

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Luna Cassel Trott

**Produção de Subjetividade em profissionais da saúde da atenção primária no cuidado
realizado em contexto de pandemia de COVID-19**

Rio de Janeiro

2022

Luna Cassel Trott

**Produção de subjetividade em profissionais da saúde da atenção primária no cuidado
realizado em contexto de pandemia de COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ou Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof.^a Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Production of subjectivity in primary care health professionals in the care provided in the context of the COVID-19 pandemic.

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

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

T858p Trott, Luna Cassel.
Produção de subjetividade em profissionais da saúde da atenção primária no cuidado realizado em contexto de pandemia de COVID-19 / Luna Cassel Trott. -- 2022.
128 f. : il.

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. COVID-19. 3. Pandemias. 4. Ética. 5. Gestão em Saúde. 6. Subjetividade. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.2

Luna Cassel Trott

Produção de subjetividade em profissionais da saúde da atenção primária no cuidado realizado em contexto de COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ou Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 23 de junho de 2022.

Banca Examinadora

Prof^a Dra. Maria Goretti Andrade Rodrigues

Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dra. Lilian Miranda

Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

A todos aqueles que lutaram e contribuíram na construção democrática do SUS.

A todos os trabalhadores da saúde que sentem, que amam, que brilham os olhos, que sonham,
que sentem alegria, tristeza e fúria.

AGRADECIMENTOS

“Chegar para agradecer e louvar[...]. Agradecer ter o que agradecer. Louvar e abraçar”¹ é o que desejo ao final deste percurso.

Agradeço a meus pais, que amo intenso, pois são lugar de sair e de voltar. Por sempre poder contar com o “vai! ”, aonde quer que seja que eu resolva me ancorar, por me apoiarem incondicionalmente, por serem inspiração, cada um à sua maneira.

Agradeço a meus irmãos, Dóia e Mano, por termos uns aos outros e estarem sempre prontos para o que for preciso.

Agradeço a meus portos de parada (municípios pelos quais passei) e os encontros neles gerados durante este tempo de percurso formativo no mestrado e que compõem a escrita que segue, por aprender sempre mais de mim e do mundo.

Agradeço a meus amigos de Florianópolis, que são um tanto “casa” para mim. Especialmente a Cintiola e Luísa Vieira. Agradeço a Alessandra, que me fez chorar ao me anunciar que eu tinha passado para o mestrado na FIOCRUZ e que sempre acreditou que é possível ir aonde se deseja.

Agradeço à família que constituí em Porto Alegre: Luísa, Mari, Marlaise, Roger, Wesley, Sandrinha, por cuidarmos uns dos outros inquestionavelmente. Por rirmos e sonharmos juntos. Agradeço à Lícia por estar por perto. Agradeço à Mariana Pitasse, pelo companheirismo genuíno sempre ao lado. Agradeço ao Mariano, querido amigo.

Agradeço imensamente a meu orientador Paulo, por ser um acompanhante tão generoso. Pelo cuidado presente no processo, por confiar e compartilhar das histórias vividas na construção do SUS. Por ser inspiração ao ser incansável na defesa do cuidado em liberdade, no respeito à diferença. Que honra!

Agradeço as profissionais de saúde que me deram a oportunidade de escutá-las. Escutar e testemunhar histórias é um presente.

Agradeço a ENSP e a FIOCRUZ, por serem gigantes na tarefa de fazer uma ciência que esteja na vida e pela vida. Por toda aprendizagem. Viver, é realmente melhor do que sonhar.

Agradeço aos colegas de mestrado, especialmente Hannah e Bárbara, por serem companheiras e por tantos abraços traduzidos de outras formas no mundo virtual.

Agradeço pela vida que se impôs e que resiste, ainda que diante de uma política de morte

¹ Referência à poesia lida por Maria Bethânia, na gravação da canção “Eterno em mim”, de composição de Maria Bethânia e Caetano Veloso. Pertence ao disco “Abraçar e agradecer”, de 2016.

em nosso país. Estar viva me faz ter um compromisso com quem partilho deste mundo.
Seguiremos!

*Queremos saber
O que vão fazer
Com as novas invenções*

GIL,1976

RESUMO

Esta pesquisa está inserida no contexto social de emergência em saúde pública em decorrência da pandemia de COVID-19. Esta situação de novidade no contexto sanitário, bem como o agravamento das vulnerabilidades já existentes, demandando dos serviços de saúde importantes reorganizações nas práticas de cuidado. Assim, na APS, local de produção do cuidado nos territórios, esta reorganização também ocorreu apesar da centralidade dada ao cuidado hospitalar durante a pandemia. Considera-se que toda produção é constituída também pela produção de subjetividade, portanto entendemos que há uma produção de subjetividade no espaço do cuidado. Questionamo-nos quais as expressões da produção de subjetividade em profissionais da saúde da APS quanto ao cuidado em saúde realizado no contexto de COVID-19. Conhecer as mudanças na produção do cuidado, bem como identificar os afetos que se apresentaram durante a pandemia e os sentidos dados ao cuidado, pode ser importante para contribuir com práticas de gestão da saúde que considerem a intersubjetividade presente na produção do cuidado. Trata-se também da produção de memória sobre este período sanitário brasileiro. A pesquisa foi realizada com profissionais de dois municípios de diferentes portes (pequeno e grande porte). Foram entrevistadas 10 profissionais de duas equipes da APS a partir do aplicativo de comunicação *Zoom*. A análise realizada foi com base na perspectiva de “Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano”. As práticas discursivas das trabalhadoras relataram mudanças no processo de trabalho nas unidades como alterações nas escalas de trabalho, utilização de EPI's, suspensão de consultas eletivas, centralidade nas atividades de urgência e emergência, entre outras mudanças também com especificidades da rede de saúde de cada um dos territórios. As mudanças na forma de produzir cuidado geraram nos profissionais afetos como angústia, preocupação, medo, nervosismo, necessidade de adaptação constante, capacidade de improvisação, sobrecarga de trabalho, proximidade com a morte, vivência do luto. As relações familiares foram trazidas relacionadas ao medo ou responsabilidade no risco de contágio da doença. Houve relações intersubjetivas entre os grupos das equipes e na relação entre profissionais e usuários. Neste sentido, consideramos que houve uma dinâmica de afetação entre os diferentes sujeitos envolvidos no cuidado em saúde e, portanto, a produção de novos sujeitos. Diante disso, as novas formas e desafios presentes no cuidado durante a pandemia produziram novas formas de afetação e processos de subjetivação nas trabalhadoras da saúde na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Subjetividade.

ABSTRACT

This research is inserted on the social context of the public health emergency due to the pandemic of COVID-19. That new situation on the sanitary context, as well as worst conditions of existing vulnerability, demands important reorganization of care practices on the health services. Then, on APS, place of care production on territories, that reorganization also occurred despite the centrality given to the hospital care during the pandemic. We consider that every production is based also by the production of subjectivity, so we comprehend that there's a production of subjectivity in the space of care. We question which expressions on the production of subjectivity in the health professionals of the APS by the health care done on the COVID-19 context. We understand that knowing the changes in the production of care, as identify the affection that showed up during the pandemic and the meanings given to care, can be important to contribute with the health management practices which consider the intersubjectivity present on the care production. It's also about register memories of this Brazilian sanitary period. This research was realized along professionals of two different cities and different sizes (small and big sized). Ten professionals from two teams of APS were interviewed through virtual meeting software Zoom. The analysis was carried out on the perspective of "Discursive practices and production of senses on a daily basis". The worker's discursive practices reported changes on the working process in the health centres mainly like work shift, PPE usage, suspension on elective consultations, centralization of the urgent and emergency activities, among specific changes on each one of the health centres for those territories. The changes on how to produce care have generated affections like anxiety, concern, fear, nervousness, constant adaption need, improvisation ability, overload of work, proximity to death, experience of mourning. Their family relationship were related to the fear and responsibility on the risk of transmitting the disease. Intersubjective relations arose between the teams and in the relationship between professionals and patients. On that meaning, we consider that there was an affection dynamism between every character involved on the health care and therefore, the production of new personas in the process. That way, the new forms and challenges present on the care during the pandemic produced new forms of affection and process of subjectivity on the health system workers of APS.

Keywords: Primary Health Care; COVID-19; Subjectivity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Estratégias e Desafios da realização dos convites das participantes	42
Quadro 2- Dados Gerais das participantes	44
Quadro 3- Dados Gerais das entrevistas.....	46
Quadro 4- Justificativa do uso dos Mapas de Associação de Ideias	53
Quadro 5- Categorias para realização dos mapas de associação de ideias	54
Fluxograma 1- Passos Metodológicos.....	43
Fluxograma 2- Sistematização dos passos de análise.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CONTEXTO DE PESQUISA	17
2.1	A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA PANDEMIA: QUESTÕES DISPARADORAS	20
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
3.1	O CUIDADO	23
3.2	ENTRE A SUBJETIVIDADE E A PRODUÇÃO DO CUIDADO	25
3.2.1	O que se produz sobre a relação subjetividade-cuidado	28
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS	32
4.1	PRODUÇÃO DAS ENTREVISTAS	33
4.1.1	Critérios de inclusão e campo de pesquisa	36
4.1.2	Considerações éticas	37
4.1.3	Entrada no campo de estudo	40
4.1.4	Perfil das participações nas entrevistas	42
4.1.5	Pesquisa em ambientes virtuais	45
4.1.6	Os encontros possíveis adentro das telas	47
4.2	ANÁLISE	50
5	A PRODUÇÃO DO CUIDADO DURANTE A PANDEMIA- CARACTERIZAÇÕES DO TRABALHO EM SAÚDE NOS CAMPOS DE PESQUISA	56
5.1	<i>“Aqui a gente acaba atacando em todas as pontas”</i> : O TRABALHO NA APS	56
5.2	<i>“Estava tudo suspenso”</i> : ALTERAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	58
5.3	<i>“Aonde eu estou, estou sempre incentivando, sempre orientando”</i> : PRODUÇÃO DO CUIDADO E NOVAS DEMANDAS	63
5.4	<i>“A gente trabalhou sem folga, sem feriado, não é?”</i> : CONDIÇÕES PARA CUIDAR	67
6	PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NO CUIDADO	72
6.1	AFETOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO	73
6.2	AFETOS NA RELAÇÃO COM A GESTÃO DO CUIDADO.....	82
6.3	EQUIPE	87
6.4	RELAÇÃO TRABALHADORES E USUÁRIOS	90

6.5	FAMÍLIA.....	94
6.6	SINTOMATOLOGIA E PATOLOGIZAÇÃO	100
6.7	UMA POSSÍVEL “PEDAGOGIA DO VÍRUS”?.....	102
7	NOTAS SOBRE OS SENTIDOS DO CUIDADO	107
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS.....	116
	APÊNDICE A- Roteiro Preliminar de Entrevista	124
	APÊNDICE B- Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE).....	125
	APÊNDICE C- Modelo de Mapa de Associação de Ideias utilizado na análise das entrevistas	128

1 INTRODUÇÃO

Não há como começar a escrever sobre esta pesquisa sem lembrar do contexto em que ela foi iniciada, pensada, inscrita. Talvez seja aí, a necessidade tão grande de vincularmos a memória coletiva da individual, porque de fato, não há como fugir do que se sente num contexto social tão particular. Mesmo a possibilidade da realização de um mestrado teve sua especificidade: Iniciei um projeto de mestrado na tentativa de abarcar o desejo da produção de uma pesquisa em saúde pública a partir das últimas vivências e escritas na residência em saúde mental coletiva, tentando costurá-lo com algo que, naquele momento, foi tão novo para nós: a vivência de uma pandemia. Fazer pesquisa era novo. A vivência de uma pandemia era nova. A realização das atividades acadêmicas todas de casa, onde quer que fossem, também era novo. A transição da finalização de um processo formativo (Residência) também novo e a imprevisibilidade do que estava por acontecer também. Não é à toa que coaduno com parte dos afetos encontrados nas entrevistadas com quem conversei na realização desta pesquisa. Vivemos todas as situações inesperadas e de instabilidade durante estes tempos. Sendo assim, fazer pesquisa neste cenário também se torna um tanto imprevisível, algo tão difícil para a ciência- que tradicionalmente adora o ordenamento do mundo, que gosta de planejamentos fiéis, prazos concretos, da estruturação de um projeto mais previsível e fiel possível ao que se pode haver na realidade. Pois bem, tanto a pandemia quanto às formas de se fazer ciência nos apresentaram esta vastidão de (im) possibilidades entre o suposto ordenamento do mundo e o que há de incerto ou de mistério. Isso diz então sobre o fazer desta pesquisa. Se bem o mundo remoto nos permite esta vastidão de possibilidades- nos desterritorializa: Iniciei a pesquisa em Porto Alegre, estive um período em Florianópolis, fui ao interior do Estado do Rio Grande do Sul e por fim, retornei à capital, Porto Alegre. São dois anos de processo formativo e dois anos de uma pandemia feroz que teve diversas modificações em sua vivência durante este período. Falo disso pois quando dizemos que a escrita não é neutra, conforme veremos no desenvolvimento da pesquisa, ela não se isenta dos passos da vida do pesquisador, muito menos do que o contexto sócio-histórico nos permite vivenciar. E neste sentido, nosso contexto social nos provocou diversas limitações na forma de pesquisar, bem como nos ofereceu novos recursos. Mas o que é um percurso formativo se não o de experienciar mudanças? Processos? Movimentos? Há processo formativo sem movimento?

Conto então do caminho desta pesquisa. Iniciou-se no desejo de pensar as conversas entre as relações de gestão do cuidado e dos processos subjetivos encontrados no trabalho em saúde. Este interesse, como já dito, teve início durante a formação em Residência

Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Naqueles espaços formativos dos quais estive como residente trabalhadora, entre eles os de gestão e de assistência em saúde, era possível identificar as diferentes práticas de cuidado apesar de direcionamentos comuns de gestão. No cotidiano do cuidado se experienciaram as diferentes decisões necessárias para a clínica, bem como a invenção constante das práticas de cuidado, demonstrando as diversas formas de cuidar entre os profissionais. Questionava-me como essa questão estava relacionada aos afetos produzidos no cuidado e como isto produzia formas diferentes de acesso à saúde para os usuários². Diante disso indagava como poderíamos criar formas de gestão que considerassem essa relação subjetiva para a organização dos serviços e para sua melhoria.

Com a chegada da pandemia e os espaços do programa de mestrado, encontros potentes de reflexão e diálogo no campo da saúde pública, ainda que em formato remoto, foram possíveis nos espaços formativos. Os novos desafios sanitários complexificam ainda mais estas indagações, na medida em que nos encontrávamos em uma situação inédita para a maioria dos profissionais, intensificando a diversidade de afetos presentes na produção do cuidado. Encontrei, assim, o tema do cuidado como algo central no que eu estava buscando, e desde então, venho buscando costurar algumas idéias e construir a pesquisa a partir desta junção-cuidado, subjetividade e toda complexidade colocada nesta relação.

Ao me adentrar neste campo de discussão, foi possível compreender a importância da dimensão intersubjetiva das práticas de gestão e cuidado, para além das formas racionalistas de organização dos serviços de saúde. Logo, o objetivo desta pesquisa foi se constituindo a partir destes encontros, entre trajetórias profissionais, encontros teóricos possíveis no mundo remoto e os próprios caminhos que foram se constituindo na caminhada entre as cidades que passei no tempo do processo do Mestrado acadêmico. O interesse na temática também se constituiu a partir da necessidade de contribuir para a produção do conhecimento científico na área da Saúde Coletiva e para a incorporação de práticas de gestão e cuidado desde uma perspectiva mais ampla de saúde, considerando a produção de subjetividade.

² Ao longo do texto utilizarei na maioria das vezes o gênero masculino, visto que o sistema morfológico do português tem limitações e não prevê forma específica para o neutro. Utilizarei, por este motivo, o gênero masculino em geral, mas entendendo que se referem de igual forma a mulheres e homens. Nos momentos em que me referir especificamente às entrevistadas da pesquisa, utilizarei o feminino, visto que todas as participantes se identificam como mulheres.

Tomaremos a produção de subjetividade, como veremos com mais atenção no decorrer do trabalho, como uma relação dinâmica, colocada dentro de uma relação sócio-histórica e que compõem outras relações de produção (GUATTARI; ROLNIK, 1996), bem como uma relação de afetação entre os sujeitos, causando efeitos sobre nossa potência de ação (SPINOZA, E. III, Def.3). Neste sentido, o trabalho em saúde também é espaço de construção de modos de ser, estar, sentir. Ou seja, uma dinâmica onde o ato de produzir saúde, produz também o trabalhador como sujeito (FRANCO; MERHY, 2013). Neste sentido, as mudanças no modo de produção a partir da vivência de uma pandemia, requerem e provocam novas produções subjetivas aos sujeitos envolvidos.

Além disso, diante da falta de espaços de compartilhamento das vivências profissionais na saúde, neste contexto atual sanitário, percebe-se a necessidade de registros das narrativas dos profissionais sobre suas práticas, uma vez que estas são também um registro histórico para a saúde pública brasileira, constituindo parte da memória destes trabalhadores, mas também de uma geração histórica brasileira. Trata-se de uma das possibilidades de contribuição desta pesquisa: a construção de memória deste período, a partir dos discursos de sujeitos que ficaram nesta posição de evidência durante este período: os trabalhadores da saúde. Neste sentido, também diante de um período marcado por processos de negacionismo, recolher memórias deste período é realizar a tentativa de que lembranças não conhecidas, íntimas ou indizíveis fiquem guardadas apenas pelas vias das comunicações informais e que passem de forma alheia pela sociedade, ou que o silêncio prossiga por não encontrar escuta (POLLAK, 1989), nos alertando para necessidade de gerar possibilidades de comunicação.

Com esta pesquisa, somos desejosos ³de que este material, que reúne narrativas sobre este tempo, possa subsidiar práticas de gestão e cuidado pós-pandemia. Desta forma, esta pesquisa teve como intuito investigar a produção de subjetividade de profissionais da saúde no cuidado realizado durante o período caracterizado como pandemia de COVID-19.

A leitura desta pesquisa seguirá da seguinte forma: O primeiro momento, será com o propósito de apresentar a pesquisa, introduzindo seu contexto, suas principais questões e as principais contribuições teóricas que subsidiam a investigação. O segundo momento é de

³ Durante o texto que segue utilizarei na linguagem a primeira pessoa do singular e por vezes a primeira pessoa do plural. Esta foi uma escolha a partir do entendimento que são diversas as vozes que compõem as ideias aqui presentes e que contribuiram nas escolhas argumentativas deste trabalho. As trocas com o professor orientador, os encontros com as profissionais, as trocas com os colegas de mestrado e as disciplinas, as contribuições da banca de qualificação são algumas delas.

explicitação dos passos metodológicos da pesquisa, a partir da necessidade de reinventar as formas de pesquisar, diante da preocupação com o contágio das pessoas envolvidas. Realizamos, assim, o detalhamento dos passos de pesquisa, entendendo que esta pode ser também uma contribuição no campo metodológico das pesquisas qualitativas em saúde. No terceiro momento, partimos para o material produzido através do encontro com o campo de pesquisa, onde expomos as narrativas e refletimos sobre elas. Neste momento, primeiramente se apresentarão as mudanças no processo de trabalho de cada uma das unidades de saúde envolvidas, com as características de cada localidade e posteriormente nos adentramos mais estritamente no campo da produção de subjetividade. Por fim, refletimos sobre o processo de pesquisa nas reflexões finais.

2 CONTEXTO DE PESQUISA

Desde a declaração da OMS sobre a emergência de saúde pública em nível internacional em decorrência da COVID-19 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2020) e a caracterização desta situação como uma pandemia (BRASIL, 2020), já passamos por diversos períodos. De início, tivemos o reconhecimento da dinamicidade da vigilância epidemiológica, que tentava dar conta de uma situação de “novidade” no contexto sanitário, considerado novo desastre global (CEPEDES, 2020). As organizações de saúde tiveram que se reorganizar: novos fluxos, novas orientações de proteção aos trabalhadores, novas formas de dar acesso aos atendimentos para a população.

Tivemos, desde essa época, uma marca importante na orientação do manejo da pandemia no país: a centralidade do cuidado foi para a atenção hospitalar. Assim, a ausência de um direcionamento mais efetivo de âmbito federal teve como consequência a diversidade de ações para lidar com a situação sanitária imposta, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Diante dessa diversidade, foram lançados mão, na APS, de diferentes estratégias nos serviços: os teleatendimentos, o monitoramento pelo *WhatsApp*, os processos de educação em saúde realizados pelos Agentes Comunitários, disseminando formas de prevenção à doença, entre outros (GIOVANELLA *et al.*, 2021). A APS, então, lócus da produção do cuidado nos territórios, prosseguiu realizando o cuidado à população, ainda diante das dúvidas, novidades e riscos do trabalho, bem como atravessada pela flexibilização e precarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. Ainda que o papel da APS se dê tradicionalmente na promoção, tratamento e recuperação da saúde, sendo a primeira porta de entrada do Sistema de saúde, estando próximo aos territórios onde vivem as comunidades, este nível de atenção tem um potencial importante no contexto de pandemia, na medida em que poderia reduzir a frequência de internações, participar de atividades de monitoramento e rastreamento de casos a partir da vigilância em saúde. Neste sentido, ainda que houvessem readaptações dos processos de trabalho, principalmente relacionados aos programas convencionais de promoção, prevenção e acompanhamento de doenças crônicas, o Brasil, bem como outros países, subestimou e subutilizou a capacidade deste nível de atenção em sua tarefa primária (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Para os profissionais, ao passo em que as produções científicas foram e ainda vão sendo desenvolvidas para lidar com a doença por COVID-19, pesquisas, desde o início da pandemia, tem trazido que os riscos que estes apresentam no trabalho de cuidado durante a pandemia geram efeitos de saúde mental, como a presença do medo de infectar-se e infectar a seus

familiares, o gerenciamento de altas demandas de trabalho, o luto, sensações de frustração, sentimentos de impotência e insegurança profissional (MOREIRA; DE LUCCA, 2020; PEREIRA *et al.*, 2020). Por outro lado, destaca-se o caráter inventivo de suas práticas, buscando diferentes alternativas para o trabalho em saúde diante da pandemia (AMARANTE; TROTT, 2020).

Além da dinamicidade de informações, dos rearranjos no Sistema de Saúde e o desafio profissional e pessoal, vivenciamos durante este período e continuamos sentindo seus efeitos, também um contexto social que agrava as vulnerabilidades já existentes. Desde o início da pandemia, há materiais produzidos, alertando que a desigualdade e a vulnerabilidade social e econômica podem estar associadas à maior incidência e mortalidade por COVID-19 (DEMENECH *et al.*, 2020). Além disso, vemos que há consequências da pandemia que se colocam na relação estrutural de uma sociedade constituída com base no racismo, o que vulnerabiliza e penaliza ainda mais pessoas negras (SANTOS, *et al.*, 2020).

