarmos o nosso pensamento e repensarmos o ponto de vista sobre o trabalho em saúde. Diante da complexidade do mundo do trabalho em saúde, reiteramos que a cartografia, como possibilidade de acompanhar processos, incitou algumas pistas importantes para a compreensão dos entraves cotidiano, desde a chegada no território até os caminhos que fomos trilhando para a construção de nossas Oficinaulas. Claro que, não temos o objetivo de encerrar as ideias com verdades, mas esta dissertação trouxe algumas das muitas cenas do nosso cotidiano naquele momento, que também podem ser sentidas caso visitemos as memórias documentadas e as poesias apresentadas nesta pesquisa, resultados do processo de imersão.

Percebemos, pois, a necessidade de consolidação de espaços coletivos, de conversa, de trocas daqueles profissionais, nos quais havia uma possibilidade de aproximação com os pressupostos de um trabalho interativo, interessados, indignados, mas também os vi capturados, presos às normas, vigiados, cobrados por produtividade. Como vimos, o espaço formal proporcionado para se pensar sobre o trabalho é fortemente atravessado pela educação bancária e pelas lógicas de mercado. Agenciados por estas pistas, fomos caminhando em um processo mútuo de desterritorialização e territorialização, em movimento constante.

As Oficinaulas serviram como dispositivos para pensarmos sobre o processo de trabalho e as ferramentas do NASF-AB para a produção do cuidado, permitiu-nos reinventar e construir espaços dialógicos, mergulhados nos afetos. Passeando por maus e bons encontros, segundo a teoria de Spinoza, vimo-nos potentes para pensar em nossas práticas no âmbito do trabalho como servos das lógicas capitalísticas e do modelo biomédico que atravessam os serviços.

Diante disso, como pensar a composição de espaços reflexivos para pôr em análise as disputas do processo de trabalho? Parece-nos que as Oficinaulas colocaram nossas subjetividades em análise produzindo outros movimentos no próprio fazer do NASF-AB, como o desejo de construção de espaços junto das equipes, por exemplo, na tentativa de superar os maus encontros e produzir em conjunto com as equipes, consultas compartilhadas ou até mesmo a participação em reuniões de equipe. E pela plasticidade de pesquisar pelo meio, 'rizomatizamo-nos'. Elisandro Rodrigues (2015, p.28) diz que rizomatizar-se em Oficinaulas é experimentar o experimental, artistando, cartografando e ao mesmo tempo em que se vive e se experimenta.

Contudo, a imersão no processo de trabalho desta equipe proporcionou conhecer e compreender as diversas maneiras de produzir atos educativos no âmbito do trabalho. Pela dificuldade de viver os problemas das equipes, verificamos que os profissionais do NASF-AB, "fecham em si", como de repente, forma de resistência às dificuldades encontradas no encontro com os profissionais da eSF.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO A. L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, v.39, 2013.
- ANJOS, K.F et al . Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas em saúde. **Saúde em debate**, v.37, n.99, p.672-80, 2013.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n.2, 2013.
- AZEVEDO, L.G.N.G. Ética da alegria e do encontro: elucidações espinosanas e perspectivas psicodramáticas. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v.25, n.1, 2017.
- BADUY, R.S. **Gestão municipal e produção do cuidado**: encontros e singularidades em permanente movimento. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2010.
- BADUY, R.S. et al. O trabalho em saúde. *In*: ANDRADE, S.M. et al. (Org). **Bases da Saúde Coletiva**. Eduel, 2017. p. 247-59.
- BADUY, R.S.; SANCHES, V.S.; FERNANDES, J.M. Entranças: entre o corpo apoiador e o corpo pesquisador. *In*: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. MERHY, E.E. et al. (org). 1. ed.Rio de Janeiro: Hexis, 2016, v. 1.
- BALLARIN, M.L.G.S; BLANES, L.S; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface, Comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.16, n. 42, p. 767-78, 2012 .
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BARROS, J.O et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 10, 2015.
- BARROS, L.F.F.; GODIM, D.S.M. Integralidade na Assistência em Saúde: desafios e impasses. **Revista Científica da FMC**.,v.9, n.2, 2014.
- BARROS, L.P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP V.; ESCÓSSIA L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa, intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

BERTUSSI, D.C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2010.

BERTUSSI, D.C et al. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. *In* MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 1.ed.Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.461-486.

BEZERRA, I.M.P.; SORPRESO, I.C.E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016.

BISPO JUNIOR, J.P; MOREIRA, D.C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.9, 2017.

_____. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trabalho Educação e Saúde**,v.16, n.2, p.683-02, 2018.

BORGES, S. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.27, p. 107-113, 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**, Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

_____. **De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz: roteiros para refletir brincando**: outras razões possíveis na produção de conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, 2013. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sonhacao_vida_feita_crenca_luta.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, Brasília, Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. **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, Ministério da Saúde.

BRITO, G.E.G; MENDES, A.C.G; SANTOS, P.M. N O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface, Comunicação, saúde e educação**, v.22, n.64, p. 77-86, 2018.

CARVALHO, M.N; FRANCO, T.B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. n. 25, v.3, 2015.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R.B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaço públicos. Rio de Janeiro: Abrasco. 161-80, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. **Educação Permanente em Saúde**. *In*: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F (orgs). Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M . O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CECCIM, R.B; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface Comunicação, Saúde, Educação** v.13, supl. 1, p. 531-42, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003.

CHAGAS, R.; FRANCO, T.B. O trabalho em saúde como dispositivo para a educação permanente. *In*: CONCEIÇÃO, H.R.M.; FRANCO, T.B. (orgs). **Cartografias na saúde: ensaios da multiplicidade no cuidado**.– 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

CINTRA, A.M. S et al. Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v.29, n.1, 2017.

DELEUZE, G. **Espinosa-Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE G., GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia** 1. ed. Rio de Janeiro: 34, 1995. v.1

_____. **Mil Platôs**. 2. ed. São Paulo: 34, 1996. v.1

_____. **Mil Platôs**: 2. ed. Rio de Janeiro: 34, 2011. v. 2.

EPS EM MOVIMENTO. **Entrada, Apresentação**. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/entrada-apresentacao>. Acesso em: 10 dez. 2018, 2014.

ESCOREL, S et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção de atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2, 2007.

FARIA, R.M.B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde**: Brasil, 1997-2006. 2008. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, São Paulo, 2008.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface**, Comunicação, Saúde, Educação, v.15, n.38, 2011.

FERREIRA, A. **Introdução à filosofia de Spinoza**. Silveira: Le Livros; 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FEUERWERKER, L.C.M. et al. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. **Saúde em Debate**, v.24, n.55, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, p. 290-305, 2011. Online: disponível em site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps. Acesso em: 10 jan. 2019.

FIGUEIREDO, E.B.L.; GOUVÊA, M.V.; SILVA, A.L.A. Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformatadora. **Revista Brasileira de Educação Médica**.v.40, n.3, p.324-31, 2016.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paideia e formação**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2012.

FONTANA, K.C.; LACERDA, J.T.; MACHADO, P.M.O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, v.40, n.110, 2016.

FORTUNA, C.M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.4, 2013.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, *In*: PINHEIRO R. E.; MATTOS R.A. (Orgs.) , **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

_____. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, 2007.

_____. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, 2015.

FRANCO, T.B; GALAVOTE, H. Em Busca da Clínica dos Afetos. *In*: Franco, T.B.; Ramos, V.C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. Hucitec, São Paulo, 2010.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.2, 2012.

_____. **Trabalho produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 1. ed. Forense Universitário: Rio de Janeiro, 1977.

FREITAS, L.A.F.C. **A educação Permanente como dispositivo utilizado pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família no contexto da Unidade Básica**

GALAVOTE, H.S *et al.* Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v.17, n.46, 2013.

_____. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.4, 2016.

GIGANTE, R.L; CAMPOS, G.W.S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho Educação e Saúde**, v.14, n.3, 2016 .

GIOVANELLA, L et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

GONÇALVES, R.M.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 12ª ed. Petrópolis:Vozes, 2013.

ITAJUÍPE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Itajuípe: Secretaria municipal de Saúde, 2014.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum In: **Revista Fractal**. v.25 n.2, p.263-280, 2013.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.25, n. 3, p. 464-70, 2012.

MACERATA, I; SOARES, J.G.N.; RAMOS, J.F.C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**. v.18, n.18, 2014.

MALTA, D.C; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Rema Revista Mineira de Enfermagem**. n7, v.1, 2003.

MAXWELL. **Espinosa e a afetividade humana**. PUC-RIO – Certificação Digital nº 1012188/CA. Disponível em: www.maxwell.vrac.puc-rio.br/20706/20706_3. Acesso em: 26 dez. 2018.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R (org.). **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público**. São Paulo: Hucitec, p.71-112, 1997.