Diante desta situação social, o cuidado em saúde dentro da pandemia pode ser visto também através do olhar da perspectiva da “Determinação Social da Saúde”. Esta visão, desenvolvida com maior vigor no Brasil, no seio da reforma sanitária, ultrapassa a ideia de que haja uma pura causalidade das enfermidades. Ao contrário, este direcionamento complexifica as relações de saúde, colocando-as dentro de um campo político, na medida em que o padrão sanitário se constitui dentro de sua própria forma de organização social, em suas relações, suas características, suas histórias e em suas condições materiais de produção. Portanto, há uma determinação social do processo saúde-enfermidade. (FLEURY-TEIXEIRA, BRONZO, 2010).

Na pandemia, podemos pensar sobre como, então, a produção do capital e suas relações se conectam ou se relacionam com a forma como este contexto sanitário se deu. Souza (2020) nos convida a entender esta relação. Reflete a partir da mundialização do processo de determinação social, estreitamente relacionado com o próprio processo de globalização do capitalismo. Neste sentido, para além dos fatores biológicos específicos do vírus Sars-Cov-2 e do fluxo de pessoas e objetos pelo mundo, é necessário considerar o processo de capitalismo contemporâneo e a unificação da determinação social.

Entre os fatores que se colocam dentro desta relação, neste contexto de pandemia, estão a prioridade dada à esfera econômica, que resultou no atraso de medidas de proteção; a fragilidade dos sistemas públicos de saúde, ocasionadas muitas vezes pelos subfinanciamentos relacionados às dívidas públicas; a disseminação de falsas informações, grande parte de interesse econômico-político, gerando faltas nas informações a respeito da pandemia; os diferentes impactos nas diferentes classes sociais, onde há condições de infraestrutura, acesso

a água ou a renda que atingem a possibilidade de prevenção à doença. Nestas relações, se caracteriza o que Souza (2020) nos diz em “*A reprodução da dinâmica universal do capital se particulariza, entre outras mediações, na (e pela) saúde, evidenciando seu caráter social*” (SOUZA, 2020, p. 2472).

Nesta direção, também nos auxilia Santos (2020) a refletir sobre a situação instaurada, ao nos convocar a pensar o que aprendemos com a pandemia, ou, com a presença de uma “cruel pedagogia do vírus”, a partir de seus efeitos sociais. Próximo ao que estamos trazendo em relação à diferença de acesso ao cuidado ou às diferenças a partir da determinação social da saúde, Santos reflete a forma de viver este período a partir do nosso “Sul Global”, marcados pela intensa concentração de riquezas e extrema desigualdade social e uma iminente catástrofe ecológica, diante do crescimento do neoliberalismo, como versão dominante do capitalismo. Assim, ele defende que ainda que o vírus não é discriminável, ele discrimina em sua forma de prevenção, em sua expansão e nas formas de mitigação. O autor reflete sobre as diferentes dificuldades vivenciados por grupos sociais na realização da quarentena, por exemplo, quando a recomendação de isolamento é impraticável para grande parte dos trabalhadores que precisa garantir sua alimentação. Além disso, traz a questão sobre como, nas crises humanitárias, os governos de direita ou extrema direita acabam por ocultar informações, desprestigiar a comunidade científica e minimizar efeitos da pandemia, tendo o Brasil como um dos exemplos disso. Logo, tanto o processo de constituição do neoliberalismo, quanto às formas de dominação presentes desde o século XVII- o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado marcam as formas como a pandemia é vivida e a forma como a saúde é produzida no Sul Global.

À vista disso, estas formas de relação dominante entre o sistema financeiro-econômico e as desigualdades sociais produzidas, geram e permeiam, por sua vez, a forma como a subjetividade se produz ou é nomeada. Ela pode se correlacionar a ascensão do neoliberalismo e a formação de determinada leitura sobre o sofrimento psíquico, por exemplo (SAFATLE; JUNIOR; DUNKER, 2020). Ou seja, o crescimento do neoliberalismo produziu tanto uma nova forma de sentir, como de “ler” ou gerir o sofrimento. Por isso, há a reformulação da gramática do sofrimento, como o DSM, além da maior exploração dos psicofármacos e a exigência de uma performance no trabalho de responsabilidade individual.

Logo, se reconhecemos que o contexto social, bem como as formas de organização do cuidado que dão resposta às situações de saúde, são construídos por sujeitos que reproduzem ou criam alternativas às condições sociais da realidade (FLEURY-TEIXEIRA, BRONZO, 2010), nos colocamos na tarefa de olhar para estes sujeitos.

Assim sendo, a vivência dos profissionais da saúde durante este período também se relaciona como os processos de subjetivação na modernidade, conforme Sá, Miranda e Magalhães (2020) nos apresentam. Elas nos trazem como os processos de individualização advindos dos processos de modernidade, ao que parece, se intensificam ainda mais na vivência da pandemia de COVID-19, na medida em que há a exigência de um isolamento e de uma demanda de luta individual por sobrevivência neste período. Em relação aos profissionais de saúde, estes, ainda que tenham ganhado um lugar próximo ao de “heróis”, se relacionam com este imaginário de uma luta do bem contra o mal na pandemia, diferentemente do histórico de invisibilidade muitas vezes de algumas categorias profissionais da saúde. Por outro lado, encaram muitas vezes com o estigma, por serem desta área, de serem potenciais contaminadores e lidam com as próprias produções subjetivas no cuidado, como a proximidade com a morte, o medo, as escolhas diante da falta de recursos, entre outros.

2.1 A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA PANDEMIA: QUESTÕES DISPARADORAS

Ao longo da história, diferentes formas de organização dos serviços de saúde permearam a saúde pública. As formas de organização do cuidado e gestão em saúde estão colocadas de acordo com a própria concepção de saúde e cuidado que carregam. No percurso da Saúde Pública brasileira, diferentes foram os modelos de organização do cuidado. Desde as campanhas sanitárias contra as epidemias no início da república, passando pelo Modelo Flexneriano a partir dos anos 20, onde havia uma centralidade na medicina privada individual, até a identificação de alguns dos limites da biomedicina e a produção de novos modelos de forma a incorporar perspectivas de maior integralidade, participação, território e gestão democrática, com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SILVA JR, ALVES, 2007). Neste caminho, perpassam diferentes abordagens de gestão da saúde, de uma perspectiva mais voltada para um modelo biomédico e racionalista, até um enfoque com maior centralidade nas necessidades dos sujeitos envolvidos. Direcionamentos que seguem presentes e em disputa no cotidiano dos serviços.

Produções recentes da saúde coletiva, que pensam sobre as formas de organização e gestão, têm desenvolvido perspectivas que consideram a dimensão intersubjetiva da produção do cuidado em saúde, diferentemente de práticas mais tradicionais neste campo. Nesta linha, seguem um conjunto de elaborações sobre um ideário que se expressa como “produção do cuidado”, como um movimento na saúde coletiva que considerasse os processos relacionais para a concepção de um modelo tecnoassistencial (FRANCO, MERHY, 2013 p.207).

Assim, além do reconhecimento da perspectiva de determinação social do processo saúde-enfermidade neste contexto, compartilhamos o entendimento de que “*Uma mudança social a nível macropolítico, macrossocial, diz respeito também à questão da produção da subjetividade*” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 26). Por isso, questionamos os limites colocados em relação a perspectivas racionalistas dos modelos de atenção à saúde, no sentido de que elas podem não reconhecer a dimensão subjetiva na produção do cuidado, gerando sofrimento aos profissionais, ausências na gestão da organização do processo de trabalho, planejamentos não compatíveis com o que realmente acontece nos serviços e uma possível diminuição da qualidade da atenção ofertada. O Documento produzido pelo Ministério da Saúde, sobre a questão do acolhimento nas práticas de saúde, também nos coloca como profissionais de saúde tem criado uma sensação de indiferença, muitas vezes, diante dos sujeitos atendidos, muitas vezes na perspectiva de uma “proteção” ao sofrimento. Entretanto, o que se gera é uma insensibilidade e um enfraquecimento dos laços coletivos, destacando a necessidade de centralidade na produção do vínculo e da co-construção dos processos entre os sujeitos envolvidos. Desta forma, os modos de trabalho produziram a todos estes - usuários e trabalhadores, não apenas modos de cuidar, mas também modos de ser, amar, sentir ou produzir saúde (BRASIL, 2010).

Na perspectiva de Guattari e Rolnik (1996) entendemos que “*A produção da subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção*” (p.28), e se pensamos no espaço do cuidado desde esse olhar, podemos entender que ele é um espaço de produção de subjetividade e além disso, é um espaço de disputa de lógicas subjetivas e assistenciais e conseqüentemente, um espaço político. Assim, lembramos do que nos fala Campos (2003) ao refletir sobre os objetivos do trabalho em saúde. O autor traz um olhar para os sujeitos envolvidos na relação de produção da saúde, questionando como os sistemas de saúde produziram mais que relações com a enfermidade, mas a possibilidade de construção de sujeitos e modificação dos padrões dominantes de subjetividade. Nesta direção, os serviços de saúde, o trabalho clínico e as formas de gerir o cuidado produziram modos de ser, podendo estes estar mais relacionados a dependência e impotência dos profissionais ou de autonomia e maior capacidade de análise (CAMPOS, 2003, p.3). Se pensarmos o contexto que vivenciamos, então, pensar a produção do cuidado em saúde durante a pandemia exige um olhar para a produção de subjetividade dos sujeitos que estão diretamente envolvidos neste processo: os profissionais de saúde da Atenção Primária. Ou seja, podemos questionar se as formas de trabalho presentes na pandemia construíram quais formas de cuidar, de ser, de sentir.

Entendemos que a vivência da pandemia não foi única, pela complexidade envolvida na determinação de como este período foi vivenciado, mas também pelas próprias mudanças que iam ocorrendo no decorrer do tempo e no desenvolvimento de novas informações, desenvolvimento de tecnologias e estratégias de atenção à saúde durante este período que ainda não se encerrou. Por este motivo, esta pesquisa não buscou realizar um recorte de tempo em relação a um período específico da pandemia, visto que a própria pesquisa foi se constituindo também no curso da pandemia, acompanhando as novidades sanitárias e desenvolvimento científico relacionados ao vírus. Dessa forma, a proposta é identificar de modo geral no tempo da pandemia vivências deste período. As questões disparadoras que se colocam para esta pesquisa, portanto, são as seguintes:

- Como se expressa a dimensão subjetiva nas narrativas de profissionais sobre a produção do cuidado durante a pandemia?
- Quais afetos se apresentam na produção de cuidado durante a pandemia?
- Quais sentidos dados à produção do cuidado pelos profissionais em atuação neste período?
- Foram identificadas mudanças no processo de produção do cuidado durante este período?

Estes questionamentos levam-nos ao objetivo geral desta pesquisa: **Identificar as expressões da produção de subjetividade em profissionais da saúde da atenção primária, quanto ao cuidado em saúde realizado no contexto de pandemia de COVID-19.**

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O CUIDADO

No cotidiano dos serviços de saúde fazemos diferentes usos da palavra “cuidado”. De fato, há diferentes concepções e dimensões sobre como ela se coloca nestes espaços. O termo cuidado tem sua origem no latim a partir do termo cura, que em sua forma mais primitiva referenciava-se a relações de amor, amizade e na expressão de atitudes de desvelo, preocupação por alguém amado ou objeto próximo. Também existem estudos de uma possível derivação de *cogitarecogitatus* que quer dizer pensar, colocar atenção, ter interesse, bem como atitude de preocupação (BOFF, 1999; ZOBOLI, 2004).

Assim, aparece um sentido duplo desta palavra: tanto como atitude de solícitude, como uma ideia de sentir-se preocupado ou ter uma inquietação relacionada a uma outra pessoa, da qual há um envolvimento afetivo. Portanto, há um caráter de atitude, bem como um modo de ser.

É visto também que a noção de cuidado perpassa a história da humanidade, manifestando-se de forma diferente de acordo com o contexto sócio-cultural-econômico do período, demonstrando a necessidade de proteção sobre a vida. Há a passagem de um contexto onde estaria mais voltada a uma necessidade instintiva, na manutenção das necessidades básicas no âmbito familiar, a interferência do cristianismo, o contexto das guerras, até construção de espaços específicos para este fim (SALDAÑA, 2006; VAGHETTI *et al.*, 2007).

Foi a partir da industrialização e do desenvolvimento do capitalismo que vemos então, o cuidado mais próximo ao que temos nos serviços de saúde de hoje. Isto é, o cuidado torna-se uma identidade profissional. O espaço para esse cuidado passa a ser dentro do hospital e a lógica capitalista se insere dentro da tarefa do cuidar, exigindo também uma organização coletiva dessa assistência. A partir disso, também se desenvolvem saberes cada vez mais especializados e a centralidade do lugar médico também vai tomando significativa importância (VAGHETTI *et al.*, 2007).

Ainda que a noção de cuidado tenha se adentrado neste contexto de um saber mais especializado, o teólogo Leonardo Boff retoma uma concepção que a localiza dentro da sociabilidade, da presença de uma troca, como diz:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de

envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999, p. 12).

Essa perspectiva considera o cuidado a partir de uma concepção essencialista, onde está presente durante toda vida humana, bem como na própria construção do mundo. Para o autor se incluem nesta relação a dimensão da convivência com os sentimentos, com a intimidade, com uma noção de responsabilidade, não mais com o uso, mas com a relação com as coisas, do valor intrínseco a elas (BOFF, 1999).

Ainda que houvesse a inserção da função do cuidado dentro das especialidades do saber, não há como não se atentar a este desenvolvimento ligado a um aspecto de gênero que perpassa esta história do cuidado. Zoboli (2004) retrata como essas éticas feministas vem para apontar a falta de interesse nesta discussão de gênero nas abordagens éticas tradicionais sobre o cuidado. Molinier (2012), também elucida que as mulheres também possuem trabalho sobre o “care” de forma diferente, entendendo esta atividade como atividade tanto profissional (como enfermeiras e assistentes sociais), mas também os cuidados domésticos, assim “servir” ou “dar atenção”. Vemos como o campo do cuidado está diretamente atravessado pelas relações sociais e tensões históricas colocados no campo da sociabilidade humana.

É nesta direção que trabalha Passos (2016), localizando o campo do cuidado como localizado na reprodução social, enquanto trabalho e enquanto construção da sociabilidade humana. Ou seja, o cuidado aparece dentro da sociabilidade na medida em que sujeitos precisam de outros para dar conta de necessidades da vida em alguns momentos da vida ou por grande parte dela. Entretanto, este cuidado é apropriado pelo mundo do trabalho nos moldes que vemos atualmente, o que o coloca numa relação de mercadoria, e também como forma de reproduzir determinadas relações sociais, por exemplo, em relação ao gênero e a raça, fatores constituintes da sociedade burguesa.

Na atualidade, o cuidado tem se relacionado com o contexto de globalização, de desenvolvimento de diversos meios de comunicação, novas tecnologias e mercantilização da vida. Com o desenvolvimento do saber a partir da industrialização, vemos um caminho de separação entre um saber sobre o corpo do outro e a dimensão mais subjetiva do cuidado. Passamos a adotar a noção de “assistência”, perdendo o caráter mais subjetivo trazido até então. Assim, as organizações têm que dar conta de uma gestão deste coletivo cuidador e da própria produção desse cuidado.

Autores realizam uma interlocução entre clínica, gestão e produção do cuidado para entendê-lo dentro das organizações de saúde nos dias atuais. José Ricardo Ayres, tem um trabalho de significativa importância dentro da saúde pública, pensando sobre o cuidado e

desenvolvendo a noção de suas dimensões nas organizações de saúde. O autor chama atenção para o fato de que, no desenvolvimento desta concepção que trouxemos a partir da institucionalização e especialização do cuidado, este acaba sendo considerado como “*conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento*” (AYRES, 2004, p. 74). Vê-se, portanto, que com a cientificação do cuidado, este começa a se deparar com o tensionamento entre epistemologias que considerem o caráter subjetivo e outros que seguem numa direção mais racionalista, uma tensão que permeia as formas de organização dos serviços de saúde, desde suas concepções, formas de gestão e assistência clínica.

Ayres (2004) resgata o caráter filosófico e ontológico para as práticas em saúde, na interação entre pessoas. Neste sentido, para ele, o cuidado é tanto

Uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004, p. 74).

Em relação a estes tensionamentos entre diferentes racionalidades propõe o “cuidado” como uma categoria de reconstrução e possibilidade de conciliação entre elas. Considera, portanto, nos contextos das organizações de saúde, as relações intersubjetivas presentes no encontro entre os atores envolvidos; como a presença de relações de saber a partir das tecnologias desenvolvidas, ainda que não se restrinja somente a elas. Para esta tarefa conciliadora, o autor propõe identificar a necessidade de olhar para alguns desafios, que envolvem a atenção, a presença do outro, a ampliação de redes de conversação e a ampliação de saberes e das esferas coletivas de cuidado.

3.2 ENTRE A SUBJETIVIDADE E A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Diferentes autores contribuíram para a incorporação de um olhar sobre as dimensões intersubjetivas presentes na produção do cuidado nas redes de atenção à saúde. Entretanto, antes de entrarmos diretamente na interlocução entre subjetividade e produção do cuidado no campo da saúde pública, gostaríamos de elucidar qual perspectiva de subjetividade tomamos para esta investigação, ainda que os olhares sigam abertos e atentos para as diversas contribuições deste campo.

Partimos do entendimento de que a subjetividade é dinâmica, se coloca dentro de seu contexto sócio- histórico e está sempre em movimento. Por isso, partiremos da ideia de Guattari

e Rolnik (1996) que trabalham na perspectiva de uma “produção de subjetividade”. Isto quer dizer que se contrapõem a concepção de que há uma suposta “natureza humana”, mas sim, de que a subjetividade é fabricada, modelada, consumida (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 25), isto é, se coloca dentro do registro social.

A produção de subjetividade é também elemento constituinte das outras relações de produção e por isso, também ela constitui a realidade social. Por outro lado, ela tampouco é apenas uma reprodução da superestrutura sócio- econômica da época em que vivemos. Ela é vivida por indivíduos em suas particularidades e sua pluralidade é a própria singularização existente dentro das relações sociais. É neste sentido, que a construção econômico-social não é diferente da produção da subjetividade, bem como uma mudança social a nível macroeconômico não é uma questão diferente da subjetivação.

Para compreensão destas relações também nos inspiramos na concepção sobre os afetos construída pelo filósofo Spinoza. O autor rompe com a ideia de que há uma separação entre mente e corpo e de que a mente teria um domínio completo e absoluto dos afetos. Para o autor, *“Por afeto compreendo 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”* (SPINOZA, E.III, Def.3). Vemos assim, que Spinoza nos mostra que o afeto não é algo estático, mas uma relação em movimento, uma dinâmica de afetação entre o encontro de um corpo e outro corpo ou outra ideia. Esta relação pode aumentar nossa potência de agir ou diminuí-la e o que nosso corpo conhece são os efeitos que essas afetações causam em nós. Por isso, os indivíduos estão em um grau de potência próprio de acordo com a forma que são afetados (DELEUZE, 2002).

Bader Sawaia, pesquisadora da Psicologia Social, relata como Vygotski e Deleuze resgatam esta perspectiva dos afetos para demonstrar que a emoção não é puramente um fenômeno de ordem psíquica, mas que se trata de uma experiência política (SAWAIA, 2018, p.29), na medida que experimentamos em nossos corpos o efeito das relações com outras pessoas, podendo diminuir ou aumentar nossa potência de vida. Assim, a autora resgata como Vygotski se utiliza desta ideia para compreender que o sujeito é agente da transformação social justamente por esta capacidade de afetação, muito mais que por sua razão. Ora, se as relações de afetação se colocam na experiência e estas estão dentro de um contexto sócio-histórico-cultural, os afetos têm uma dimensão ético-política e tanto é mediador da experiência, como é a forma como o exterior também passa a ser subjetividade e por isso, elemento fundamental na transformação social.

Se retornarmos agora a pensar a interlocução entre a produção de subjetividade na produção do cuidado podemos entender melhor que há, no campo da saúde, processos de

subjetivação (FRANCO, MERHY, 2013). Nesta direção, há situações que podem aumentar ou diminuir nossa potência de agir, podendo incidir sobre invenções da realidade social e busca pela vida. Por isso ações mais voltadas ao acolhimento, ao vínculo e a autonomia, bem como formas mais burocratizadas ou institucionalizadas podem criar relações diferentes de afetação nos trabalhadores. Neste sentido, a construção do SUS, em sua concepção também é disparador de processo de subjetivação, bem como as diferentes intencionalidades nos diferentes modelos de atenção (FRANCO, MERHY, 2013).

Campos (2003) é um dos autores de relevância no desenvolvimento de uma perspectiva de saúde que expande as concepções tradicionais da clínica, principalmente através do que elaborou sobre a “clínica ampliada”. Propõe a incorporação da centralidade sobre o sujeito na clínica, relacionando-se com seu contexto e condição de saúde. Ao mudar a concepção de clínica, alteram-se também as formas de gestão do cuidado. Assim, o autor defende práticas de saúde e gestão que possam ampliar a capacidade de análise e de cogestão dos sujeitos. Nesta perspectiva, a saúde pública, a clínica, a gestão produz modos de ser, modos subjetivos.

Emerson Merhy, nesta direção, reafirma o caráter relacional, intersubjetivo colocado na tarefa dos cuidados em saúde, trazendo o caráter micropolítico do cuidado em saúde. Para isso, destacamos duas de suas ideias: a primeira, de que o trabalho da saúde é um trabalho vivo em ato e a segunda sobre a presença de tecnologias leves, leve-duras e duras em saúde.

Merhy (2014) entende que há uma mudança tecnológica da produção do cuidado, na medida em que há uma crise sobre uma noção hegemônica sobre a eficiência ou eficácia do trabalho. Essa mudança no ato de cuidar não seria da ordem dos equipamentos, e sim, das tecnologias relacionais, estas caracterizadas por serem tecnologias leves (voltadas aos aspectos relacionais entre trabalhador-usuário como vínculo e acolhimento) e leve duras (caracterizadas pela presença de saberes especializados). O trabalho vivo em ato de cuidar em saúde é, por um lado, realizado a partir de certo grau de liberdade e por outro, um espaço de disputa na medida em que há diferentes racionalidades envolvidas. É no espaço da micropolítica do cuidado, o próprio lugar de disputa entre concepções mais voltadas à atenção gerenciada ou uma que dê mais centralidade aos sujeitos usuários.

Considerarei importante dar um destaque especial a estes autores, por trazerem para a saúde pública o reconhecimento da dimensão subjetiva e relacional do cuidado em saúde em oposição às práticas que buscavam justamente a supressão dessa dimensão como forma de manter um caráter de padronização e eficácia do cuidado. Entretanto, para além destes, há diversos autores que vêm construindo um maior destaque para esta questão da gestão e organização dos serviços de saúde e para a produção do cuidado. Apresento, então, parte de

uma nova revisão bibliográfica que foi realizada, buscando referências que dessem conta dessa dimensão subjetiva para a produção do cuidado.

3.2.1 O que se produz sobre a relação subjetividade-cuidado

Com o intuito de me localizar no campo de pesquisa, reconhecer as perspectivas já existentes sendo trabalhadas na relação subjetividade e cuidado e de forma a poder localizar os aspectos que compõem o objeto de pesquisa, entendi ser necessário realizar uma busca mais aprofundada sobre as publicações que se preocupam com esta questão.

As pesquisas que realizei foram primeiramente uma pesquisa sobre “produção do cuidado” nas bases do Scielo e aos poucos fui aprimorando minhas estratégias de busca, chegando a “subjetividade and (“assistência à saúde” or “cuidados de saúde” or “prestação de cuidado de saúde”) ” na base Lilacs e à (subjetividade OR emoções OR afeto) AND ("assistência à saúde" OR "cuidados de saúde" OR "prestação de cuidados de saúde") no portal BVS. A partir da leitura dos resumos, realizei uma nova seleção. Tive preferência aos artigos e materiais que focalizavam mais no processo de produção do cuidado; excluí experiências muito focalizadas de alguma política específica e artigos voltados estritamente à caracterização do processo de trabalho.

A partir da leitura dos artigos, pude compreender que o que vem sendo trabalhado nesta interlocução entre subjetividade e produção do cuidado se caracteriza por alguns pontos: 1. Apresentam diferentes modelos de compreensão sobre as questões subjetivas do cuidado, ou seja, diferentes perspectivas teóricas que embasam essa reflexão; 2. Há um grupo de artigos que tratam sobre a dimensão da Gestão na produção do cuidado; 3. Há artigos que trabalham com as experiências de diferentes categorias profissionais; 4. Há experiências focalizadas sobre a produção do cuidado; 5. Existe uma dimensão formativa que se coloca nesta relação e que destacam as ações de educação permanente como espaço de análise e autoanálise dos trabalhadores sobre suas práticas e também a necessidade das graduações de incorporarem esta perspectiva; 6. Existem artigos direcionados a conceitos específicos sobre a saúde como Integralidade, Território e Vínculo; e 7. Produções que relacionam a produção de subjetividade diante da precarização do trabalho em saúde. Destacarei aqui, algumas das contribuições que identifiquei como importantes ao pensar o objeto desta pesquisa: A relação entre a produção de subjetividade e a produção do cuidado no contexto de pandemia.

Uma primeira questão significativa é o envolvimento da dimensão subjetiva do cuidado para além dos protocolos de trabalho em saúde (NASCIMENTO; HENRIQUES, 2015).

Salienta-se, portanto, a necessidade do reconhecimento desta dimensão intersubjetiva do trabalho.

Entre as diferentes abordagens teóricas uma delas é a perspectiva da Micropolítica do cuidado. Destacam-se a relação com autores como Deleuze, Guattari, alguns trabalhos em diálogo com Spinoza e também com a dimensão do “Trabalho vivo em ato”, de Merhy. Dentro destes trabalhos a produção de subjetividade está relacionada com a noção de potencialidades encontradas no cuidado (MANSANO, 2016; ROSA; SILVA, 2020) da perspectiva de servidão e liberdade, da possibilidade de afetar-se e ser afetado através do encontro no cuidado em saúde (AZEVEDO, 2015; ROSA; SILVA, 2020) e se realça as possibilidades de invenção no trabalho, sendo esta invenção, formas de linhas de fugas (FRANCO, 2015). Franco (2015) ao pensar a subjetividade no cuidado em saúde relata que há presente no cuidado uma ordem capitalística, uma ordem moral e uma ordem do saber presentes no ato de cuidar. Rosa e Silva (2020) também destacam a contribuição do conceito de sofrimento ético- político que perpassa o trabalho em saúde.

A perspectiva da Psicossociologia e Psicodinâmica do trabalho também estiveram presentes, aportando em relação às produções subjetivas no cuidado em saúde. Os artigos trabalham a partir da perspectiva de entendimento de uma dinâmica de sofrimento e prazer contida no trabalho em saúde, bem como do reconhecimento das defesas presentes nos profissionais da saúde, identificações, processos grupais e produção de sentidos dessas práticas. Também se destaca a importância da dinâmica do reconhecimento do trabalho para os processos subjetivos (AZEVEDO *et al.*, 2018; SÁ, 2009).

Outra questão presente que compõe as relações subjetivas no trabalho em saúde são as relações de poder entre as diferentes categorias profissionais (AZEVEDO *et al.*, 2018; NETO, 2017). O território, em alguns artigos também aparece com destaque nas discussões, que entendem e trabalham com o território como espaço para a constituição de subjetividades dos usuários em saúde, principalmente na Atenção Básica, o que se insere no campo da produção do cuidado (SILVA *et al.*, 2015a; TABORDA; BERNARDES; MARQUES, 2015). As condições de trabalho também estiveram presentes em algumas produções (SILVA, 2001). A precariedade das condições de trabalho seriam, segundo Samúdio *et al.* (2017) desfavoráveis às invenções subjetivas para os trabalhadores da saúde. Azevedo *et al.* (2017) também relata a presença de uma sobrecarga aos trabalhadores da saúde e Gomes e Ramos (2015) trazem que há um padrão moderno estressor na produção à saúde a partir da reestruturação produtiva. Neste sentido, a incorporação de modelos de assistência privada à saúde poderia criar processos subjetivos de competitividade e individualismo e também gerar dilemas éticos relacionados ao

aumento de procedimentos mais lucrativos.

De forma geral, a produção de subjetividade que se encontra nestes relatos de experiências e pesquisas publicadas nestes artigos estão relacionadas com alguns fatores, percepções, afetos e emoções. Destaca-se a presença do vínculo (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018), da autonomia (SILVA *et al.*, 2015b) e da possibilidade de a racionalização do trabalho em saúde ser articulada à subjetividade por meio do zelo, da confiança e da mediação coletiva (BACKES; AZEVEDO, 2016). Aparece também a necessidade de uma escuta e de uma própria análise do que se produz por parte dos trabalhadores (SAMUDIO *et al.*, 2017), a presença de uma entrega e disponibilidade para o cuidar, bem como recursos para a construção de uma sociabilidade cuidadora e a produção de subjetividades emancipadoras como a solidariedade, o acolhimento e a empatia (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2018).

Se fazem presentes também afetos como a amizade (ROSA; SILVA, 2020), a sensibilidade do sofrimento dos outros (AZEVEDO, *et al.*, 2018), o respeito, a confiança (MATOS; PIRES; RAMOS, 2010). O caráter inventivo das práticas em saúde teve destaque em algumas produções, bem como a possibilidade de lidar com a improvisação que o trabalho exige (FRANCO, 2015), e também a criatividade e o olhar atento (SOARES *et al.*, 2020). Bellato e Pereira (2003) relatam a necessidade de olhar para a relacionalidade presente no trabalho em saúde e também o desejo presente, a criatividade e a responsabilidade desta atuação profissional.

Um outro fator encontrado é a relação com a morte que os profissionais de saúde e a necessidade de construir formas de lidar com esta relação, demonstradas em algumas produções, principalmente as que se relacionavam na produção de cuidados dos setores de cuidados paliativos (COELHO; FERREIRA, 2015; MATOS; PIRES; RAMOS, 2010; QUINTANA *et al.*, 2006). Fernandes *et al.* (2003) reafirmam a competência interpessoal colocada na produção do cuidado em saúde. Machado *et al.* (2015) trazem as expectativas diferentes em relação ao cuidado que possuem os usuários e os trabalhadores.

Vemos a diversidade de perspectivas e as diversas contribuições que nos aportam os trabalhos relacionados à produção da subjetividade na produção do cuidado em saúde. Demonstram a diversidade de afetos e a complexidade colocada no ato de cuidar. Santos *et al.* (2020) ainda destacam que os trabalhadores visualizam a potencialidade da dimensão subjetiva ao mesmo tempo que não há valorização dela. Por outro lado, Peixoto *et al.* (2017) questionam o fato de que os afetos entre os profissionais desestabilizam o trabalho normativo. Se por um lado podem ter momentos de flexibilização da norma, em outros momentos podem se intensificar os comportamentos controladores e perfeccionistas.

Todas estas questões trazidas nos fazem ratificar a necessidade do entendimento destes afetos e produções subjetivas que fazem parte do cuidado em saúde, de modo que se possa considerá-las na organização do cuidado em saúde, na vivência dos profissionais e na própria melhoria da atenção à saúde ofertada à população brasileira. Em contexto de COVID, podemos pensar que se as mudanças de trabalho requerem a produção de uma nova subjetividade deste trabalhador (FRANCO, MERHY, 2013, p.168), como foi a produção de subjetividade neste contexto de mudanças de trabalho, contexto social e sanitário, emergente e novo?

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Diante de uma questão, como podemos traçar caminhos na tentativa de refletirmos, pensarmos e traçar pistas para respondê-las? Certamente, a ciência nos apresenta uma infinidade de possibilidades e diferentes concepções que nos auxiliam nestas escolhas. Tampouco a ciência permaneceu da mesma forma em sua própria construção.

O fazer científico muda através dos tempos, das histórias e acontecimentos sociais dos quais a humanidade vivencia. Boaventura de Souza Santos (2009) nos mostra isso ao percorrer o desenvolvimento dos paradigmas sobre as ciências. Santos nos apresenta o desenvolvimento, em um primeiro momento, de um paradigma dominante na ciência moderna, onde havia uma racionalidade que distinguia hierarquicamente o conhecimento científico do conhecimento vulgar. Nesta perspectiva, conhecer seria quantificar, descrever com métodos cada vez mais precisos o objeto de estudo. Assim, haveria uma ideia de uma suposta ordem ou estabilidade do mundo e há uma desconfiança da experiência imediata. Esta racionalidade teria surgido a partir das ciências naturais e a ciência prontamente fez a tentativa de aplicá-la aos fenômenos sociais, mas estes fenômenos não cabiam nas leis universais, já que são condicionados culturalmente e historicamente.

É nesta tensão que acontece o que Santos chamou de “crise do paradigma dominante” e por onde se desenvolvem as concepções mais humanísticas das ciências sociais e o desenvolvimento do conhecimento pós-moderno. Ao contrário do racionalismo moderno, a pós-modernidade constrói outra relação entre pesquisador e mundo, na medida em que ambos se tornam sujeitos no mundo. Ao invés de um sujeito e um objeto, ambos são construtores da realidade. Isto é, na medida em que ambos são atores do processo, o processo de pesquisa modifica a realidade da qual se propõe a estudar, bem como esta realidade exige que a pesquisa e seu caminho esteja em constante modificação. O autor relata:

“O conhecimento pós-moderno, sendo total, não é determinístico, sendo local não é descritivista. É um conhecimento sobre as condições de possibilidade. As condições de possibilidade da ação humana projectada no mundo a partir de um espaço-tempo local. Um conhecimento deste tipo é relativamente imetódico, constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica. Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que se é perguntada. Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta” (p. 77).

É sobre esta pluralidade metodológica necessária ao fazer da pesquisa que irei descrever agora. Mas antes que nada, é importante elucidar que esta pesquisa se caracteriza como um estudo qualitativo. Assim como nos retrata Santos na crise da ciência, a pesquisa qualitativa se

interessa por temas de estudos que dificilmente podem ser quantificados, isto é, os significados, os sentidos, crenças, valores, o mundo das relações, trabalhando sobre algo da realidade que fica invisível (MINAYO, 2012).

Nesta tarefa desafiadora de trabalhar sobre as perguntas já elucidadas anteriormente em relação à produção de subjetividade na vivência da produção do cuidado pelos trabalhadores da saúde durante a pandemia, nos debruçamos a tentar entender quais os passos metodológicos que nos pudessem auxiliar a caminhar com nossa questão de pesquisa. Isto é, quais caminhos poderíamos trilhar para pensarmos e construirmos a realidade, conforme vimos agora, no sentido de manter uma coerência entre o que fomos encontrando na literatura.

Diante disso, da complexidade do fazer científico e da complexidade da própria questão a ser estudada, vemos que a escolha de um caminho metodológico não é, então, tarefa fácil e nem simples à pesquisadora. Mas se ao fazermos uma pesquisa, modificamos a realidade, tornando-se impossível uma neutralidade por parte do pesquisador (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013), então certamente há na escolha metodológica algo que surge dos afetos, dos desejos, da história do pesquisador.

Como temos trazido do decorrer da pesquisa, entretanto, a pandemia nos demandou, mais que novas formas de estar, de se relacionar e de ver o mundo, mas também novas formas de produzir e novas preocupações na realização de pesquisas. Neste sentido, alguns aspectos nos fazem preocuparmos nessa escolha: A garantia de não colocar nenhum dos sujeitos em risco; a alta carga de trabalho dos profissionais da saúde no período da pandemia e o interesse em não a reforçar, mas também a qualidade do processo de construção de conhecimento para a pesquisa. Na tentativa de pesar estas medidas e a necessidade de tomarmos todos os cuidados possíveis, entendemos a possibilidade de lançarmos mão de escutar suas narrativas sobre o trabalho a partir de entrevistas semiestruturadas, como uma possibilidade possível e segura, do qual apresentaremos a seguir.

4.1 PRODUÇÃO DAS ENTREVISTAS

Uma de nossas escolhas metodológicas, foi então, a realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas semiestruturadas são conversas com finalidade, com informações que se constroem no diálogo com os sujeitos envolvidos a partir da reflexão sobre as práticas que realizam e como a sentem. São organizadas de forma que haja uma combinação de perguntas abertas ou fechadas em que dá liberdade para o entrevistado não se prender a pergunta previamente elaborada (MINAYO, 2012).

A escolha das entrevistas semiestruturadas se faz no sentido de que através delas possamos recolher narrativas orais dos sujeitos da pesquisa. Diniz e Sá (2019) apontam a diversidade do uso de narrativas nas pesquisas em saúde. A partir de uma revisão da literatura em relação ao uso delas, demonstram que sua utilização pode promover reflexão sobre as práticas de saúde, pode gerar percepções sobre si mesmo e muitas vezes agir terapêuticamente.

Onocko Campos e Furtado (2008) também refletem sobre o uso de narrativas nas pesquisas qualitativas em saúde. O uso das narrativas poderiam ser, desde sua revisão, uma forma de se atentar ao saber cotidiano e seria uma forma de trabalhar a relação entre a ação e a palavra. Os autores questionam a importância desta possibilidade de se pesquisar sobre o que faz e o que se diz nas pesquisas sobre o SUS e serviços de saúde, na medida em que poderiam contribuir para sair da lógica dicotômica discurso-prática. Neste sentido, a narrativa seria uma mediação entre o discurso e a ação, uma mediação entre indivíduo e sociedade e também entre memória e ação política. Além disso, poderia propiciar o fortalecimento dos atores implicados, bem como seria uma forma de pesquisa que possui uma abertura para as novidades do mundo e os caminhos não podem ser desenhadas de forma prévia (CAMPOS; FURTADO, 2008). Isto é, a própria construção da pesquisa e seus caminhos, se dão na própria relação com o campo e o que se constrói com ele.

Esta tarefa de narrar, portanto, é também produzir memórias. Ecléa Bosi (1979) nos auxilia a pensar sobre os elementos da memória, tratando-a como uma categoria psicológica. A memória, segundo ela, é de certa forma, o lado subjetivo da forma como conhecemos as coisas do mundo. Esta função, presente no processo psicológico, segundo ela “*Permite a relação do corpo presente com o passado e ao mesmo tempo, interfere no processo atual das representações*” (p.9). A memória é narrada, no presente, de acordo também com o modo de que é evocada e por isso, se reatualiza de acordo com a relação coletiva que se coloca. Portanto, para além de um processo individual, a memória tem substância social: tem um tempo coletivo e uma forma de lembrar, que é tanto individual quanto social.

Por este caminho, vamos reconhecendo a comunicação entre os envolvidos na pesquisa, como um processo relacional e dialógico, que como vimos com Santos (2009), tensiona a separação entre sujeito e objeto de pesquisa, sendo ambos constituintes e produtores dela. Fasanello, Nunes e Porto (2018) ao apresentarem a perspectiva das metodologias colaborativas não extrativistas, da qual desenvolve através das chamadas epistemologias do Sul, traz a compreensão da pesquisa produzida “com” e não “sobre”. Reconhecendo, assim, os saberes dos atores envolvidos, respeitando-os e fortalecendo-os. Assim, na direção das metodologias colaborativas, reconhecemos a importância da sensibilidade para escutar, dialogar, rever os

elementos da pesquisa (FASANELLO; NUNES; PORTO, 2018), bem como de reconhecer as formas de comunicação vivas que se dão através das histórias, relatos ou narrativas, sendo elas, espaços de construção de intersubjetividade entre as pessoas envolvidas na pesquisa (FASANELLO; NUNES; PORTO, 2018). Portanto, corroboramos com Bosi (1979) que nos diz que “*uma pesquisa é um compromisso afetivo*” (p. 2).

Diante disso, considerou-se, a partir da discussão trazida por Tedesco, Sade e Caliman (2013) que a realização das entrevistas, mais que uma forma de “coleta de dados”, é uma estratégia de trabalho com processos e não somente com estados ou objetos. Mais que buscar conhecer, coletar ou representar sobre algum fenômeno, a entrevista é também a produção de uma experiência entre os atores envolvidos (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). Na medida em que ela acontece entre sujeitos e em diálogo, ela também produz realidades, emergindo uma experiência própria do dizer. Desta forma, o que é dito não é alheio ao que se é expresso-diferentes entonações, o modo que se fala, o ritmo, os silêncios, ou seja, as intensidades e afetos da experiência do dizer; bem como esta experiência é também compartilhada entre os atores envolvidos-pesquisadora e entrevistados (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). Bosi (1979) também relata que a memória é contada através do corpo, aparecendo nas mãos trêmulas, nos olhos, entre outros. Além disso, em relação aos efeitos, nos conta que lembrar ou retomar memórias é também trabalho, na medida que é produção e reconstrução, mais que reviver um fato.

Para a realização da entrevista semiestruturada, como forma de elaborar um guia para nos levar ao caminho da experiência da entrevista e dos encontros, foi produzido um roteiro de perguntas iniciais que se encontra no **Apêndice A**. O intuito de ter um roteiro prévio se fez na medida de tentar abrir a conversa para vinculação com os participantes, na tentativa de que os participantes se sentissem confortáveis e na possibilidade de criação de um vínculo entre pesquisadora e entrevistadas. Logo, o roteiro nos auxiliou nesta primeira abertura, mas durante as entrevistas houve liberdade para o próprio encontro guiar novas curiosidades, interesses no aprofundamento de determinado tema trazido pelas entrevistadas, entre outros. Ou seja, nem pesquisador nem entrevistado se fecharam ou se detiveram restritamente ao instrumento do roteiro, mas foi utilizado como um guia. Como já explicitamos, houve um cuidado, durante este período de pandemia, para evitar qualquer tipo de risco aos sujeitos envolvidos e por este motivo, escolhemos realizar a pesquisa em formato remoto, via um encontro por vídeochamada através da plataforma de comunicação *Zoom*. Mais adiante, discutiremos as especificidades desta escolha metodológica para a realização da pesquisa.

Ainda assim, reavendo a concepção de que o espaço da produção da pesquisa é uma

experiência compartilhada e de construção de intersubjetividade, que retomamos a incapacidade de haver uma neutralidade na produção da pesquisa científica por conta da pesquisadora. A implicação da pesquisadora é também essencial no trabalho científico (LOURAU, 1993), demandando a análise dela, ou seja, do conjunto de condições da pesquisa e de si como parte da pesquisa. Assim, na escolha metodológica os registros da pesquisadora sobre sua implicação, suas percepções e seus afetos também esteve presente após a realização de cada uma das entrevistas. Por este motivo, foi realizado, após cada uma das entrevistas realizadas, um registro de suas percepções de cada uma delas em formato de áudio. A proposta era que os áudios pudessem, logo após a entrevista registrar os primeiros afetos, percepções, convocar a memória sobre a experiência do encontro com cada uma das envolvidas. Assim sendo, os áudios tiveram o caráter de diário de campo.

4.1.1 Critérios de inclusão e campo de pesquisa

A construção das escolhas metodológicas foi se realizando, justamente, na implicação da pesquisadora com a pesquisa. Isto porque, como apontado anteriormente, no contexto de pandemia e de novidades na vida social, fomos realizando diferentes escolhas durante este período de atividades remotas no meio acadêmico. A construção do campo de pesquisa e de seus participantes, para a realização das entrevistas semiestruturadas, se deu também a partir disto. Assim, anteriormente ao processo de entrada no campo de pesquisa (submissão ao comitê de ética e contato com os locais e serviços de saúde) a proposição para a participação da pesquisa seria de que os participantes fossem profissionais com formação em saúde da Atenção Primária à Saúde que compuseram equipes que estiveram em atuação na assistência durante a pandemia. Como critério de inclusão na pesquisa, foram consideradas pessoas acima de 18 anos, profissionais que tivessem formação de nível técnico ou superior na área da saúde e que atuassem na assistência em sua área de formação em saúde, no período da pandemia de COVID-19. Os profissionais deveriam ter acompanhado o processo de trabalho e atuado na assistência em saúde na Atenção Primária na pandemia por ao menos 6 meses a partir do mês de março de 2020.

Em relação ao campo de pesquisa, esta escolha também sofreu interferências pelo caminho traçado pela pesquisadora neste período. Durante os dois anos de pandemia e de mestrado, houve um processo de mudança de residência por conta de uma oportunidade profissional em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, lugar onde a pesquisadora possuía vínculos familiares. Decidiu-se, então, devido a uma vivência de trabalho anterior também pelo

município de Porto Alegre, realizar um contraponto entre estas histórias sobre a vivência da pandemia presentes nas duas cidades. Assim, participaram trabalhadores de duas equipes de Unidades de Saúde diferentes, na tentativa de abarcar maior diversidade de experiências na APS e em razão de vinculação profissional e afetiva da pesquisadora.

As localidades de atuação das equipes, portanto, eram em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul e na capital do estado, Porto Alegre. Podemos sinalizar, assim, uma notável diferença de vivências nas cidades, já que a cidade interiorana possui aproximadamente 5.000 habitantes e a cidade de Porto Alegre, 1.409.351 habitantes, segundo o último censo do IBGE, do ano de 2010. Sendo assim, uma cidade de pequeno porte e outra de grande porte. O conhecimento e o vínculo das cidades poderiam facilitar também a entrada no campo de pesquisa, devido também às restrições impostas pela pandemia e os riscos que buscamos evitar em relação ao contágio do vírus.