_____. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf>. Acesso em 15 jan. 2019, 1999.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **Cuidado com o cuidado em saúde. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou**

liberar. Campinas. Disponível

em:www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf. Acesso em 20 dez. 2018, 2004.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, T.B. et al. **Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf.

_____. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3a ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

_____. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v.1, n.1, 2015.

MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECÍLIO, L.C.L. **Inventando a mudança na saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M.P.C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *In*: Franco, T.B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

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

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em Saúde**. 2.ed.: EPSJV, 2003. p. 427-432.

_____. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. *In*: MERHY, E.E. FRANCO, T.B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1º ed. São Paulo: Hucitec, 2013. LIBERMAN, F.; LIMA, E.M.F.A. Um corpo de cartógrafo. **Interface, Comunicação, Saúde**, Educação, v.19, n. 52, 2015 .

LOS HERMANOS. **Casa pré-fabricada. (letra de música)**. Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/los-hermanos/casa-pre-fabricada.html>. Acesso em: 18 jan. 2019.

MORETTI, P.G.S.; FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 3, 2016.

NASCIMENTO, D.D.G. **O cotidiano de trabalho do NASF**: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

NASCIMENTO, D.D.G; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, n. 34,v.1, 2010.

NOVIKOFF, C.; CAVALCANTI, M.A.P. pensar a potência dos afetos na e para a educação. **Conjectura: Filos. Educ.**, v. 20, n. 3, p. 88-107, 2015.

ODA, S. **Movimentos cartográficos na atenção domiciliar**: visibilidades dos agires cuidadores. 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

PACHECO, V.F.R.; SOUZA, M.O. Saúde e espiritualidade: a visão sistêmica da família e o processo de ampliação da consciência. **Temas em Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, 2016.

PAIVA, C.H.A; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v.21, n.1, 2014.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP V.; ESCÓSSIA L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa – intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PASSOS, E.; KASTRUP V.; ESCÓSSIA L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa – intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PAVONI, D.S; MEDEIROS, C.R.G. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.2, p. 265-71, 2009.

PEREIRA, I.D.F; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trabalho Educação e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 319-38, 2013.

PINTO, H. A et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulgação em Saúde Para Debate**, n. 51, out., 2014.

PRADO, K.F; TETI, M.M A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbaroi**, n. 38, 2013 .

RODRIGUES, E. **Clínica de uma vida: estilhaços de Educação e [m]saúde**. Dissertação. (Pós-graduação em Saúde Coletiva) Universidade Federal do rio Grande do Sul, Porto alegre, 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2016.

ROMAGNOLI, R.C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia e sociedade**, v. 21, n.2, 2009.

SANTOS, A. **Educação Permanente em Saúde**: Cartografias de uma Rede de Atenção. 2015. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2015.

SANTOS, A.R, COUTINHO, M.L. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.16, n.3, 2014.

SANTOS, D.S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n. 3, p. 861-70, 2018.

SANTOS, L.M. **Educo(trans)formação: ensino, mutação e aprendizagem como componentes imateriais do trabalho, o caso da gestão local em saúde**. Tese (doutorado em Educação). Universidade Federal do rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2018.

SANTOS, A.A.S.; PEKELMAN, R. A Escola, o Território e o Lugar - A promoção de espaços de saúde. OKARA: **Geografia em debate**, v.1, n.2, 2008; 1(2).

SARRETA, F.O. **Educação Permanente em saúde para trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SIMON, E. et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, supl. 2, 2014.

SOUZA, M.A.S.L. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. *In*: DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, L.M., orgs. **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SOUZA, S. S et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.** n.12, v.3, 2010.

SPINOZA, B. **Ética**. 2ª. ed, Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

ULPIANO, C. **Vídeo-aula**: pensamento e liberdade em Spinoza. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Cláudio Ulpiano, 1988. Disponível em:
<https://acervoclaudioulpiano.com/2017/09/03/pensamento-e-liberdade-em-espinosa/>.

ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: Alba Benemérita Alves Vilela

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61486015.9.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.889.638

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa multicêntrico, de natureza qualitativa, que abordará o processo de trabalho em saúde na Atenção Básica em quatro municípios do estado da Bahia.