Podemos nos atentar também ao que De Lacerda (2016) chama atenção para a realização de pesquisas em cidades pequenas, que nos atenta para que a maioria das pesquisas são realizadas nos grandes centros e que, portanto, nas cidades pequenas há poucas análises e suporte sobre as situações vividas, provocando uma realidade pouco documentada e, portanto, desconhecida. Demonstra-se assim também, o que ela chama de uma “*imperialidade do moderno*” que poderia chegar a causar um apagamento de determinadas populações. Por outro lado, sinaliza a potencialidade do encontro com estes espaços, na medida em que sua cotidianidade de cidade pequena oferece detalhes, encontros e tramas imperceptíveis. Neste sentido, refere-se à necessidade do observador em distanciar-se de percepções hegemônicas, mas ao mesmo tempo, entender que há uma diversidade de significados que por vezes não se tem acesso e que estes são tecidos com peculiaridades próprias (DE LACERDA, 2016).

A proposta era que a participação fosse com base nos profissionais da saúde dos serviços envolvidos e que aceitassem participar da investigação de forma voluntária e de acordo com a sua disponibilidade e interesse. Na construção dos passos metodológicos esperava-se entrevistar aproximadamente 10 a 12 pessoas, sendo metade delas de cada uma das unidades de saúde participantes, portanto de cada um dos municípios.

4.1.2 Considerações éticas

Como dissemos, na realização da pesquisa também se preocupou com o cuidado em relação a todos os sujeitos envolvidos durante o seu processo. Nesta orientação, para além da escolha metodológica, nos interessa garantir a segurança das informações dadas pelos

participantes e minimizar os riscos possíveis decorrentes de sua participação.

Para isso, a pesquisa e seu desenvolvimento foram realizadas tomando como orientações éticas as resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e também a Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 (CNS, 2012; CNS, 2016), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto foi apresentado ao comitê de ética da ENSP/FIOCRUZ para sua aprovação e aos devidos comitês de ética dos municípios onde foram realizadas. Desta forma, o projeto de pesquisa recebeu seu parecer consubstanciado do CEP da ENSP/FIOCRUZ com o parecer de CAAE número 50485321.0.0000.5240 no dia 19 de agosto de 2021, tornando apta a pesquisa a ser iniciada, contemplando os critérios éticos. Neste momento, já havia sido iniciado contato com as secretarias de saúde de cada um dos municípios para recolher os termos de consentimento para realização de pesquisas nos serviços de saúde dos respectivos municípios. Este, então, foi o primeiro contato com as secretarias em relação à realização da pesquisa. Neste processo, já podemos notar algumas diferenciações entre as redes de saúde das duas cidades.

Em Porto Alegre, o contato foi diretamente com a Coordenação da Atenção Básica do município. Na capital, pude notar que eles já estavam bastante habituados em receber pesquisadores e ser campo de pesquisa para diversas instituições.

Na cidade do interior, o primeiro contato com a secretaria de saúde, em relação à realização da pesquisa, foi ao buscar o termo de consentimento. Foi feito contato com o secretário, expliquei o projeto e como seria a realização da pesquisa. Foi bastante receptivo e me encaminhou à pessoa responsável pela unidade de saúde, com o fim de que houvessem os acordos em relação às entrevistas. Como já havia o aceite do Comitê de Ética da ENSP e não havia na secretaria um comitê de ética próprio, pelo porte pequeno da cidade, as entrevistas já poderiam ser iniciadas naquele momento. O seguimento das entrevistas foi concluído em sua totalidade no mês de dezembro de 2021.

Em Porto Alegre, após a aprovação do CEP pela ENSP, o projeto foi encaminhado para o comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e foi aprovado em 16 de setembro de 2021, tornando apta a entrada no campo para realização das pesquisas.

A pesquisa não apresentou riscos diretos aos sujeitos envolvidos, na medida em que as entrevistas foram realizadas em formato virtual. Foram tomados todos os cuidados em relação ao risco de vazamento de informações. Os nomes utilizados serão fictícios e aleatórios com o fim de manter anonimato. Anteriormente a realização das entrevistas supomos que poderia haver algum desconforto emocional por parte dos participantes em suas entrevistas e na sua realização colocamos nossa disponibilidade de acolhida por parte da pesquisadora.

Para segurança dos participantes, houve o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi enviado a cada um dos participantes via e-mail anteriormente ao dia combinado para o encontro da entrevista. Isto foi feito para que os participantes tivessem acesso ao registro anteriormente ao dia do encontro e pudessem tirar todas as dúvidas possíveis no momento anterior à entrevista. Ainda assim, no dia previsto, anteriormente a iniciar a entrevista, no primeiro momento lemos em conjunto com a participante o registro de consentimento, dando espaço para que pudesse falar se havia alguma dúvida em relação a sua participação e pudesse dar o aceite para participar. Este momento de leitura do registro de consentimento livre e esclarecido era gravado em áudio e vídeo, bem como seu aceite de participação. Após isso feito, era fechado o programa e começávamos outra gravação para a entrevista completa. Ao término, a gravação do registro foi enviada a todas as participantes via e-mail.

Alguns dos cuidados com as participantes foi a garantia do anonimato, evidenciando a possibilidade de desistência da participação a qualquer momento. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no **Apêndice B** deste projeto.

A data e o horário das entrevistas foram marcados de acordo com a disponibilidade dos participantes. Como as entrevistas foram virtuais, gravadas em áudio e vídeo, havíamos a preocupação com a interferência nas redes de internet e luz, o qual de fato, em alguns momentos estiveram instáveis, mas nada que prejudicasse o andamento das entrevistas ou que as impossibilitaram. Todas as gravações puderam ser realizadas sem prejuízos. Ainda em relação aos cuidados em relação às participantes, tivemos a preocupação de marcar a entrevista com antecedência, bem como enviar o link de participação com a maior brevidade possível, de forma que a participante pudesse se organizar e também se familiarizar com o aplicativo onde seria realizado o encontro, o aplicativo de comunicação *Zoom*. A proposta era de que as entrevistas poderiam ter duração de aproximadamente uma hora, podendo ser estendida ou reduzida de acordo com a vontade da participante e assim foi comunicado a elas, para que pudessem se organizar para ter esta disponibilidade de tempo. Daremos os detalhes do desenvolvimento das entrevistas nos próximos capítulos.

Os benefícios da pesquisa têm caráter indireto, já que o desenvolvimento da pesquisa pode fortalecer o campo da saúde coletiva, bem como auxiliar em processos de gestão em saúde, formação profissional, melhoria do cuidado e também na formação da memória da saúde pública num contexto bastante singular da história brasileira.

4.1.3 Entrada no campo de estudo

Após a aprovação nos respectivos comitês de ética necessários e na tentativa de garantir de maior forma possível a proteção dos sujeitos envolvidos na pesquisa, relato agora de forma mais descritiva como se deu a entrada neste campo de pesquisa. Campo este, que se caracteriza de maneira bastante peculiar e diferente ao que estamos acostumados na produção de pesquisas. Com o advento da pandemia, como já vimos, fomos obrigados a trilhar novos caminhos metodológicos de forma a garantir a segurança dos envolvidos, na necessidade de se reinventar e fazer possível a produção do conhecimento em saúde durante este período. Para isso, tivemos que pensar novas formas de se relacionar com os sujeitos envolvidos e também na própria entrada no campo, na maneira de chegar aos serviços, de realizar o primeiro contato e na maneira de realizar os convites para a participação dos trabalhadores. Nesta perspectiva, considero que a implicação com os locais, ainda que superficial no vínculo com os sujeitos, auxiliou no sentido de “chegar” até os envolvidos para o convite de sua participação.

Cada município envolvido teve uma estratégia própria nesta tarefa. Como relatado, após a aprovação nos respectivos Conselhos de Ética, na cidade do interior, entrei em contato com a pessoa da unidade de saúde, que prontamente enviou o convite para participação da pesquisa para os grupos de *WhatsApp* da unidade, onde estavam a maioria dos trabalhadores. Como a unidade de saúde funciona com diversos profissionais e alguns deles trabalham em regime de plantão, trabalham em outras cidades, como é característica do território, a comunicação identificada como mais viável era pelo aplicativo *WhatsApp*. No aplicativo, os profissionais possuem grupos de conversação onde trocam informações e notícias do trabalho. Apesar da boa acolhida e disponibilidade recebida por parte da enfermeira responsável, não obtive muitos retornos dos profissionais sobre seu interesse de participação. Posteriormente, foi contatada a responsável novamente para pensarmos em chegar nos profissionais com outra estratégia: fazer os convites de forma mais individual. Ela acessou alguns dos profissionais que estavam dentro do critério que tínhamos estabelecido e outros me passou o contato para que eu pudesse contatá-los diretamente pelo *WhatsApp*. O desafio seguinte a ser enfrentado para a realização das entrevistas, foi a possibilidade de encontro de horários e datas comuns entre pesquisadora e entrevistadas. O próprio convite que foi realizado por meio de *WhatsApp* parecia ser uma coisa nova para os que recebiam o convite. Quando relatado o fato de que a entrevista seria realizada de forma remota, geravam dúvidas em alguns convidados, que muitas vezes nunca haviam acessado o aplicativo e gerava uma preocupação de não conseguirem manejar os aspectos tecnológicos. Nessas ocasiões tentava ao máximo tranquilizar os participantes, explicando que

o aplicativo *Zoom*, era de fácil manejo e que qualquer dificuldade que poderiam ter, poderiam solicitar o auxílio que eu estava a disposição para isso e tentaria auxiliar no que fosse possível. Outro fato que aconteceu neste município, é a questão de que há uma grande rotatividade de profissionais na unidade de saúde. Por este motivo, entre o período que recolhi os contatos e o contato realizado com estes, alguns deles já não estavam mais trabalhando na unidade, ainda que responderam de maneira bastante atenciosa. Como era o primeiro contato, também foram utilizadas estratégias que pudessem de alguma forma me “aproximar” mais das pessoas. Uma delas, foi iniciar a conversa me apresentando e informando que quem havia indicado seu contato havia sido a enfermeira da unidade. Apresentava também o motivo pelo qual estava fazendo o contato e muitas vezes utilizava da ferramenta do áudio para explicar melhor como funcionaria a entrevista, de forma a não ficar apenas na linguagem escrita e que a pessoa pudesse ter acesso a outro tipo de aproximação através da voz. Após explicar de forma sucinta um pouco sobre a pesquisa e a possível participação, enviava o e-mail com o Registro de Consentimento Livre, onde havia as informações mais detalhadas.

O desafio posterior a esse foi o do agendamento das entrevistas. Assim, ainda que iniciadas as entrevistas deste município antes dos profissionais da capital, estive até o final do processo de realização em negociação para a marcação de algumas delas. Havia a preocupação em não sobrecarregar ainda mais os trabalhadores no seu trabalho, mas também se colocava uma tarefa difícil ao pesquisador de retomar diversas vezes o contato, buscar o agendamento das entrevistas sem ser desrespeitosa e insistente.

Paralelamente, havia o processo de Porto Alegre. Na capital, após a aprovação do Comitê De Ética da ENSP, foi necessário também passar pelo comitê de ética da própria secretaria de saúde do município. Como estava em contato com a coordenação da Atenção Básica da própria secretaria, elas também auxiliaram na mediação entre qual a Unidade Básica seria interessante realizar a pesquisa. A escolha da unidade foi feita pelo fato da mesma ser uma das que são geridas pelo próprio município e não administradas por Organizações Sociais ou terceirizadas, como tem acontecido na rede municipal de Porto Alegre. Eu havia comunicado à responsável da secretaria sobre minha passagem em uma das unidades em um ano anterior, durante meu percurso na Residência em Saúde Mental Coletiva. A gestora, indicou a unidade e realizou a mediação com a gerência distrital e sequentemente com a coordenação da unidade de saúde. Quando feito contato com a unidade de saúde, a coordenadora já estava a par sobre a pesquisa, e foi enviada a ela o documento de aprovação no comitê de ética. Ela se comunicou com a equipe e retornou posteriormente para que eu entrasse diretamente em contato individualizado com as profissionais pelo *WhatsApp*. Com o grupo de profissionais de Porto

Alegre, a comunicação foi fácil e bastante tranquila para a marcação das entrevistas. Isso foi possível pois a coordenação da unidade possibilitou também que as entrevistas ocorressem durante o expediente de trabalho, o que facilitou bastante a disponibilidade de tempo das participantes. A hipótese é que a própria unidade de saúde em Porto Alegre, esteja mais habituada a participações de pesquisas do que o município do interior. Esta diferença entre a permissão para realizar durante o trabalho, também causou mudanças na própria elaboração e andamento da entrevista, como falaremos mais adiante, em relação às características da realização das pesquisas de forma remota.

Feita esta descrição, não para realizar uma comparação da qualidade do processo entre os modos de pesquisar presencialmente ou de forma virtual, mas na possibilidade de detalhar o máximo possível os passos da pesquisa, destacando as dificuldades e especificidades que os campos de pesquisa apresentaram e que, certamente, fazem parte e geram efeitos na própria produção narrativa presente nas entrevistas e na própria construção da análise e dos frutos da pesquisa.

Segue o quadro relativo a estratégias de convite de participação para as entrevistas da pesquisa:

Quadro 1- Estratégias e Desafios da realização dos convites das participantes

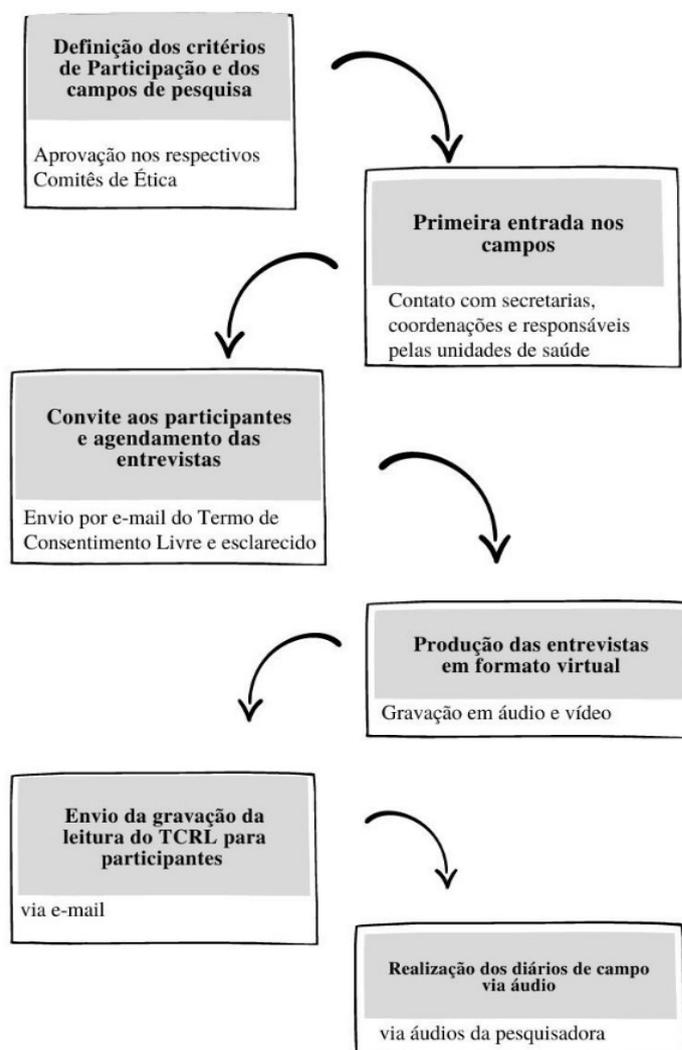
Realização dos convites de participação para entrevista em formato remoto	
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> -Convite por <i>WhatsApp</i> em grupos -Convite por <i>WhatsApp</i> de forma individual -Referenciamento de quem passou o contato -Utilização da ferramenta de áudio para maior proximidade
Desafios encontrados	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de respostas para participação de entrevistas - Pouca proximidade com os sujeitos envolvidos -Receio dos participantes no manejo de aplicativos -Dificuldade no agendamento das entrevistas

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

4.1.4 Perfil das participações nas entrevistas

A partir do processo então de contato com as unidades de saúde, convite, aceite e agendamento das profissionais nas entrevistas, foram realizadas 10 entrevistas ao todo.

Fluxograma 1- Passos Metodológicos

PASSOS METODOLÓGICOS

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Sendo 5 profissionais de cada um dos municípios, todas as entrevistadas eram mulheres e tinham idade entre 27 e 51 anos. Apesar de diversas categorias profissionais terem recebido o convite, a área da enfermagem foi a que mais teve presença significativa nas entrevistas, com a presença de quatro enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem e uma psicóloga. Isto pode ter se dado pelo maior número de profissionais desta área nas unidades de saúde. A maioria das mulheres se identificava de cor branca, havendo uma mulher negra. A seguir segue tabela com a sistematização dos dados das participantes:

Quadro 2- Dados Gerais das participantes

DADOS GERAIS ENTREVISTADAS			
Idade	Raça/cor	Profissão/formação em saúde	Atuação COVID
43 anos	Branca	Psicóloga	Trabalha na unidade de saúde desde 2009. No período de pandemia, entre fevereiro e julho houve paralisação de algumas atividades/trabalho remoto ao final deste período.
27 anos	Branca	Enfermeira	Trabalha na unidade desde março de 2019. Atuou em todo período da COVID-19.
39 anos	Branca	Técnica em Enfermagem	Trabalha na unidade desde fevereiro de 2020. Atuou em todo período da pandemia.
35 anos	Branca	Técnica em Enfermagem	Atua na unidade de saúde há 10 anos.
51 anos	Branca	Técnica enfermagem	Atua na unidade desde junho de 2012.
40 anos	Branca	Enfermeira	Atuou durante todo o período da pandemia. Entretanto, sua atuação na unidade pesquisada iniciou em setembro de 2020.
45 anos	Negra	Técnica em enfermagem	Está na unidade de saúde desde março de 2019.
27 anos	Branca	Técnica enfermagem	Trabalha na unidade há três anos.
42 anos	Branca	Enfermeira	Trabalha na unidade pelo menos desde 2019.
32 anos	Branca	Enfermeira	Trabalha na unidade desde março de 2018.

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

*Os nomes originais das entrevistadas serão mantidos em sigilo neste momento, para não identificação pessoal, conforme reservado direito segundo RCLE.

Conforme podemos observar no quadro acima, em relação à sua atuação durante o período da pandemia de COVID-19, a maioria das participantes respondeu ao critério previamente estabelecido do período de convite e comunicação com as unidades de saúde, sendo este haver trabalhado na assistência na unidade de saúde pelo menos seis meses desde março de 2020, mês marcado pela identificação como pandemia mundial. Apesar de havermos tido o cuidado de comunicar estes critérios a todas as participantes, durante a realização das entrevistas foi possível nos atentarmos a algumas especificidades desta atuação de algumas das profissionais. É o caso de uma delas em que ela atua na unidade de saúde há 13 anos, entretanto teve paralisação de algumas atividades profissionais na unidade no primeiro momento da pandemia e outra participante que também atua desde anos anteriores nos serviços de saúde da cidade, entretanto iniciou as atividades naquela unidade apenas no mês de setembro de 2020. Apesar destas questões ocorridas com essas profissionais, na revisão e análise do material colhido nas entrevistas identificamos que estas singularidades não comprometiam a qualidade

do material e do encontro destas entrevistas. Nesse sentido, entendemos que não há prejuízo pelo fato delas não cumprirem o critério anteriormente estabelecido e optamos por manter o uso do material das entrevistas. Apesar disso, podemos ver que, em geral, as participantes estão há mais tempo atuando nas unidades do que o exigido na pesquisa.

4.1.5 Pesquisa em ambientes virtuais

Como vimos, a realização de pesquisas em ambientes virtuais é uma novidade nas pesquisas em saúde, ainda que já há uso desta metodologia anteriormente ao período da pandemia (DESLANDES; COUTINHO, 2020). Devido à situação sanitária que nos encontramos durante este período, não nos interessava colocar em risco os sujeitos envolvidos no processo de pesquisa e por isso, a invenção de estratégias que possibilitem a produção de pesquisas, de forma a que se faça possível a sua realização e de que haja coleta e experiências que tenham qualidade, tornou-se necessária.

Neste sentido, optamos por lançar mão de estratégias em ambientes virtuais como forma de caminhar em nossa questão de pesquisa. Contudo, é importante entendermos que a sua realização em ambientes virtuais, ainda que ferramenta importante para nosso contexto, requer cuidados específicos na produção da pesquisa. No subcapítulo “Entrada no campo de estudo”, foi descrita um pouco deste processo de diferenciação da entrada no campo da pesquisa no formato remoto, o que gera outras necessidades e cuidados por parte do pesquisador. Portanto, não se trata apenas de uma transcrição dos métodos utilizados de forma presencial para o meio remoto e por isso nos solicita atenções específicas.

Entre estas atenções, um dos cuidados que as autoras mencionam que devemos ter, por exemplo, são os diferentes significados atribuídos às ferramentas tecnológicas entre os participantes. Por outro lado, há questões sobre o fazer, o pensar e o agir nestes ambientes. Por isso, é necessário que o pesquisador se pergunte como esses diferentes significados e diferentes formas de se relacionarem com a tecnologia interferem na interação entre os participantes da pesquisa (DESLANDES; COUTINHO, 2020). Outro fator que requer atenção, segundo as autoras, é em relação ao viés de seleção dos participantes, visto que a condicionalidade de acesso à internet e equipamentos pode enviesar o coletivo entrevistado, como vimos também no capítulo anterior. Ao vermos a descrição sobre a entrada no campo, podemos notar as diferenças possíveis em relação a uma entrada presencial. Uma delas diz sobre a própria construção de um vínculo entre pesquisador e entrevistada e o quanto a entrada nos serviços e o contato com os convidados se dão mediadas pelos aplicativos tecnológicos. Nesse sentido, é

também uma reinvenção sobre a possibilidade de afetar-se e ser afetado no processo de participação da pesquisa. Salvador *et al.* (2020) relata o risco de menor profundidade das respostas na participação de entrevistas e pesquisas em ambientes virtuais, já que este ambiente pode afetar inclusive a questão da espontaneidade e abertura para a pesquisa.

Por outro lado, o próprio andamento das entrevistas nos demonstra também as diferenças na própria produção, condução e experiência do encontro nas entrevistas. A criação de um possível vínculo de confiança entre pesquisador e entrevistados se dá de maneira diferente, há a dificuldade prática com as tecnologias e as redes de internet e celular, há a questão da privacidade do espaço onde está sendo realizada a entrevista e a maneira que se vê, por vezes, pode ser uma pequena tela de um celular. Para sistematizarmos um pouco também dos desafios, algumas informações relativas às próprias produções da entrevista estão descritas no quadro abaixo:

Quadro 3- Dados Gerais das entrevistas

DADOS GERAIS DAS ENTREVISTAS			
Participante (nomes fictícios)	Local de realização	Interferências	Dificuldade com o uso do aparelho/programa
Antônia	Trabalho	Não	Sim! Dificuldade com aparelho computador e posteriormente com a conexão do áudio.
Joana	Trabalho	Sim-entrada de colegas no primeiro momento	Primeira conexão do áudio
Elis	Casa	Sim-entrada da filha em alguns momentos	Não
Rita	Trabalho	Sim- entrada de colegas no espaço	Não
Catarina	Trabalho	Não- apenas do ambiente (espaço aberto)	Não
Verônica	Trabalho	Sim- entradas espontâneas de alguns colegas	Sim- Dificuldade de conexão com celular e uso do computador
Sônia	Casa	Sim- Presença da filha em alguns momentos	Não. Utilizou celular
Silvana	Trabalho	Sim- entrada de colegas no local	Dificuldade com uso do fone/dificuldade áudio
Renata	Trabalho	Não; apenas alguns delays na gravação por conta da internet	Facilidade de uso pela entrevistada. Baixou aplicativo anteriormente
Lia	Casa	Não	Demora um pouco na entrada no programa via computador

Fonte: Elaborada pela autora (2022)

Em relação ao local de realização das entrevistas, tivemos uma diferença importante que marcou a experiência com as profissionais dos dois municípios. As trabalhadoras de Porto Alegre foram todas autorizadas pela coordenação da unidade a realizar a entrevista em horário de trabalho e, portanto, dentro do espaço da unidade de saúde. Como podemos ver pelo quadro,

em alguns casos de entrevistas nessa situação, houve a interferência/ entrada de colegas de trabalho no local. Nestas situações, a maioria dos profissionais havia procurado salas individuais na unidade de saúde para realizar a entrevista de forma mais privativa, entretanto houve dificuldade na entrada do aplicativo ou no sinal da internet no local ou mesmo com o áudio e tiveram que realizar em uma sala onde por vezes houve a entrada momentânea de colegas. Esta situação gerou uma certa preocupação, para que a profissional não se sentisse exposta em relação aos outros colegas e que isso interferisse na qualidade da troca que estava havendo durante a entrevista.

No caso das trabalhadoras do município do interior, algumas fizeram pelo celular também em seu horário de trabalho, em algum período de intervalo de trabalho assistencial disponível. Ainda assim, houve as que participaram desde suas casas, pelo celular ou pelo computador. Nesses momentos, também houve situações onde as filhas que estavam sob seus cuidados por vezes as convocavam.

Em relação à dificuldade com o uso do aparelho ou do programa, não houve nada significativo que impedisse a realização da entrevista ou mesmo a sua qualidade. Tivemos situações no sentido de um pouco de demora ao se adentrar na sala virtual da plataforma *Zoom*, dificuldade com a conexão do áudio e com o próprio aparelho de uma das entrevistadas. Em uma das entrevistas a demora que a entrevistada teve em conseguir acessar o programa e configurar o áudio acabou limitando o tempo que ela tinha deixado disponível para sua participação. Entretanto, todas essas situações foram possíveis de serem resolvidas, o que possibilitou um bom andamento das entrevistas no quesito de uso das tecnologias dos ambientes virtuais. Além disso, houve disponibilidade de algumas participantes para baixar o programa anteriormente à entrevista. Uma situação que esteve presente, é que algumas das participantes estavam passando por processos formativos de maneira remota, o que fazia com que tivessem maior familiaridade com este tipo de tecnologia.

Em relação à gravação das entrevistas em áudio e em vídeo por parte da pesquisadora também não houve problemas e todas foram realizadas com sucesso.

4.1.6. Os encontros possíveis adentro das telas

Para além da questão das condições mais concretas da condição de realização da pesquisa, como é o caso do acesso a internet ou possíveis interferências dos locais de onde a pessoa realiza sua presença na videochamada, há ainda as diferenças possíveis entre o que se produz no espaço de encontro entre a pesquisadora e as participantes. Afinal, esta também era

nossa proposta: a proposição de uma possível experiência gerada entre os sujeitos (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). E na experiência de encontro entre sujeitos, como já vimos, há surpresas, há afetos e diversas possibilidades. Trago agora, então, um pouco desta experiência, que também teve registro por parte da pesquisadora, a partir dos áudios realizados como forma de diário de campo, onde eram colocadas todas as sensações, percepções e afetos presentes após cada uma das entrevistas.

Éramos, então, mulheres, que abríamos espaço em nossas casas ou em seus locais de trabalho para nos escutarmos, nos ouvirmos umas às outras. Este pode ser um ponto importante para a produção de um encontro- muitas vezes, se mostravam, mesmo sem nos conhecermos, nossas casas, nossas filhas e, portanto, nossa intimidade, para uma pessoa não conhecida. Havia também a novidade do lugar de pesquisadora, acrescido de uma estranheza dos encontros via telas de computadores, principalmente nas primeiras entrevistas. Pude notar certa diferença neste sentido em relação a este conhecimento prévio de algumas entrevistadas que havia tido contato superficialmente, mas de forma presencial, que ainda que já tivesse visto uma única vez de forma presencial, isso gerava uma outra entrada e outra vinculação no momento da entrevista. Esta também era uma outra diferença que nos gerava novidades: minha presença ali não como colega profissional da rede, mas na figura de uma pesquisadora. Assim, percebi que as participantes que eu nunca havia encontrado anteriormente, demandavam mais tempo para sentirem-se mais confortáveis e abrirem suas histórias. Além disso, a própria situação de gravação de câmera e vídeo também podia ser uma interferência em relação a algum constrangimento, ainda que tenham dado a permissão para tal registro.

Neste sentido, o primeiro momento de leitura do RCLE e as primeiras questões de identificação das entrevistadas, além de sua rotina de trabalho, abriam espaço para uma possível vinculação e para as participantes se sentirem mais confortáveis. A novidade de manejar uma entrevista e acrescido disso, em formato remoto, não era a das mais confortáveis: lidar com os silêncios que se faziam presentes muitas vezes em um aplicativo que parecia que deveria ser sempre preenchido com vozes, foi um aprendizado durante o processo. Deixar que ele aparecesse e se fizesse presente. Talvez uma dificuldade que fosse mais comum no encontro presencial. Ao mesmo tempo, este silêncio também era indicador de uma possibilidade da participante ocupar este espaço de fala, conforme Tedesco, Sade, Caliman (2013):

“A diminuição do ritmo das palavras e ainda falas entrecortadas de pausas e silêncios também são indicativos da abertura à construção da experiência em curso, uma vez que aquilo que está para ser dito não está predeterminado” (p. 305)

Ainda nesta direção, ao lembrarmos que a pesquisa tem como objeto a produção de

subjetividade e a vivência dos trabalhadores durante a pandemia, podemos inferir que as narrativas das profissionais tiveram muito de seus afetos, fatos íntimos, alegrias, mas também muito sofrimento ao vivenciar um momento histórico tão doloroso em nosso país. Esse então, também se torna um dilema da posição da figura da pesquisadora, que se torna testemunha destes relatos, muitas vezes da ordem do sofrimento, mas que é acionada a dar uma acolhida ao que escuta. Mas, ao mesmo tempo, uma preocupação em não tornar a entrevista, um caminho pronto, mas algo que se produzia entre as duas pessoas presentes. Isto é, o interesse em não podar, não direcionar a narrativa, um desafio para a produção de entrevistas de caráter aberto.

Estas dúvidas e inseguranças foram se modificando aos poucos, com a própria habitualidade da pesquisadora com o formato virtual dos encontros, com o roteiro de perguntas e com a sempre necessária releitura do projeto e seu referencial teórico.

Uma preocupação que esteve presente no desenvolvimento da pesquisa e que podemos considerar uma característica do formato virtual, é a passagem do tempo dos encontros. Tivemos entrevistas com duração entre 25 minutos e 60 minutos e considero que, por vezes, por demandar mais tempo para esta construção de vínculo neste formato, diferentemente do presencial, pode haver o que Salvador *et al* (2020) falavam, no risco das profundidades das entrevistas e que talvez, a vivência presencial possa criar com mais facilidade este ambiente e abrir mais questões.

Ainda que essas dificuldades façam parte do formato virtual, neste modo diferente de se encontrar, a criação de um vínculo foi possível. Nestes momentos, pudemos ter trocas de expressões de surpresa, de preocupação, de tristeza ou de emoção, cansaço, alegria e potência, o que é necessário para uma pesquisa na qual se propõe a pensar sobre a produção de subjetividade. Além disso, no acontecimento do encontro entre pesquisadora e participantes, e a partir das próprias expressões, que se tem uma presença ativa que nos contagia e que se possa ter esta dinâmica de afetação, conforme nos diz Spinoza (SPINOZA, E. III) e que é importante, nesta possibilidade, de haver uma experiência.

Apesar de que, por vezes, tenha tido um primeiro estranhamento em relação ao compartilhamento de suas narrativas no formato entre as telas, conseguiu-se, na maioria dos encontros, criar um ambiente seguro com as participantes. Mas, muitas vezes, na última pergunta a pessoa já se sentia mais à vontade e tranquila para compartilhar mais e muitas vezes vários elementos novos eram trazidos quando se perguntava se “gostaria de contar ou falar mais alguma coisa”. Todas as participantes se colocaram muito disponíveis para a participação e solidárias com o desenvolvimento da pesquisa. Ao final, todas se colocaram disponíveis para ajudar no que fosse preciso e muitas vezes, nas mensagens de *WhatsApp* mandavam retornos

positivos sobre a participação e agradecimentos, o que nos faz pensar como é importante um espaço de escuta para estas profissionais e as histórias que carregam.

Um último fato que considero importante, nesta perspectiva, é que várias foram as entrevistas que terminaram com uma sensação muito prazerosa, o que me faz pensar que ainda que mediado por estas novas tecnologias, nós, sujeitos, criamos e nos reinventamos e os encontros potentes se fazem possíveis.

4.2 ANÁLISE

Após a produção das entrevistas, o passo seguinte foi a transcrição de cada uma delas para que pudéssemos iniciar sua análise. Todos os áudios gravados pela pesquisadora como forma de realizar um diário de campo, também tiveram o processo de transcrição realizado.

A análise das entrevistas foi feita a partir da inspiração teórico- metodológica de Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, propostos por Mary Jane Spink (2013). Spink constrói uma proposta a partir de uma abordagem construcionista, entendendo que as práticas discursivas são centrais na análise desta abordagem. Segundo a autora, as práticas, são um caminho de entendimento dos sentidos cotidianos e tratam-se de ações, linguagens e contextos que expressam uma variedade de produções sociais.

Neste sentido, ao nos interessarmos pelas práticas dos profissionais e as produções subjetivas, bem como os sentidos que a prática conduz sobre o cuidado, entendemos que este referencial, poderia ser um caminho coerente para a análise do material dos encontros com as profissionais.

A abordagem de Spink, então, se propõe a realizar uma análise das produções de sentidos. Para o entendimento sobre os sentidos que são produzidos no cotidiano, portanto, considera-se sentido

Uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas- na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas- constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (p. 22).

Desde aí, já podemos notar algumas coisas: Trata-se de uma perspectiva teórico- metodológica que considera a linguagem como uma produção social e não apenas como um mecanismo individual e por outro lado, considera esse processo dialógico como um movimento dinâmico, localizado no tempo e em constante produção. Portanto, as práticas discursivas, que expressam a produção social é um caminho para o entendimento desta produção de sentido, que também dialógica, permite uma elaboração, um entendimento sobre os fenômenos do cotidiano.

Assim, temos um caminho interessante para pensar o cuidado cotidiano em saúde e a produção de memórias deste tempo singular na saúde pública.

Esta perspectiva, portanto, de que a linguagem é uma prática social, é o que a autora chama de “Linguagem em uso”, do qual está ancorada esta abordagem de análise. Assim, na produção desta linguagem estão tanto os aspectos mais performáticos, como o contexto social e interacional que dão condição para a sua produção. Colocam-se na produção da linguagem em uso, deste modo, tanto os discursos, tomados como enunciados mais institucionalizados, que permanecem no tempo num estrato específico, próximos ao que Bakhtin chama de gêneros do discurso (BAKHTIN, 2003), como as práticas discursivas, que diferentemente, são práticas de produção de sentido, pois permitem ressignificações, rupturas. É no próprio uso da linguagem, em sua ação que convivem aspectos da ordem e da diversidade, convivência esta que configura a prática discursiva. Nesta direção, compõem as práticas discursivas a dinâmica (as múltiplas vozes), as formas e os conteúdos (chamados repertórios interpretativos).

A proposta de realização de entrevistas com profissionais trata-se de produzir práticas discursivas e, portanto, produzir ações e sentidos. Esta abordagem também tem um entendimento sobre as práticas discursivas e produção de sentido a partir do tempo e da história. Isso significa que convivem sentidos antigos e novos – dos conceitos culturais desenvolvidos ao longo da história, como a experiência da pessoa em sua vida pessoal e suas relações afetivas e os processos dialógicos que se dão no momento da fala. Portanto, há regularidades nos discursos, bem como polissemias.

Considera-se também a noção de pessoa como em relação, no espaço da intersubjetividade, onde cabem a linguagem verbal e não-verbal e na perspectiva de observar as práticas discursivas entre o que é universal e o particular, bem como o que há de consenso e diversidade. Como vimos, ainda que com desafios no formato remoto, estes aspectos intersubjetivos foram possíveis de serem vivenciados e identificados, e por isso, fazem parte também do processo de análise das entrevistas. Neste sentido, a gravação em vídeo deste momento também teve esta função, no intuito da pesquisadora poder retornar aos registros imagéticos relacionadas às expressões, gestos e olhares presentes.

Dito isto, é importante ressaltar que a possibilidade de realizar a análise sobre as práticas discursivas e a produção de sentidos feitos pelos trabalhadores não é uma tarefa que possa ter uma completude em sua realização, visto que a interpretação é algo que não se acaba (SPINK, 2013). O que se coloca como uma necessidade, portanto, em relação a um rigor científico nesta perspectiva é a apresentação, a explicitação e compartilhamento de todo processo de interpretação e, portanto, nossos passos de análise.

Para dar conta do processo de análise de entrevista, se utilizou a produção de categorias de análise, entendemos que estas são produzidas através do tensionamento entre as informações colhidas na revisão bibliográfica e aproximação teórica com o tema, com os materiais produzidos no desenrolar da pesquisa (SPINK, 2013). Após a transcrição de todas as entrevistas, o primeiro passo feito pela pesquisadora foi de fazer uma primeira leitura livre das transcrições, já apontando no corpo do texto, comentários a partir das primeiras tentativas de categorização do conteúdo das falas que surgiam nas entrevistas e reflexões que vinham à tona. Esta primeira leitura, era exercício bastante livre de um primeiro olhar, espontâneo sobre o material colhido. Este também foi realizado, como exercício livre e fluído, com comentários nos textos das transcrições bem como nos áudios gravados, com as percepções da pesquisadora sobre as entrevistas.

Neste momento, interessava, sobretudo, uma aproximação com o material da pesquisa, para a partir da intimidade criada com este conteúdo, pudéssemos chegar enfim, às categorias de análise da pesquisa. A transcrição sequencial foi realizada a partir da referência de Spink (2014). Tem como intuito ser primeira aproximação com o material de pesquisa para auxiliar na definição das categorias na elaboração dos mapas dialógicos. Realizada a transcrição sequencial de todas as entrevistas, foi realizada uma listagem geral de todos os temas encontrados. Essas estratégias de análise foram utilizadas de maneira que não se fechassem em si próprias, mas de forma que se possa fazer uma construção conjunta com o campo de pesquisa, com a possibilidade da redefinição de categorias e de interpretação e complementaridade entre elas.

A partir da transcrição sequencial e da identificação das temáticas presentes nos discursos, pudemos realizar esta tarefa, então, que nos propõe Spink, um tensionamento entre o material colhido na revisão bibliográfico, as categorias prévias que havíamos imaginados anteriormente a entrada no campo e as temáticas que apareceram nos discursos das entrevistas coletadas. Assim, realizamos uma análise comparativa considerando: os objetivos da pesquisa, o referencial teórico, as categorias de análise previamente definidos e as temáticas identificadas nos discursos das entrevistas.

Finalmente, para a sistematização do processo de análise das entrevistas optamos por lançar mão do instrumento de pesquisa chamado “mapa de associações de ideias” (SPINK, LIMA, 2013). Os *mapas de associação de ideias* são estratégias de sistematização a partir da visualização para possibilitar melhor processo de interpretação e facilitar a comunicação. A construção dos mapas é feita a partir da criação das categorias construídas para logo organizar os conteúdos em relação a estas categorias. A ordem das falas é preservada e pode ser feita

com parte das entrevistas ou com suas totalidades de acordo com a necessidade de visualização das construções das práticas discursivas e produção de sentidos analisadas. Entendemos que isto seria uma estratégia importante na compreensão e sistematização dos registros dos encontros com as profissionais e o exemplo de formato do mapa de associação de ideias utilizados para análise, pode ser visto no **Apêndice C**. Abaixo segue sistematização da justificativa do uso dos mapas:

Quadro 4- Justificativa do uso dos Mapas de Associação de Ideias

JUSTIFICATIVA USO DOS MAPAS DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS			
Instrumento	Título da Pesquisa	Objetivos da Pesquisa	Explicação/justificativa do uso do mapa de associação de ideias
ENTREVISTA REALIZADA DE FORMA REMOTA	Produção de subjetividade em profissionais da saúde da Atenção Primária no cuidado realizado em contexto de pandemia de COVID-19	<p>Geral: Identificar as expressões da produção de subjetividade em profissionais da saúde da atenção primária, quanto ao cuidado em saúde realizado no contexto de pandemia de COVID-19.</p> <p>Específicos: Identificar os afetos e percepções presentes nas narrativas dos trabalhadores em relação à produção do cuidado durante a pandemia de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar os sentidos dados à produção de cuidado pelos profissionais que atuaram durante a pandemia de COVID-19. - Investigar se foram identificadas mudanças na produção do cuidado por parte dos profissionais de saúde que atuaram durante a pandemia de COVID-19 	<p>O mapa de associação de ideias será usado para que se possa organizar e sistematizar os repertórios linguísticos utilizados pelos entrevistados, com o fim de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visualizar questões que aparecem na especificidade da produção do cuidado no período de pandemia de COVID-19; - Identificar se há repertórios linguísticos comuns ou as diferenças presentes que se fazem na construção de uma perspectiva de cuidado; - Explorar a dinâmica da construção de sentidos sobre o cuidado durante este período

Fonte: Elaborado pela autora (2022) a partir de Spink (2014), p. 257.

Fluxograma 2- Sistematização dos passos de análise



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

A partir do exercício de análise comparativa entre as categorias prévias, foram realizadas as primeiras tentativas de construção dos mapas de associação de idéias, conforme o quadro exposto. Nesta primeira tentativa as categorias utilizadas foram as seguintes:

Quadro 5- Categorias para realização dos mapas de associação de ideias

CUIDADO REALIZADO EM CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID 19	Produção do Cuidado
	Afetos
	Sentido do cuidado
	Gestão do cuidado
	Narrativas do cuidado

A chegada nestas primeiras categorias se deu também, no entendimento de que, apesar de que o material sobre a experiência das profissionais durante o cuidado na pandemia ser de uma riqueza de experiências, preocupa-nos, neste momento, as expressões da produção de subjetividade na realização deste cuidado. Neste sentido, foi necessário a criação de categorias mais amplas que pudessem nos auxiliar a compreender os sentidos produzidos pelos profissionais neste direcionamento temático. Este primeiro exercício de elaboração do mapa de associação de ideias não se dá de maneira pronta desde a priori. Por isso, é na própria tarefa de sua elaboração e na criação de uma intimidade com os repertórios linguísticos presentes, que vamos identificando também a própria elaboração dos mapas com maior qualidade.

Por conseguinte, no percurso de análise de cada uma das categorias, novas reflexões e conexões foram se dando e, portanto, serão apresentados os principais repertórios linguísticos e sentidos identificados. Para isso, cabe uma breve explicitação da parte que segue desta dissertação.

A partir dos encontros que ocorreram com as profissionais, será, em um primeiro momento, apresentado a identificação e caracterização das principais mudanças na produção do cuidado a partir da COVID-19 e que geraram impactos nas narrativas das profissionais em relação à produção subjetiva. Portanto, serão apresentadas as principais alterações na organização, na produção e na gestão do cuidado identificados. Nesta direção, esta primeira parte também localiza e caracteriza um pouco da vivência da pandemia em cada um dos municípios, explicitando suas singularidades e práticas comuns. Após esta primeira caracterização, entraremos com mais atenção para a produção de subjetividade e por fim, os sentidos identificados sobre o cuidado.

5 A PRODUÇÃO DO CUIDADO DURANTE A PANDEMIA- CARACTERIZAÇÕES DO TRABALHO EM SAÚDE NOS CAMPOS DE PESQUISA

5.1 “ Aqui a gente acaba atacando em todas as pontas”: O TRABALHO NA APS

A vivência da pandemia, como já dito, passou por diferentes momentos. Desde sua identificação, as organizações de saúde foram demandadas a se reorganizar para dar conta de prestar assistência à saúde para a população, ainda que com uma nova situação de alta contaminação pelo vírus. O que temos traçado nesta pesquisa, é como as formas de trabalho em saúde, ou como as práticas de cuidado em saúde podem produzir processos de subjetivação nos profissionais na saúde. Portanto, para pensar e refletir sobre esta questão é necessário, primeiramente, entender se houve a identificação de fato de uma mudança na forma da produção do cuidado e que possa haver atravessado a produção subjetiva. Neste capítulo, apresentaremos o que, nos repertórios teóricos trazidos pelas participantes, foi visto como processo de produção do cuidado e suas especificidades identificadas durante o período de pandemia. Por outro lado, também aparece neste capítulo, as características locais da produção do cuidado em cada uma das localidades onde foi realizada a pesquisa. Trata-se, portanto, de uma localização e caracterização do trabalho da APS vivenciados pelas participantes, e, portanto, não tem como intuito, discutir as diversas dimensões da APS, vivenciados pelas profissionais durante este período.