Objetivo da Pesquisa:

Tem por objetivo geral analisar o processo de trabalho em saúde e os desafios para a consolidação do modelo de atenção à saúde na Rede da Atenção Básica em Municípios Baianos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta adequadamente os benefícios e contribuições científicas possíveis com seu desenvolvimento e afirma, em trecho do TCLE, não apresentar risco para o participante. Entretanto, em seguida, cita a possibilidade de haver constrangimentos ao participar de uma entrevista ou grupo focal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, com adequada fundamentação teórica e apresentação das estratégias metodológicas em consonância com os objetivos do estudo. O tema de pesquisa apresenta relevância ao contexto atual do sistema de saúde brasileiro, e os resultados esperados possuem potencial de aplicação ao setor de políticas e planejamento em saúde e, portanto, transformações sociais.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.899.636

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados pelo pesquisador e estão adequados.

Recomendações:

Embora os autores citem o constrangimento como um possível risco da participação do projeto, recomendo que haja clareza na informação, com modificação da redação deste trecho do TCLE (linhas 14 e 15), informando que o risco de participação no referido projeto é mínimo, podendo ocorrer constrangimento ou desconforto durante a entrevista ou realização de grupo focal.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, sou de parecer favorável à aprovação do projeto de pesquisa por este Comitê de Ética em Pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 10/01/2017, a plenária do CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_547219.pdf	14/10/2016 16:10:57		Aceito
Outros	Roterio_de_entrevista.doc	14/10/2016 16:10:04	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Outros	Itabuna_SMS.jpeg	14/10/2016 16:06:48	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Outros	Termo_Imagem_depoimentos.doc	14/10/2016 16:04:25	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesq_Soraya.jpg	14/10/2016 16:02:55	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesq_Juliana.pdf	14/10/2016 16:01:59	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesqu_Adilson.jpeg	14/10/2016 16:00:06	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesq_RoseManuela.pdf	14/10/2016 15:59:38	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2016_CEP_2.doc	14/10/2016 15:54:27	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Detalhado_Pesquisador.pdf	22/08/2016 20:10:54	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

CEP: 45.206-510

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.889.636

Investigador	Projeto_Detalhado_Pesquisador.pdf	22/08/2016 20:10:54	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Outros	Itajuípe.pdf	22/08/2016 20:09:13	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Outros	Aiquara.pdf	22/08/2016 20:05:54	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Documentos_ALBA.pdf	22/08/2016 20:05:27	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Brochura Pesquisa	Projet_2016_CEP.doc	22/08/2016 20:04:54	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_2016.pdf	22/08/2016 20:04:26	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 10 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3526-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepueeb.jq@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA

Prezado (a) Senhor (a)

Eu..... discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, estou realizando a pesquisa: “**Processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica**: des-caminhos, possibilidades e produções”. Com o objetivo de: Analisar as ações de Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho das equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Estratégia de Saúde da Família.

Convido o (a) senhor (a) para participar desta pesquisa, que contribuirá para o fortalecimento das ações na atenção Básica, a partir do fortalecimento das Equipes de Saúde.

Retifico que sua participação é voluntária e livre de quaisquer pagamentos consiste em participar de uma entrevista em um grupo focal para que seja realizado a análise do conteúdo temática a partir das falas coletadas. Dessa forma, ficará livre para desistir da pesquisa caso sinta-se desconfortável em qualquer momento da pesquisa. Afirmando que esta pesquisa garante o anonimato e apenas o conteúdo das entrevistas serão utilizados, sendo as entrevistas gravadas, ouvidas e transcritas posteriormente que ficará sobre os cuidados da pesquisadora, orientadora e colaboradores da pesquisa.

Caso os resultados sejam publicados a identificação do (a) senhor (a) não será revelada. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa. Poderá entrar em contato com Josiane Moreira Germano, e Alba Benemerita Alves Vilela no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde (PPGES) ou pelo telefone (73) 3528-9600 ou pelos e-mails: j_mg87@yahoo.com, e alba_vilela@hotmail.com. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB- Instância local de controle social em pesquisa que visa à proteção dos direitos e a dignidade dos participantes. Este que se localiza na UESB, no 1o andar do Módulo Administrativo, Sala do CEP/ UESB. Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequezinho, Jequié-Bahia, CEP: 45206-510. Ou pelo telefone: (73) 3528-9600 ou pelo e-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br. Se o (a) senhor (a) aceita participar livremente deste estudo, por favor, assine este termo de consentimento em duas vias. Agradeço sua atenção!

Assinatura do (a) Participante: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

BA, data: ___/___/___.