Em primeiro lugar, podemos pensar, então, que lugar é este da Atenção Primária à Saúde em cada uma das localidades pesquisadas? A fala que nomeia o título deste subcapítulo foi anunciada por Rita, uma de nossas entrevistadas e talvez sintetize grande parte do que de fato, trabalhadores da saúde na atenção básica vivenciam: São trabalhadores do cuidado em diversas frentes. Como é sabido, a Atenção Primária à Saúde é a primeira porta de entrada do sistema de saúde, que organizado em níveis de atenção, desenvolve neste nível, atividades de proteção à saúde. Cabe a este nível de atenção, o trabalho em equipe com o fim de ser resolutiva e trabalhar na prevenção, tratamento e reabilitação de situações de saúde. Neste sentido, está carregada da função de atender as situações mais comuns de saúde de um território. Ainda que não há procedimentos e ferramentas exclusivas deste nível de atenção, o que a APS faz, acaba por organizar os outros níveis de saúde, já que pode ser importante na resolutividade dos casos e redução da frequência de internações hospitalares por certas condições, através de seu trabalho mais próximo das comunidades (STARFIELD, 2002). Diante disso, há uma diversidade de procedimentos e atividades, entre elas a educação em saúde, a atenção direta aos usuários dos

serviços, entre outras. É também muito do que escutamos de nossas entrevistadas ao perguntarmos “*o que você faz no seu trabalho?*”. Ao questionarmos isso, grande parte das entrevistadas trouxe a diversidade das práticas presentes na rotina de uma Unidade Básica de Saúde.

As respostas a esta pergunta traziam grande parte do manancial de possibilidades de atuação em uma unidade: a atenção assistencial dada a todas as idades, o acolhimento, aferição de pressão, a vacinação, triagem, a recepção, a troca de receitas, a possibilidade da realização de visitas domiciliares, da realização de curativos, consultas de pré-natal, cuidado a lesões crônicas, a presença de escalas fixas no processo de trabalho de equipe, o trabalho administrativo de agendamento de consultas e exames, entre outros processos. A fala de Joana pode exemplificar um pouco da diversidade de responsabilidade de cuidado:

“Aqui a gente atende todos os programas do município do Ministério da Saúde, na verdade, e a gente faz acolhimento, saúde da mulher, puericultura, visita domiciliar, a gente participa das redes de atendimento da saúde da criança e adolescente, que são redes intersetoriais, não é? De cuidados. Participo do comitê de mortalidade infantil aqui pela nossa gerência e a gente com formação de enfermeiro, a gente aqui também atua na questão de liderança de equipe, de organização de escalas, e de outras atividades relacionadas com a questão de cuidado.” (Porto Alegre)

A fala de Joana nos traz algumas considerações sobre a prática de cuidados na APS: Uma delas, é a de que há uma diversidade grande de ações sob responsabilidade do serviço territorial. Outra delas, é que há uma especificidade em algumas categorias profissionais, como é, neste caso, na enfermagem. Por fim, nos traz também como o local em que está inserido seu local de trabalho, se articula em rede, com outros serviços territoriais, demarcando também uma especificidade territorial.

No que tange a questão da especificidade do local, este nos parece ser uma importante questão que marca a produção do cuidado e seus efeitos, bem como a produção de subjetividade em relação ao trabalho de cuidado na APS. Se por um lado, a partir da fala de Joana vemos que há na Capital um trabalho possível a ser realizado a partir de uma rede de cuidados, presente nos territórios, nos conduzindo a pensar que há um conjunto de equipamentos responsáveis pelo cuidado; por outro, na cidade do interior, também campo desta pesquisa, a configuração da rede, e, portanto, do trabalho, se configura de forma bastante diferente. É o que demonstra a fala de Renata:

“...aqui eu sou enfermeira da UBS, aqui na verdade é um pronto atendimento. É Unidade básica, não é? Mas como é a única do município, trabalho aqui com pronto atendimento também. [...]aqui, a gente atende toda a demanda, desde uma troca de um paciente que vem para trocar uma receita, até um paciente que esteja infartando,

um trauma. ” (Cidade do interior)

A partir do relato destas profissionais, podemos ver que, ao contrário da capital, justamente pelo fato de não possuir uma rede de atenção à saúde com maior número de equipamentos nos diferentes níveis de atenção, ou seja, a produção do cuidado na APS perpassa também a atuação em nível de urgência e emergência. Neste sentido, uma das práticas trazidas também pelas profissionais da APS da cidade de pequeno porte e que parece ser notória, é a de remoção de pacientes para outros municípios nos casos de necessidade de diferente demanda de complexidade no cuidado. Outra questão trazida, é que devido a este formato de rotinas de atendimento- tanto as funções de AB, como as de Urgência e Emergência- há maior rotatividade de profissionais e por isso não há nem uma rotina fixa, tampouco uma equipe fixa, conforme nos trouxeram a Renata e a Antônia.

Nos parece importante elucidar aqui, a rotina de produção de cuidado nos diferentes territórios, no intuito de reconhecermos as diferentes experiências de APS presentes no estudo, para então, podermos entender com maior rigor como se deu as mudanças que ocorreram no processo de trabalho, a partir do reconhecimento da presença da pandemia de Covid-19, o que nos dedicaremos a analisar a partir de agora.

5.2 “*Estava tudo suspenso*”: ALTERAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Se, como vimos, a Atenção Primária é este espaço de produção de um cuidado amplo e abrangente em diversas demandas da população de seu território, com o advento da pandemia as Unidades de Saúde tiveram que se reorganizar para realizar a assistência para os territórios. Como relatado anteriormente, ainda que a centralidade da esfera federal tenha sido a do cuidado hospitalar, as unidades básicas de saúde seguiram realizando seu cuidado, com as novas alterações, como a trazida no subtítulo por Renata. Apesar dos diferentes enfoques na saúde, também foi visto que grande parte das Unidades de Saúde tiveram suas readaptações. Entre elas, a mudança de horários para evitar aglomerações e contágios esteve presente (GIOVANELLA *et al.*, 2021) ou a adoção de novas ferramentas de saúde anteriormente pouco utilizadas, além da presença maior de protocolos e notas técnicas diariamente (BARBOSA; SILVA, 2020). Este tipo de alteração no processo de trabalho esteve presente entre as produções discursivas de nossas entrevistadas.

Nas entrevistas realizadas com as profissionais, observamos um repertório linguístico

que traz o caráter adaptativo que as organizações tiveram que construir para dar conta de uma situação inédita na trajetória das profissionais. Neste repertório, elas trazem algumas das mudanças na organização do processo de trabalho. Como disse uma de nossas participantes *“Teve todo um novo fluxo de atendimentos, para questão do cuidado em si, individual e coletivo, tanto da equipe quanto dos usuários que acessavam a unidade”* (Verônica). Neste sentido, o caráter preventivo de disseminação da infecção por COVID-19 demandou diversas mudanças, em diversas frentes. Nas entrevistas, notou-se alterações tanto nos espaços físicos da unidade, impedindo a circulação do vírus, quanto nos fluxos de atendimento, como também nos processos de triagem e acolhimento, como relata uma das profissionais:

“Então, se mudou o fluxo de acolhimento, se mudou o fluxo de triagem, então, várias coisas que aconteciam quando o paciente passava para o atendimento médico, passaram a ser feitas dentro do consultório médico, não é? Porque a gente tinha muitas pessoas transitando com sintoma respiratório, então, a gente não podia pesar e medir os bebês na sala que a gente atendia os pacientes com sintomas respiratórios para sentir no oxigênio, enfim. Então, a gente teve que fazer toda uma adequação de equipe” (Joana)

Houve também a paralisação das atividades de grupos presenciais, a mudança na organização das escalas de trabalho, devido a necessidade de proteção dos profissionais que não podiam circular nas diferentes áreas da unidade (trazido por Silvana), a necessidade de acompanhar os protocolos de cuidado vindo dos órgãos competentes, a restrição das visitas domiciliares realizadas pela equipe, eis algumas das alterações na organização do trabalho nas Unidades pesquisadas. A profissional da Psicologia, por exemplo, trouxe a paralisação das suas atividades por um período de 5 meses em sua atuação (Lia).

Observa-se também um repertório linguístico das profissionais que tem a ver com a necessidade do uso da EPI nas unidades de saúde. Profissionais relatam a criação de uma nova rotina de uso de máscara no serviço (relatado por Renata), para que houvesse maior proteção de si.

No que tange às especificidades de cada território, na cidade do interior, aparece um discurso por parte de algumas das participantes que marca um importante lugar do “Serviço de Epidemio”, composto por uma enfermeira mais uma técnica de enfermagem (segundo Renata) e demonstrando uma configuração diferente de Porto Alegre, que não trouxe esta prática como responsabilidade da própria unidade.

“A gente tem também uma equipe que atende o pessoal quando é suspeito covid que é a equipe da “epidemio”. [...] A gente faz o atendimento inicial, nós que estamos no posto e depois essa pessoa ela é direcionada para a equipe da “epidemio” que faz

toda uma triagem da pessoa, da pessoa, da família para investigar, a contaminação da onde que vem e tentar que ela estacione, não é? Ali onde ela estiver. Mas aí já é mais parte da equipe da “epidemia”, não é? A gente faz mais o atendimento ali dentro do posto que seria quando uma pessoa procura um médico, com um sintoma que aí a gente orienta se é suspeito caso covid. A gente já faz todas as orientações, de fazer o isolamento, de tentar manter o distanciamento, evitar sair de casa, receber visita, a gente faz toda essa orientação básica, mas, depois quem finaliza o caso é o pessoal da “epidemia” (Sônia- Cidade do interior).

Este discurso, demonstra também, o caráter de orientação de oferecimento de informações por parte das profissionais de saúde na produção de cuidado durante este período, informando sobre o isolamento, o distanciamento e orientações de saúde necessárias para uma situação de saúde nova para a população dos territórios.

Ainda que a experiência territorial tenha suas especificidades, vimos relatos comuns de alterações no processo de trabalho. No discurso das profissionais, a suspensão de atendimentos comuns na unidade, foi uma marca importante no seu repertório linguístico, como podemos ver no trecho a seguir:

“A pandemia nos tirou muito tempo, tirou porque a gente diminuiu muito a consulta, não é? A gente passou a atender só urgência e emergência, “emergencionou” no período que tinha mais casos da pandemia. Então era só urgência e emergência, “gineco”, ginecologistas, atendeu só gestantes, pediatras não teve consultas eletivas, psiquiatra não teve muito, a psicóloga não estava atendendo, nutricionista suspendeu. Então, assim, muitos profissionais não estavam atendendo, a gente estava mais para urgência e emergência mesmo. Então mudou, a ecografia tem a médica que vem e faz ecografia aqui. Então, estava tudo suspenso, troca de receita era mais via telefone, solicitava por telefone. Então, só estava vindo quem tinha extrema necessidade.” (Renata- Cidade do Interior)

Vê-se, assim, que há uma mudança na organização dos atendimentos de rotina que a unidade possuía. A priorização e a avaliação da escala de risco para priorização dos casos foram alteradas, suspendendo, por ora, as consultas eletivas e as atividades de acompanhamento de não-urgências, para uma demanda de uma complexidade de atenção mais voltado para a urgência e emergência. Repete-se nos discursos, a necessidade de nova organização entre as demandas de cuidado, da que o posto realizava anteriormente à pandemia e que, continuavam acontecendo, isto é, demanda advinda de uma situação de mitigação dos efeitos de contaminação da pandemia, como relata a profissional da capital:

“E assim, os pacientes eles continuavam com as suas demandas que não eram as demandas de covid, não é? De problemas respiratórios. Claro, que bom. Hoje: ‘Ah, eu preciso fazer meu CP, preciso coletar, preciso fazer mamografia, preciso fazer exames de rotina.’ Não é o momento, mas, tem outras demandas que são demandas que são tão bem imediatas que não ‘tu’ poderia deixar, não é? Deixar de atender”. (Joana- Porto Alegre)

Como também complementa a profissional do interior, com um discurso que marca que a preocupação com as situações de saúde-enfermidade comuns seguia, apesar das mudanças:

“Só que o fluxo de pessoas diminuiu muito de atendimento. Porque aí, o que aconteceu? E outra coisa que a gente percebeu, quando teve a pandemia diminuiu muito o fluxo de pessoas com outras coisas. Aí é uma questão que eu me pergunto: ‘E onde que estavam essas pessoas?’.” (Antônia)

Giovanella *et al.* (2021) apontam que esta foi uma situação que ocorreu em diversos países na Atenção Primária à Saúde na América Latina. Uma das razões é também a forma de trabalho que sofreu restrições devido ao contágio entre profissionais, entretanto, a razão maior foi o intuito de prevenção ao contágio do vírus. Em países como Bolívia e Colômbia, inclusive, este direcionamento teve uma significativa abrangência, na medida em que se deu centralidade à manutenção apenas das necessidades de urgência e emergência. No Brasil, também houve esta característica da suspensão de atividades da Atenção Primária e importante desaceleração dos programas convencionais de proteção e prevenção de doenças (GIOVANELLA *et al.*, 2021). Neste sentido, podemos entender a partir destes discursos que houve um giro importante na produção do cuidado na APS durante o período da pandemia: Se tradicionalmente ela foi desenhada para realizar um cuidado territorial de maneira preventiva e no cuidado continuado, no período de pandemia, esse seu caráter foi alterado em razão da necessidade abrupta de mitigar a contaminação por COVID-19 e seus efeitos. As narrativas trazidas pelas profissionais relatam a necessidade de dar prioridade aos atendimentos de urgência e mediar as demais necessidades dos usuários, como relata Catarina:

“Era muito paciente e é uma demanda muito grande, e a gente não tinha condições, porque a gente precisava de uma sala para deixar esses pacientes. A gente precisava estabilizar esses pacientes até o SAMU chegar então, a gente realmente limitou porque se tu não tinha uma demanda aguda, naquele momento, tinha que ficar em casa, não é? Que era a orientação. Então a gente pedia que eles voltassem para casa e voltasse num outro momento quando fosse liberado a maioria dos pacientes até que entenderam bem, procuravam mais em função de quadros respiratórios, muitos pacientes graves que a gente teve bastante intercorrência quando teve o auge assim.” (Porto Alegre)

Assim, vemos no repertório linguístico presente nas entrevistas, que a diferença da complexidade do cuidado envolvido, aparecia já na própria procura e chegada à unidade. Ou seja, os usuários acessavam a unidade apenas quando a situação de saúde exigia atenção em urgência e/ou emergência, conforme exemplifica Joana:

“A gente tinha uma quantidade muito grande, às vezes, 90 por cento das pessoas que estavam aguardando atendimento eram sintomáticas respiratórias. Então, eram pacientes que, às vezes, chegavam saturando bastante porque assim, a comunidade

não tinha assim: ‘Ah, tu precisa ir para uma outra emergência, não é? Porque ‘tu’ está saturando baixo. A gente chamou o SAMU, mas o SAMU, mas o SAMU vai demorar.’” (Porto Alegre).

Em síntese, podemos entender, em concordância com Catarina que “*Até eu vou te dizer, que a gente fez muita coisa para uma Unidade de Saúde*” (Porto Alegre) ou com o relato de Rita em relação ao território: “*aqui tava quase virando uma UPA, sabe? O posto é localizado ‘aonde’ tem muita população, e, às vezes, na emergência eles não iam e acabavam vindo aqui*” (Porto Alegre).

Com esta diferença, aparece também um discurso marcado por certas modificações na própria relação de produção do cuidado na relação com os usuários. Silvana, por exemplo, relata de um lado, que o atendimento acabava ficando mais municioso, no sentido de avaliar o diagnóstico para COVID-19 ou se seria o caso de outro quadro de saúde, mas que por outro lado houve perda de proximidade do profissional e que o atendimento ficou muito mais objetivo. Já outras trazem que não houve mudanças, apenas readaptações, como é o caso de Renata. Assim, vemos que ainda que, por exemplo, o município do interior esteja mais habituado a receber situações de urgência e emergência, este foi um repertório linguístico de surpresa em relação à alteração da complexidade das ações que atingiu as duas equipes dos dois municípios.

Todavia, no discurso das participantes, podemos notar as diferentes estratégias criadas na produção do cuidado durante este período. A profissional psicóloga entrevistada, Lia, por exemplo, articulou a possibilidade de retornar com os atendimentos paralisados em um primeiro momento a partir da utilização dos meios de comunicação como as vídeochamadas e ligações. Ela relata que nos casos em que as famílias não tinham acesso à internet, foi retornando aos poucos os atendimentos presenciais. Um outro exemplo sobre o uso das tecnologias, foi de Renata, responsável por acompanhar um grupo de pessoas ostomizadas que ficou paralisado durante a pandemia. Ela conta qual a estratégia utilizou para dar continuidade aos cuidados prestados a eles:

“A gente sempre tinha um grupo antes, de fazer reunião, de conversar, ou avaliar a ostomia, como é que tava e depois da pandemia, isso parou. Aí o que aconteceu, eu passei o meu número para todos, para me mandarem fotos, não deixei de dar o suporte, de dar assistência, em nenhum momento, sabe? Sempre orientei, o dia que eu estava de plantão, se precisasse, avaliação, se a gente não conseguisse falar ali por foto. Tinham pacientes que não tinham WhatsApp, que não tem, não é? Aqui no interior, sempre tinha uma nora, uma sobrinha, que tinha. Então em respeito ao contato com os pacientes em atendimento não teve mudanças, a gente tentou readaptar” (Cidade do Interior)

Em Porto Alegre, a ferramenta dos encontros virtuais também foi utilizada, segundo

Joana, que nos conta que depois de haverem sido paralisadas por um momento, as reuniões intersetoriais de rede no território, retornaram de forma *online*.

Uma outra alteração, segundo Verônica, foi que, com as constantes alterações nos protocolos de atendimentos e as novas informações relativas a assistência relacionada ao COVID-19, foi exigida uma constante necessidade de redefinição de fluxos entre a equipe, conforme segue sobre este tema: “*O fluxo, era seguir aquilo e deus. E aí, a gente teve que se redirecionar para um grupo, conversar todo mundo junto, chegar num consenso e, isso não era uma realidade.*” (Verônica).

Portanto, retomando ao que as participantes trouxeram sobre as alterações no trabalho, vemos nos discursos das profissionais aspectos comuns na vivência do contexto da pandemia de COVID e a organização dos serviços da atenção primária, principalmente devido a demanda excessiva que todo sistema de saúde estava vivenciando, com a superlotação dos locais de cuidado e da atenção secundária e terciária. Savassi *et al.*, (2020) discutem sobre a sobrecarga do trabalho que aconteceu na APS, já que pelo seu papel de acolhimento nos territórios e de resolutividade, demandou ações emergenciais de atendimento à população e conseqüentemente, dificuldade no atendimento domiciliar de outras situações de saúde. Os autores defendem que houve, portanto, sobrecarga em todo sistema de saúde, mas especialmente na APS (SAVASSI *et al.*, 2020).

5.3 “*Aonde eu estou, estou sempre incentivando, sempre orientando*”: PRODUÇÃO DO CUIDADO E NOVAS DEMANDAS

Cabe ressaltar que estas mudanças não ficaram paralisadas ao longo do tempo de permanência na pandemia. Importante resgatar que a própria vivência da pandemia foi se modificando durante o processo do tempo até os dias de hoje, a partir das novas informações e desenvolvimento de pesquisas científicas que auxiliassem na assistência dada à pandemia. Estas mudanças presentes no repertório das profissionais de saúde, dizem principalmente sobre os primeiros momentos de alterações nos protocolos de cuidado, como colocado anteriormente e sobre os momentos de “*boom do COVID*” expressão utilizada por Catarina, voltando-se aos períodos de maior índice de infecção e superlotação dos serviços de saúde. Não era o intuito desta pesquisa, realizar um recorte específico de tempo para as narrativas dos profissionais, mas entender, de forma geral, quais as questões e memórias presentes sobre este período de trabalho e cuidado no contexto de pandemia de COVID-19.

Nesta sequência, estes primeiros momentos tiveram um lugar nos repertórios

linguísticos, de impacto em relação às mudanças emergenciais que ocorreram no primeiro período advindo da identificação de uma pandemia. Mesmo assim, outras questões dos momentos seguintes também foram trazidas pelas participantes da pesquisa. Mesmo no momento de realização da pesquisa, tivemos diferentes contribuições relativas ao momento da pandemia, já que entre o período de realização das entrevistas (entre agosto de 2021 e dezembro deste mesmo ano) houve significativas mudanças na produção do cuidado no contexto da pandemia. Savassi *et al.* (2020) realizam um estudo, onde trabalham a sobrecarga excessiva de serviços de APS em determinados momentos da pandemia. Os autores sugerem três ondas de excesso de demanda no impacto por atendimentos que impactaram os sistemas de saúde, entre elas, havendo impactos da morbimortalidade por COVID-19, impactos na restrição de recursos e impactos na saúde mental.

Muitas participantes, no momento da realização das entrevistas trouxeram que “*Agora já voltou ao normal*”, como Silvana e também Catarina e Joana, retratando a retomada gradual de muitas das atividades que anteriormente à pandemia eram executadas e que ficaram paralisadas durante este período. Entre as modificações na produção do cuidado que foi ocorrendo no decorrer da pandemia, uma das mais significativas, talvez, seja, além da diferença no índice de casos de contaminação e mortes pelo país, a própria possibilidade de os serviços de saúde realizarem a vacinação na população.

Tendo este lugar de importância, o lugar da vacinação, então, nas Unidades Básicas de Saúde, provocou um alto impacto, tanto nos efeitos da produção de saúde, quanto também nas alterações da organização da produção do cuidado durante o período da pandemia. Não é o intuito desta pesquisa discutir profundamente a questão da vacinação da COVID-19, mas sim, demonstrar que esta foi uma questão identificada pelas participantes nas mudanças de organização do trabalho durante o período. Desta forma, esta foi uma das temáticas presentes nos repertórios linguísticos das profissionais participantes, tanto na definição de novos fluxos ou na elaboração das escalas das equipes (trazido por Renata), quanto a própria orientação necessária a população dos territórios em relação a necessidade de vacinação. A técnica Elis relata que a vacinação teve impactos específicos, desde o início da pandemia na produção do cuidado:

“No início, quando mandaram fechar tudo e tal. A gente começou a fazer a vacinação da gripe, da influenza normal, não é? E, eu lembro que eles mandaram parar com as outras vacinações de rotina, parar de vacinar crianças, adultos e tal. Vacinar somente influenza. Vacinação extra muro, não é? Não vacinar dentro de sala de vacina. Vacinar em ambiente aberto e, na época assim, atrasou bastante a vacinação

principalmente de crianças, não é? Que precisa ali de todo mês fazer a sua rotina, não é? No início foi assim” (Cidade do Interior)

Neste sentido, a vacinação demandou estratégias para as populações que possuíam difícil acesso, a partir da Busca Ativa, como nos conta a Renata, na cidade do interior. Por outro lado, na capital, a organização tinha mais a ver com a participação dos drives de vacinação e nas campanhas nas tendas externas na própria unidade, conforme conta Silvana, exigindo uma organização da divisão da equipe para este fim, como exemplifica também a fala da Joana: “*E aí, a gente tendo que dar conta de todas as questões dentro da unidade e dando apoio em outras pontas para vacinação*” (Porto Alegre).

Ainda que a organização do processo de trabalho tenha um impacto grande, outra demanda também era importante: o processo de informação para a população dos territórios sobre a sua necessidade, conforme a citação de Rita, que deu título a este capítulo. Neste sentido, o tema da vacina, bem como da importância das formas de prevenção da contaminação, como a necessidade de isolamento social, uso de máscaras, entre outros, também foi uma demanda que tomou uma grande proporção e este fato marcou muito as práticas discursivas das profissionais participantes. O discurso das profissionais é marcado pelo desafio que é realizar a prática da prevenção, das ações centrais entre as atividades da Atenção Primária à Saúde. Apesar de não ser intuito da pesquisa aprofundar sobre a questão da educação em saúde, este foi um ponto significativo trazido pelas profissionais da reestruturação do trabalho do período da pandemia, bem como dos afetos despertados, como veremos adiante. Entretanto, nos parece importante colocar que, ainda que a educação em saúde seja prática tradicional e de significativa importância na Atenção Primária à Saúde, durante a pandemia de COVID-19 esta prática teve notória centralidade, na medida em que as ações de diminuição de contágio tinham diretamente a ver com as orientações da prevenção de circulação do vírus através de medidas de higiene e distanciamento social. Fagundes (2022), ao refletir sobre as práticas de educação em saúde durante este período, aponta uma dificuldade encontrada principalmente em decorrência da necessidade de uma vinculação com o território, na consideração de seus saberes. Além disso, houve uma particular dificuldade, na medida em que muitas vezes os processos de educação em saúde estiveram entrelaçados também com o fenômeno das *fake news*, gerando inclusive desarmonias entre os próprios profissionais da saúde.

Para pensar a prática da prevenção em saúde durante este período, não podemos deixar de contextualizar o contexto político-social de produção de informações sobre a questão da pandemia. Como a pandemia era uma novidade para todos, visto seu surgimento e alta capacidade de disseminação, a saúde demonstra seu caráter político, impactando nos modelos

de compreensão sobre a situação. Assim, o cenário sócio-político deste período foi marcado pela disputa de discursos sobre a situação. Neste viés, a disputa de um discurso voltado para o cuidado a partir do surgimento do vírus, no sentido de minimizar seus efeitos e o impacto sobre as redes de saúde e havia o discurso de que não havia essa situação, era uma invenção. Ou seja, de um lado um discurso motivado pela preocupação em relação à vida e a capacidade de atuarmos sobre a proteção da vida e outro marcado pelo negacionismo.

Ao que parece ser apenas uma disputa ideológica, esta situação causa graves impactos sociais, principalmente no âmbito da saúde, já que a prevenção poderia frear a disseminação da doença. A possibilidade ou não de realizar a educação em saúde, de modo a orientar, informar a população brasileira para a prevenção e para a vacinação marcou o discurso das profissionais, como no trecho a seguir: *“Eu noto assim, que a população de um modo geral... Ela tem muito medo da doença, mas ao mesmo tempo eles não aceitam muito o que a gente tem para passar”* (Sônia). Trata-se, portanto, de uma questão que teve impacto no discurso em relação à subjetivação dos profissionais durante o período, como veremos adiante.

Por outro lado, os profissionais de saúde têm que lidar com essa disputa de narrativas sobre a pandemia e com o negacionismo criado em torno desta situação: *“mas tu conseguir conscientizar, ou, tentar conscientizar a pessoa de que aquilo está acontecendo. Não é novela, não é uma coisa inventada”* (Verônica). E ainda: *“Porque tinha gente que não achava, que não acreditava, que achava que era bobagem. Tanto que você via o pessoal na praça, conversando, sem máscara, entrava nos Supers...”* (Antônia).

Neste sentido, o trabalho de educação em saúde, para os profissionais, não tem lugar e o discurso presente é de que ele acontece em todos os espaços, mesmo aqueles fora do espaço do trabalho na saúde, como conta Rita, por exemplo, e se tornou um elemento significativo da produção do cuidado durante este período.

Por último, ainda em relação aos momentos da pandemia e da diferença na produção do cuidado, é importante ressaltar que houve nas práticas discursivas o atentamento para as novas questões de saúde, que se colocam neste momento em que uma porção muito significativa da população já foi contaminada e que tem seus efeitos e que a unidade segue tendo que dar assistência também dessas situações, o que nos alerta para novos desafios futuros para as organizações de saúde:

“A maior das minhas histórias foram no pós. Depois das funções das lesões que ficaram. Porque o covid é isso, não é? O covid nos mostrou isso que ele não só aquele período ali. O pós ficou muita coisa também. ” (Antônia)

5.4 “A gente trabalhou sem folga, sem feriado, não é? ”: CONDIÇÕES PARA CUIDAR

Se o ofício do cuidar está inserido numa complexa rede de conversações e formas de organização dos seus serviços, isso que acontece no ato do cuidado, conforme vimos no capítulo anterior, tem uma relação íntima com o que mais amplamente podemos chamar de “Gestão do Cuidado”. Isso é, esse espaço de produção do cuidado, permeado de articulações, intersecções e negociações sobre como a produção do cuidado será organizado para implementação de políticas na área de saúde (BRASIL, 2003) ou como organizar práticas para dar conta de problemas coletivos de saúde (CAMPOS; CAMPOS, 2008).

Estas articulações e organizações da forma de cuidar, apareceram também em algumas das práticas discursivas dos profissionais de saúde que participaram das entrevistas. Logo, algumas das questões relativas à organização do cuidado trazidas pelas participantes apareciam no sentido de expor as condições em que trabalharam durante este tempo, tanto em relação a questões organizativas prévias a pandemia, mas principalmente às novas condições colocadas pela situação singular vivenciada durante este período.

No caso da cidade do interior, uma das coisas que marcou este discurso foi a necessidade de uma vinculação de trabalho com mais de uma cidade, demonstrando que há uma fragilidade na contratação do município ou pouco reconhecimento monetário para manter-se no trabalho em apenas um dos locais. Este parece ser um cenário comum no município, já que por ser uma cidade do interior, não há uma diversidade de oferta de profissionais com formação. Assim, podemos entender que possa acontecer uma sobrecarga de trabalho para esses profissionais, conforme a fala da enfermeira que contou que chegou a trabalhar em três municípios diferentes durante a pandemia: “*Eu mesmo, trabalho aqui e em outro município. Eu fiz muito plantão extra, sabe? Teve semanas que eu trabalhei cinco dias na semana, 6 dias na semana*” (Renata).

Em Porto Alegre, o que esteve presente neste sentido do discurso, foi a questão da vinculação de novos colegas, anteriormente locados em outras unidades básicas de saúde e que tiveram sua mobilidade de espaço de trabalho, tanto por uma questão de que houve a vinculação de algumas unidades de saúde da cidade para a gerência realizada por hospitais privados, tanto pela necessidade de mais profissionais em razão da pandemia.

Esta é uma questão que foi trazida também nas práticas discursivas das profissionais, já que cada cidade teve sua forma de remanejamento de profissionais durante o período da pandemia. Se no interior, apesar da alta carga de trabalho dos profissionais, devido a sua vinculação com outros municípios estar presente, por parte da organização dos serviços, o discurso foi a de que a gestão manteve um cuidado da reposição de profissionais:

“O plantão nunca ficou, eles nunca ficaram... tipo: tinha alguém afastado, tipo técnico, porque a gente é um enfermeiro e três técnicos: - ‘Ah, um técnico está afastado, não vamos pôr alguém no lugar’. Não, sempre foi reposto, a gente sempre trabalhou com o mesmo número de pessoas. Sempre o mesmo número, nunca ficou sem ninguém assim, sem tá coberto. ” (Renata)

Diferentemente, é o caso da capital, que trazem nos repertórios linguísticos justamente a dificuldade encontrada no trabalho, pela ausência de férias, folgas, feriados e licenças, visto que houve afastamento de colegas na unidade, conforme relata Silvana na frase que dá o título, e também Catarina e Joana:

“E a gente teve uma problemática muito grande que foi a questão do afastamento de vários profissionais, não é? Que tinham mais de 60 anos. Como os profissionais estão aqui há bastante tempo, a gente teve uma considerável perda de um tempo de RH. E as pessoas que ficaram, foram pessoas que trabalharam muito porque a gente tinha que dar conta de todas as demandas. ” (Joana- Porto Alegre).

Assim, reconhece-se também a importância que teve, no avanço do tempo durante a pandemia, a organização e a programação da vacinação para os profissionais de saúde, no sentido de a vacinação garantir de certa forma a própria continuidade do cuidado realizado durante este período.

Nesta via, também se reconhece o lugar dos protocolos, já que também foi levantada a importância dos protocolos de afastamento dos profissionais que foram surgindo no decorrer, no sentido de haver uma maior padronização e maior estabilidade para a organização da divisão do trabalho. Se por um lado os protocolos auxiliavam na organização da produção do cuidado, por outro, também participavam da disputa de narrativas que estava ocorrendo durante este período, segundo uma das entrevistadas, relatando sobre a presença de um “*Kit COVID*”:

“Então, a gente teve toda uma questão de protocolo de Kit COVID que depois, logo em seguida, o Sindicato, enfim, alguma entidade entrou e daí foi, a ivermectina e outras medicações elas eram distribuídas e depois elas passarão a não ser mais” (Joana)

Ainda no que tange às questões das condições de trabalho, o discurso das profissionais esteve bastante marcado pelas dificuldades encontradas nas condições materiais de produção de cuidado. Neste sentido, a falta de insumos, trazida por Verônica, a falta de oxigênio na unidade, relatadas por Silvana, Verônica e Catarina, a falta de vacinas, informada por Elis, a falta de leitos disponíveis na rede, citada por Renata e a própria falta de EPI’s para segurança do profissional e dos usuários foram trazidas pelos discursos das profissionais dos municípios, ainda que com suas especificidades.

Em relação à questão dos EPIs, em Porto Alegre, há uma prática discursiva que se coloca

no tensionamento em relação à necessidade do uso para a proteção dos trabalhadores e usuários e a oferta deste material por parte da organização dos serviços, como exemplifica a seguinte fala:

“Mas, enfim, assim, a gente agora não tem, faz um tempo que não teve mais problema, nem as máscaras dos usuários, porque antigamente a gente tinha, não é? Máscara cirúrgica em menor quantidade.” (Joana)

A profissional também relata o necessário tensionamento que foi preciso criar com a gestão para a oferta de materiais de EPI's que de fato garantisse sua segurança *“no início era bem controlada a questão de fornecimento de máscara N95. Teve todo uns questionamentos porque começaram a vir máscaras que não eram N95. Eram KN95, enfim”* (Joana), destacando a importância de entidades como o Sindicato, na garantia do material correto e relatando que posteriormente, a situação foi resolvida, e em momentos posteriores não houve mais a falta desses materiais.

Podemos notar, então, que em Porto Alegre, o tema da falta de insumos e de oxigênio, por sua vez, esteve bastante ligado ao tema da mudança da complexidade do cuidado. Anteriormente a unidade não estava habituada a realizar com tanta frequência. Isso diz, assim, da própria organização da RAS em cada um dos municípios.

Na cidade do interior, pelo fato de que, como vimos anteriormente, a unidade já ser um espaço de referência no território também para urgência e emergência, de certa forma, os fluxos assistenciais de urgência e emergência estavam relacionados ao relacionamento com as cidades vizinhas (como nos contou Sônia) e que neste período apresentou suas dificuldades. Neste sentido, aparecem no repertório linguístico as relações tanto de remoção de usuários para estes outros municípios, como no empréstimo de instrumentos, por exemplo, como relata:

“Então, e o médico tentando, e vinha a SAMU, quando o SAMU dando 40 minutos e o SAMU retornava dizendo: - ‘não encontrei vaga ainda’. E não conseguia, não conseguia. Quando foi conseguir, levou 5 horas para a gente conseguir remover o paciente, aí a gente conseguiu um respirador emprestado da cidade vizinha para conseguir remover ela” (Renata)

Em Porto Alegre, a dificuldade com os insumos para situações de alta complexidade desafiou o fazer nas unidades básicas de saúde e isso aparece em caráter de surpresa para algumas das profissionais: *“Eu digo Porto Alegre em sentido de todos os hospitais, entende? A gente nunca teve problema de falta de oxigênio como pode acontecer numa área mais de interior ou litorânea”* (Silvana). Relatando a dificuldade da alta demanda dos serviços de saúde na região como um fato inédito na região.

Neste sentido, vemos uma alta carga de trabalho em conjunto com o SAMU, nestes

momentos de alta demanda dos serviços, o que demonstra mais uma vez a diferença na complexidade do cuidado envolvido neste período nos serviços de saúde. Falamos na diferença de complexidade, entendendo que houve mudança das tecnologias demandadas para o cuidado. Lancetti e Amarante (2006) nos relembram que, apesar de que o vértice da pirâmide da complexidade da saúde esteja tradicionalmente entendido no hospital, por exemplo, o cuidado no território e as relações comunitárias balançam esta possível linearidade hierárquica da complexidade. No campo da saúde mental, por exemplo, ao contrário dos hospitais psiquiátricos, o cuidado no território exige diversas práticas de articulação de rede, acompanhamento do cuidado e articulação comunitária. Neste sentido, desafia o que seria o nível mais “alto” de complexidade, demonstrando que a APS é um campo de trabalho complexo no cotidiano. Escolhemos, assim, falar de uma diferença na complexidade durante a pandemia, na medida em que os serviços de saúde foram exigidos de outras tecnologias, anteriormente pouco utilizadas nas unidades de saúde, para a produção do cuidado.

Esta questão, então, do relacionamento da rede em geral para o atendimento à população e as dificuldades que isso impôs na produção do cuidado durante a pandemia, nos relatam sobre, para além da complexificação do cuidado exigido pela pandemia, a superutilização das redes de saúde nos locais, como exemplifica a fala de Joana: *“foi um período muito complicado mesmo e de saturação dos serviços de saúde como um todo”*.

Ainda que a interrupção das atividades tradicionais dos serviços de saúde tenha ocorrido em grande parte dos sistemas de saúde, podemos refletir que o direcionamento da política nacional dado a cada um deles produziu diferentes efeitos. No caso brasileiro, a opção dada pela centralidade na atenção hospitalar, subestimou a capacidade de cuidado da APS. Mesmo assim, pudemos ver que outras decisões na gestão do cuidado em sistemas de saúde puderam ter outros direcionamentos, como países que tiveram medidas mais integrais envolvendo ações sanitárias, econômicas e sociais, além de um investimento do trabalho de vigilância e busca ativa de pessoas com sintomas respiratórios através do trabalho territorial, como foi o caso de Cuba (GIOVANELLA, *et al.*, 2021). Vemos assim, a importância das decisões na gestão no potencial de capilaridade do cuidado e imediatismo para conter os impactos da pandemia. Ainda nesta direção, se a APS é organizadora do cuidado, um elemento importante a ser questionado é que se ela for fortalecida, pode ter mais qualidade no direcionamento da organização dos serviços da rede e, portanto, da atenção prestada à população.

Nesta direção da articulação entre a rede, a entrevistada também trouxe em sua

narrativa a relação com a rede intersetorial, como relata:

“Então, acho que isso foi um grande problema e, essa questão toda de articulação assim, à saúde, ela funcionou o tempo todo e, muitas vezes tiveram algumas unidades que abriram no final de semana para atender pacientes sintomáticos respiratórios, mas, os outros serviços da rede, eles não funcionaram” (Joana)

Neste ponto de vista, vemos a importância dada à relação de rede pela entrevistada, no sentido de entender a complexidade do processo de produção de cuidado, ao entender que a fragilidade nos outros serviços de outros setores, impactam diretamente sobre o cuidado realizado no setor saúde.

Ainda que há uma especificidade na organização territorial de cada um dos municípios, corroboramos com a falta de atenção dada à atenção primária durante o período de COVID 19, dando maior centralidade à atenção hospitalar na assistência à saúde pública no país. Franco (2022a) problematiza a predominância na rede hospitalar neste sentido, já que é um reflexo de que seguimos perpetuando um modelo de atenção à saúde hegemônico, seguindo uma lógica biomédica, com processos de cuidados concentrados em tecnologias duras. Neste sentido, reflete que a pandemia antecipou uma nova reestruturação produtiva na saúde, no sentido da necessidade de inversão das lógicas de cuidado, especialmente neste período decorrente da pandemia de COVID-19, não mais subutilizando os serviços da Atenção Primária, mas centralizando o território e aos processos relacionais como partes essenciais do cuidado. Nesta direção, esta mudança na reestruturação, estaria pautada em grande parte das mudanças da produção do cuidado que escutamos por parte de nossas entrevistadas: o uso de novas tecnologias de informação e maiores cuidados com a biossegurança, não somente por parte de profissionais, mas por toda população, entretanto, também como ocorreu em determinadas localidades do país, pelo protagonismo de usuários nas ações comunitárias (FRANCO, 2022b).

6 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NO CUIDADO

Após a caracterização do processo de trabalho e das condições de realização da produção do cuidado durante o período da pandemia, trato agora, de escrever sobre um dos principais intuitos desta pesquisa e que fala sobre a intimidade deste cotidiano. Isto é, coisas que fazem parte do processo de trabalho e que muitas não vemos, não falamos, não escutamos ou compartilhamos. Não se pode passar despercebido, que mais que uma busca por narrativas prontas, estávamos ali, construindo formas de sentir, de elaborar acontecimentos do período, construindo novos sentidos sobre a vivência e dando novos formatos a elas (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013; SPINK, 2013).

Pesquisar algo da ordem do afeto, do subjetivo não é tarefa simples e é uma atividade complexa feita pela pesquisa qualitativa na medida em que não há como ser quantificado e está no mundo das relações (MINAYO, 2012). Tampouco simples, é realizar uma análise sobre o material. Escrevo aqui, então, na tentativa, não de explicar uma fidelidade à uma suposta realidade única, mas de demonstrar um pouco destes encontros presentes entre o material bibliográfico, os encontros com as profissionais entrevistadas e os sentires gerados a partir deles.

Resgato um pouco de nosso intuito nesta pesquisa: identificar os afetos e percepções presentes nas narrativas dos trabalhadores em relação à produção do cuidado no período de pandemia de COVID- 19, explorar os sentidos dados a este cuidado, investigar as mudanças na produção do cuidado e na forma de cuidar, portanto, identificar as expressões da produção de subjetividade em profissionais da saúde da Atenção Primária neste período de pandemia. Isto é, pensar como o trabalho durante este período também produziu formas de ser e estar no cuidado, bem como o cuidado possível, produziu formas de ser e estar.

Ao explorar o material das entrevistas a partir do mapa de associações de idéias, vimos na coluna de “afetos na produção de cuidado” a diversidade de modos de sentir e estar durante este período. Ao analisar com cuidado estas narrativas, podemos perceber que elas estão intimamente conectadas ao material trazido anteriormente. Ou seja, se há diferenças na produção do cuidado e na organização do processo de trabalho, aqui, aparecem os sentires e dizeres que tem a ver com essas alterações. Podemos identificar nas falas, que há diversas formas de dizer o que se sente, ainda que algumas palavras possam auxiliar nesta tarefa. Mas há também o indizível, o que está no corpo ao se contar algo. Neste sentido, relataremos aqui quais os repertórios linguísticos que surgiram para relatar esta produção subjetiva.

Antes de nos adentrarmos mais estritamente na apresentação do tema das produções

subjetivas, como haverá de ser, me parece importante retomar aqui um pouco da própria produção da entrevista. Como vimos, nossa entrevista foi feita de maneira semiestruturada, com um roteiro previamente estabelecido. Entre outras perguntas, gostaria de chamar atenção para uma delas. Após o seguimento de outras questões, uma das questões que levava à participante era se ela poderia me contar alguma cena marcante para ela, alguma situação emblemática que havia passado durante este período, alguma cena curiosa ou muito significativa para ela. O intuito do questionamento, era a possibilidade de explorar afetos significativos vividos, bem como memórias sobre a vivência. Nosso interesse nesta pergunta, conforme aprendemos com Bosi (1979) era mais que de fato saber o que havia ocorrido naquele período, mas no que realmente foi escolhido pela participante em se fazer lembrar. Neste sentido, estávamos solicitando a presença da força subjetiva e ao mesmo tempo ativa dos acontecimentos vividos pelas profissionais. Digo ativas no sentido em que a memória não está para ser revivida, mas sim, refeita, reconstruída, trabalhada (BOSI, 1979) e na atividade de uma reconstrução própria de identidade e de si mesmo (POLLAK, 1989). A análise das entrevistas é um tanto desafiadora a partir das cenas, entendendo que elas tanto expõem questões muito significativas sobre os afetos e produções subjetivas, mas tinham uma integralidade, ao materializar situações sobre a alteração do processo de trabalho, sobre os sentidos do cuidado e as condições de trabalho, ou seja, elas transbordam as linhas entre uma categoria e outra de análise. O capítulo que segue, costura estas cenas e as demais produções discursivas que foram se dando ao longo das entrevistas. A cena pode estar presente em mais de uma dimensão das quais iremos tratar abaixo, entendendo que, como dissemos, ela ultrapassa uma ou outra temática, mas que materializa diversas questões em cada uma delas.

6.1 AFETOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

“Já aconteceu da gente fazer o atendimento, da pessoa chegar ali bem assim, aparentemente, não é? Conversando, e era positivo covid, a gente sabia que era. A gente fez o atendimento. Só que essa pessoa afundou que a gente diz assim, sabe? Ela baixou o nível de consciência muito rápido, ela evoluiu a doença em questão de horas e a gente perdeu o paciente ali dentro. Então, isso foi bem marcante porque a gente viu o quanto essa doença ela é assim. A gente não tem como prever se vai ser horas, se vai ser dias, se vai ser meses, ela atinge aquela pessoa de uma maneira rápida e evoluiu na nossa frente, nos nossos olhos e a gente perdeu o paciente. [...] E o paciente, quando chegou na unidade. Ele sabia que ele era positivo, ele estava se sentindo mal, mas ele ‘tava’ consciente falando, enfim, ele pediu para o médico de plantão que ele não queria ser encaminhado para outra cidade porque ele falou com toda a equipe naquele momento que ele sabia que ele ia morrer. Então, a gente ali como profissional a gente não aceita porque a gente está ali para tentar salvar qualquer vida, sabe? Tentar salvar a qualquer custo a vida, independente do que for e, a gente naquele momento se viu de mãos atadas

porque a gente não tem como remover um paciente sem a autorização do próprio ou da família. E a família concordou com aquela decisão do paciente, então, a gente viu a evolução da doença dentro da unidade e o paciente veio a óbito na unidade. Foi bem difícil assim, marcou. “ (Sônia)

Os relatos e as práticas discursivas produzidas durante a entrevista pelas participantes ao relatarem sobre as mudanças na produção do cuidado, já vinham, por si só, carregados dos afetos presentes: olhares de surpresa, de tristeza, de indignação e de brilho. Após o questionamento sobre as mudanças na produção do cuidado, questionávamos também como havia sido para ela, o que havia sentido, de onde saem parte das práticas discursivas aqui presentes e ao final, como dito, o relato de alguma cena marcante. Neste sentido, a narrativa contada por Sônia nos mostra um pouco de algumas sensações presentes neste momento ao cuidar: Sentir-se de mãos atadas, a impossibilidade do cuidado em alguns momentos, a relação com a morte, a imprevisibilidade, a dificuldade. Questões que iremos nos adentrar a partir de agora.

No geral, as participantes relataram o quanto este foi um período difícil, como relatam Verônica e Elis e o repertório linguístico sobre o período em geral foi marcado por ser um “*Período intenso*” (Renata, Antônia). Esta dificuldade e preocupação por parte das profissionais foi marcada por diversos fatores.

Nas alterações da produção do cuidado, por exemplo, a psicóloga participante, relatou a presença do que ela chamou de “*preocupação*” em relação a possibilidade de cuidar a partir do formato virtual, do qual não estava nem ela e nem os usuários habituados, como podemos ver em sua fala: “*No início eu fiquei bem preocupada com os pacientes assim, do outro lado, como é que seria para a pessoa que eu estava atendendo. Foi essa a minha preocupação*” (Lia). E complementa: “*Isso que me preocupava muito. E: - Nossa, eu não estou vendo a pessoa.*”, ao atender usuários via mensagens de texto, por exemplo, demonstrando o caráter de novidade do formato de cuidado, que gera preocupação por parte do sujeito que cuida. Neste sentido, parece ser uma preocupação em relação ao desconhecimento da eficácia deste tipo de manejo clínico, ou seja, se o cuidado estaria sendo realmente feito ou não neste formato. Uma nova forma de cuidar presente na pandemia, como vimos no capítulo anterior. Esta produção discursiva em relação a preocupação, parece estar relacionada ao que Backes e Azevedo (2016) identificaram em sua pesquisa como um “*zelo*” profissional no trabalho assistencial em saúde, que se relaciona com um senso também de “*responsabilidade*” sobre o cuidado. Logo, a própria narrativa de Sônia nos transmite essa sensação de responsabilidade sobre a possibilidade de manutenção ou não da vida.

“*Preocupação*” também foi o termo utilizado por profissionais para relatar da rotina de

trabalho durante o período, principalmente vinculado a preocupação de contaminação do vírus na Unidade de Saúde (Verônica). Este cuidado em relação a contaminação também foi nomeado de outras formas pelas participantes como “*tensão*” em poder se contaminar” (Catarina) e o “*medo*” de contaminação também entre os usuários: “*Então assim, a gente tinha medo daqueles pacientes contaminarem os outros pacientes e de nos contaminar, sabe?* ”, como relata Catarina, também revelando a sensação de que mesmo os cuidados que realizavam em relação a este risco de contaminação, não excluía totalmente o risco existente:

“Então, a gente tentou restringir ao máximo, mas a gente sabia que aquela aquela restrição que a gente fazia não era o suficiente, não é? Mas era até aonde a gente conseguia ir, a gente tinha perna para fazer, então, foi bem, bem ruim assim.”
(Catarina)

A palavra “*medo*” foi uma das palavras mais presentes no repertório linguístico utilizado pelas profissionais, trazida por Lia, Joana, Sônia, Rita, Elis e Antônia. Parece estar ligada também a esta sensação da participante se sentir “*tensa*” (Renata), “*nervosa*” (Renata), “*assustada*” em relação ao risco de contaminação por COVID-19 presente no trabalho, como retrata uma das falas:

“Eu já tive várias fases assim, no início eu achei que eu iria pirar. Eu chegava em casa, a única coisa que eu ...só queria chegar, tomar meu banho e rezar. O medo, o medo de contaminação e de não saber na verdade a gente até hoje não sabe direito, não é?” (Elis)

Desde o início da pandemia, alguns materiais vêm sendo produzido que trazem como esta sensação de medo e medo de infectar-se é um risco presente aos profissionais da saúde que estão no trabalho da assistência durante a pandemia de COVID-19 (MOREIRA; DE LUCCA, 2020; PEREIRA *et al.*, 2020). Uma investigação de formato quantitativo foi realizada na busca de entender quais os principais sentimentos de profissionais da saúde durante o período de pandemia, realizado em sua maioria com mulheres e profissionais da enfermagem onde o medo foi um dos principais sentimentos identificados (FILHO *et al.*, 2021), demonstrando a vivência coletiva deste afeto neste momento.

Neste sentido, destaca-se também uma especificidade do lugar do profissional da saúde em relação à população em geral nesta possibilidade de contaminação, como Rita: “*Acho que o medo assim, porque ninguém saía para a rua, era só profissional de saúde, então, a gente se sentia indo pra guerra, não é? Eu acho, não é?* ”.

Esta prática discursiva nos leva a retomar a própria origem da organização do cuidado na formação das profissionais, relacionadas aos acontecimentos da guerra, como vimos anteriormente, visto que o desenvolvimento das profissões dos espaços de cuidado teve relação

com os espaços militarizados, por exemplo (VAGHETTI *et al.*, 2007). Ao que parece, nosso imaginário social sobre o lugar do cuidado pode ainda estar vinculado a este tempo outro do cuidado. Assim, a profissional de saúde tem um lugar, um imaginário de um sujeito capaz de realizar um enfrentamento, de ir a guerra, de lutar contra um inimigo. Mas também de colocar-se em risco, como parte da atividade profissional, como relata Sônia: “*Tem pessoa que é contaminado, tá positivo e é assintomático. E a gente vai atender sem tomar maiores cuidados, mantendo o mínimo de cuidado então, infelizmente a gente está sempre naquela loteria, não é?*”. Como se o risco, de fato, fizesse parte do que é cuidar. Neste sentido, também podemos retornar ao que Sá, Miranda e Magalhães (2020) refletem sobre o lugar dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia, questionando o papel de “heróis” dado no imaginário social, nesta que seria uma força importante na luta do “bem” contra o “mal”. Este imaginário, ainda que possa causar algum reconhecimento profissional, pode causar “*uma espécie de armadilha narcísica, o heroísmo é revestido de abnegação, sacrifício, desprendimento e, conseqüentemente, onipotência.*” (SÁ; MIRANDA; MAGALHÃES, 2020, p. 31).

O uso das EPI's durante este período também provocou relatos no sentido de se por um lado, é um incômodo, por outro, é necessário manter, como trouxeram Sônia e Rita, no sentido de dar alguma garantia de proteção em relação a este risco:

“Eu acho que a gente vai a cada dia tentando se adaptar nesse tempo de pandemia, a gente quer se libertar das máscaras, das luvas, do avental ali para trabalhar, mas ao mesmo tempo a gente sabe que tem que ter consciência que não é o melhor momento, às vezes é incômodo fazer uma remoção toda paramentada, mas faz parte”
(Sônia)

Por outro lado, temos o relato de Lia: “*Hoje mesmo eu estava saindo[...] com máscara e álcool em gel, quando é que a gente vai ser livre de volta, sabe? De poder transitar*”, demonstrando um incômodo sobre esse uso e a falta de perspectiva de quando não somente ficaremos sem ter a obrigatoriedade do uso das EPI's, mas quando nos tornaremos livres dessa situação de pandemia ou disso que nos “aprisiona”.

Importante lembrar, mais uma vez, que nossos questionamentos não tiveram foco em um momento específico da vivência da pandemia, mas nas situações e vivências que as profissionais trouxeram durante este período como um todo. O próprio decorrer do tempo e do desenvolvimento de notícias, processos e novos contexto durante os anos de pandemia, formaram diferentes formas de sentir e estar ao longo do período. Neste sentido, estas preocupações trazidas pelas profissionais também foram se alterando, como nos relata Elis:

“Neste momento estou preocupada com as festas de final de ano, carnaval, porque se

acontecer tudo normalmente como já tá voltando tudo normal, não é? Eu acredito que vai vir uma nova onda bem feia, não é? [...] E nesse momento me preocupa as festas, de final de ano e de carnaval, não é? ”

Em relação a estas alterações em como as informações em relação à pandemia foram se alterando, as práticas discursivas trazidas pelas profissionais trouxeram justamente esta questão das mudanças constante de práticas e orientações em relação ao trabalho e que gerou uma diversidade também no repertório linguístico em relação aos afetos sobre este tema, como por exemplo Renata: “*Surpreende às vezes, a gente não consegue trabalhar com uma rotina, sabe?*”, relatando a diversidade de ações e situações que chegavam na unidade no período da pandemia. E também como Joana: “*Na verdade, as coisas, elas mudavam numa proporção muito intensa, então, numa proporção muito intensa* “, demonstrando que “*foi um período de adaptação para todo mundo*”, como também traz Verônica, que complementa:

“Então, as coisas elas iam mudando muito rápido, mas, a gente entende de que na proporção de que ninguém entendia muito bem o que estava se passando, não é? Não se sabia muito da questão do vírus em si, a gente entende essas modificações, não é? ” (Joana)

Ela, assim como outras participantes (Renata e Elis), relata a presença de muitas novidades cotidianamente e de uma intensa readaptação necessária para a equipe

“Eu achei que eu ia enlouquecer, não é? A gente teve, eu acredito, que muito mais trabalho quando começou essa pandemia, porque como era tudo muito novo, a gente na verdade não sabia muito o que fazer, a gente batia muita cabeça, não é? Para tentar fazer o melhor, para nos proteger, para proteger os nossos pacientes, não é? E tudo mudando muito rápido, não é? Agora é assim, daqui a pouco já não é mais assim e foi bem difícil assim. ” (Elis)

Traz-se assim, a perspectiva de que as mudanças eram de uma ordem grande, causando uma possível desordem na trabalhadora, ou o “risco de enlouquecer”, retratando a grande dimensão dos afetos sentidos. As falas relativas a esta “*readaptação*” e a constante presença de novidades traziam consigo outros repertórios linguísticos, relacionados ao termo “*receio*” vivenciado por parte dos profissionais, como traz Joana.

Neste sentido, estas práticas discursivas vieram acompanhadas do efeito de algo chamado por elas de “*insegurança*” em sua prática profissional.

“É muita novidade toda hora, ainda a gente se sente inseguro para falar sobre o assunto e está aparecendo agora as pacientes com outros sintomas, sintomas de trombose e positivando para covid sem nenhum sintoma gripal. Nos perguntam: - ‘tem a ver? ’. A gente não sabe o que responder, a gente não sabe se é um efeito da vacina, se não é, se é do... Então assim, é muita insegurança, a gente nunca, eu pelo menos, me sinto bem insegura por não dominar o assunto, não é uma doença que a gente tenha domínio de falar alguma coisa: - ‘não é isso ou não é’. Então é se adaptando todos os dias, assim, realmente. ” (Renata)

Chama atenção, desta forma, esta produção subjetiva de um receio, de um medo, de sentirem-se “assustados” relacionados ao não saber, algo diferente do que é demandado ao profissional da saúde, que é justamente quem teria um “suposto saber” sobre os processos de saúde ou adoecimento dos sujeitos. O desconhecido gera angústia no profissional, em diversas formas. Exemplo disso é a fala dos entrevistados: “*A gente ficou bem assustado porque até agora a gente não tem certeza do que isso ainda vai gerar, não é? Então foi um susto para todo mundo*” (Sônia). Este desconhecimento de como é a evolução da doença, que ainda é novidade para o setor saúde, aparece também:

“Então, isso foi bem marcante porque a gente viu o quanto essa doença ela é assim. A gente não tem como prever se vai ser horas, se vai ser dias, se vai ser meses, ela atinge aquela pessoa de uma maneira rápida” (Sônia).

Todas essas sensações relacionadas a uma surpresa, a readaptação, a sensação de insegurança pode ter a ver com o que Franco (2015) chama atenção no trabalho em saúde. O autor nos conta que no cotidiano do trabalho, nas intensas atividades desenvolvidas pelas equipes, há algo como se fosse uma “improvisação”, demandada por obstáculos na produção do cuidado. Portanto, atos de improvisação, inusitados são criados no sentido de garantir a produção de um cuidado. Estes atos criam e abrem outras possibilidades e ressignificam muitas vezes os problemas presentes. As questões que aparecem no cotidiano do trabalho em saúde, fogem do que pode ser previsível, ordenado ou do que muitas vezes está previsto dentro dos protocolos clínicos e por isso, demanda este trabalho criativo. Entretanto, ao assumir a posição de criar e assumir riscos nesta improvisação o profissional, por vezes, pode sentir uma responsabilização solitária em relação ao cuidado. Neste sentido, podemos pensar que durante a pandemia de COVID-19 este exercício de criação, de improvisação foi um exercício constante, gerando por vezes aos profissionais um trabalho psíquico intenso, relacionado à surpresa, a readaptação. E assim, gerando também outras sensações que foram nomeados e trazidos pelas participantes sobre o período, como relatando que foi um período de “*tristeza*” (Sônia e Verônica) e também de “*horror*” (Verônica) ao vivenciar esse período de excepcionalidade da vivência da saúde pública.

Neste período, destacam-se a proximidade com a morte, uma questão marcante na vivência dos profissionais, ver situações de perda marcavam e sensibilizaram,

“Ano passado não foi tão duro quanto esse, teve aquele boom da covid, a unidade ficou vários dias com vários casos aqui dentro, pessoas muito mal quase morrendo aqui na unidade. Então, foi bem angustiante” (Verônica)

Assim como a sensibilidade com as famílias que perderam pessoas, como na narrativa relatada por Sônia, e que ela complementa: “*Sim, porque a gente sabe de casos internos nossos de perder o pai e a mãe e não poder nem se despedir. Do pai e da mãe. Isso é muito triste.*” (Sônia).

A questão da vivência com a morte é tema de algumas produções que tratam da dificuldade dos profissionais em lidar com esta questão. Coelho e Ferreira (2015) resgatam como a dor e a morte é ainda tema tabu, na qual há uma dificuldade em lidar com estas experiências. Quintana *et al.* (2006) falam dos poucos espaços para expor este tema, mas relata a presença em profissionais de saúde, de duas formas expressivas de lidar com a morte: A possibilidade de haver um mecanismo de defesa para evitar o sofrimento, ou a possibilidade de conviver com essa angústia. Nestes casos, os autores relatam que isso pode gerar, por um lado, uma angústia constante e por outro, a impossibilidade de continuar produzindo cuidados, chegando a um afastamento total dos usuários ao realizar o trabalho em saúde. Ainda que estes autores relatam desta vivência em situações anteriores a pandemia, podemos ver nas falas das participantes as narrativas em relação a esta dificuldade de lidar com esta dor sobre a perda de usuários. Neste caso, ainda se agrava a questão de também ser uma “novidade” aos serviços terem o contato com esta situação de forma muito mais presente do que nas situações anteriores, exigindo dos trabalhadores, como falamos anteriormente, esta posição de readaptação, gerando angústias.

Ao retornarmos à narrativa da profissional, ao contar a situação de perda do usuário da qual ela estava envolvida no cuidado, relata a sensação de “não aceitar”, desde o lugar de profissionais da saúde, que a priori tem como intuito de trabalho, a produção da vida. Neste sentido, aparece como uma incompatibilidade entre o que foram formados a realizar e o que de fato a vida apresenta para este ofício. Ainda assim, vemos que, também como colocam Quintana *et al.* (2006) que esta convivência com a morte pode inclusive levar a uma sensação de “fracasso” do que seria sua missão como trabalhador da saúde e é o que podemos notar na fala da trabalhadora Sônia.

Uma outra prática discursiva que esteve muito presente na fala das entrevistadas foi sobre como, durante este processo, “*A sobrecarga que aconteceu*” (Renata). Antônia e Joana também trouxeram que houve sobrecarga e muito trabalho durante este período. Joana, ao relatar sobre a sobrecarga de trabalho, relacionando também ao trabalho doméstico e a um processo formativo de mestrado que estava passando, relatou:

“E eu continuei, no primeiro semestre, não, mas no segundo semestre da pandemia a gente voltou a ter aulas online e eu precisava dar conta das questões do mestrado, ter

aula online que não, não tinha a liberação porque, enfim, não era meu horário de trabalho. Os filhos todos em casa em isolamento, sem aula, não é? E, eu tinha que sair para trabalhar, então, eu tinha que sair para trabalhar, dar conta das questões de serviço da comunidade” (Joana)

Ainda ligado ao tema da alta demanda e das sensações de sobrecarga, se utilizavam termos como um “*desgaste*” (Joana) gerado pela alta carga e principalmente um “*cansaço*” (Renata, Silvana, Verônica, Catarina e Rita), como referem: “*a gente sente o cansaço, tanto físico quanto mental, não é? Os dois*” expõem Renata e também Elis, também nesta direção, se utilizando de outros termos em seu repertório:

“Eu acho que era cansativo, exaustivo, o esgotamento mental, a família adoecendo junto com os pacientes, porque o covid está aí para todos. Então, acho que o que foi difícil foi o esgotamento emocional e psicológico e o físico. [...]. Houveram muitas mudanças que acabaram levando-nos ao esgotamento físico.” (Elis)

As condições de trabalho aparecem também na literatura sobre subjetividade e produção do cuidado, como já relatado. Os autores relatam principalmente a presença desta sobrecarga (AZEVEDO *et al.*, 2017) e que estas condições precárias de atividades vivenciadas pelos trabalhadores da saúde podem ser desfavoráveis a invenções subjetivas para o cuidado (SAMÚDIO *et al.*, 2017). Além disso, ainda que este fato já apareça no trabalho em saúde, ele parece haver uma especificidade na vivência da pandemia de COVID-19, diante do contexto sócio-político vivenciado. Os materiais relativos à vivência destes trabalhadores neste período, alertam para alta demanda de trabalho (MOREIRA; DE LUCCA, 2020; PEREIRA *et al.*, 2020).

Diante de tantos afetos ligados ao sofrimento de angústia, uma questão trazida por Silvana me pareceu importante relatar, seja a situação de mudança de seu espaço de trabalho:

“Também não tinha tempo para sofrimento por causa da mudança e tinha que trabalhar e entender o processo que estava vindo de adaptação, de uso dos EPI’s e tudo mais. E tudo que tava acontecendo que era muito maior e grandioso em vista do que eu vinha sofrendo no meu mundo particular, não é? Então uma coisa entrou no espaço do outro, não é? Fazendo com que a gente trabalhasse nesse primeiro momento mecanicamente assim, sem pensar muito e tocar seu serviço.”

Ao analisar essa fala, para além das questões trazidas em relação a uma angústia, como já mencionado anteriormente por parte das profissionais, nos alerta pelas alterações nos modos de trabalho e adaptações e para a forma com que lida com isso, ao fazer de maneira mais “automática” o trabalho. Esta estratégia de um suposto afastamento ou de um não envolvimento emocional na produção do cuidado, como vimos, é um fator presente no trabalho em saúde. Isto se relaciona com o que a cartilha de acolhimento nas práticas em saúde chama de um “processo de anestesia” de nossa escuta e uma possível produção de indiferença diante do outro (BRASIL, 2010) na produção do cuidado. Entretanto, em relação a esta fala, o que gostaria de chamar

atenção neste momento, para além das formas de proteção da trabalhadora em relação à angústia que estava vivenciando, é o que parece haver no sentido de uma não permissão ou não tempo para vivenciar o sofrimento, devido a alta carga de trabalho, que mais uma vez aparece. Também nesta direção, podemos entender as falas das seguintes participantes, no sentido de uma necessidade por elas vivenciada em “ser forte”, como relata Rita: *“Então, às vezes, é uma coisa assim que às vezes a gente quer ser forte. Eu acho que foi isso que aconteceu. Eu estava sendo forte”*, mas, também trouxeram que nem sempre é possível manter essa força por todo o tempo, conforme prossegue a entrevistada: *“Eu estava sendo forte, chegou num ponto que é que nem uma panela de pressão, estourou. [Risos]”* (Rita). Ou como relata a Antônia: *“Então, até aquele momento que eu tive forte, beleza. Mas depois que eu comecei, aí começou a ter muito óbito, muita coisa assim, eu comecei a dar uma afundadinha assim”*. Mais uma vez aqui, retomamos o imaginário de um campo profissional, o “herói”, que enfrenta as lutas, na batalha pela proteção de um “bem” e que realizar a manutenção deste imaginário também pode ser um fator de sofrimento.

Nesta direção, vemos diferentes formas de lidar com as dificuldades que se apresentam no trabalho em saúde. Se por um lado, vemos que há uma tentativa de um “amortecimento” do sofrimento gerado pelo trabalho, ao realizá-lo mais mecanicamente, por outro, o que parece necessário é “ser forte”. Além disso, Antônia fala sobre seu incômodo com a narrativa presente nos ambientes de saúde e que teriam que acostumar-se com as situações difíceis, como relata:

“Eu acho que a gente acaba perdendo isso, só que eu gosto de trabalhar com as minhas equipes assim, no momento que tu achar que isso aí é normal. Ah, fez isso e é normal. Não é mais a profissão pra ti. Porque não pode ser normal essas coisas que estão acontecendo, para mim, sabe? Talvez é algum problema meu, mas, eu não gosto disso. Eu me sinto ruim assim. Quando alguém me fala que a nossa profissão a gente se acostuma com as coisas. Eu acho que no momento que ser o humano se acostuma com tentativa de homicídio, suicídio ou qualquer coisa desse tipo, ou destratar as pessoas. Eu acho que é tipo assim: não é pra ti essa profissão.”

Antônia, portanto, defende o não “amortecimento” completo das profissionais, advogando pelo valor do vínculo e da escuta dos usuários para a realização do trabalho em saúde. Ainda que seja uma prática importante, parece também nos chamar atenção para um imaginário de uma grande “solicitude” e um envolvimento afetivo, conforme vimos com Boff (1999). Ela também relata a estratégia que utiliza ao entender que é um trabalho “duro” (Antônia), e cita:

“Então, eu tô sempre tentando puxar. Eu sou muito palhaça. Eu gosto de brincar bastante assim também, tipo tornar o lugar leve, sabe? Porque a gente já faz tanta coisa pesada, se a gente ficar pesada aí, e parece que piora mais, sabe? Eu tento tornar leve porque senão tu adoce também. Tu acaba adoecendo porque a gente

pega muita coisa. ” (Antônia)

Vemos, pela produção discursiva dela, que o trabalho em saúde, então, é um trabalho que mexe com o emocional, como também relata a Renata nesta direção ao dizer que: *“Então assim, eu fiquei muito, a questão mental bagunçou bastante, porque daí lida com sentimentos também.”*. Ou seja, é um trabalho que interfere na forma como nos sentimos, nos portamos e requer às profissionais da saúde diferentes estratégias subjetivas para lidar com o que acontece no seu cotidiano.

6.2 AFETOS NA RELAÇÃO COM A GESTÃO DO CUIDADO

“Na verdade, teve um tempo em que nem os hospitais privados eles estavam atendendo as pessoas nas emergências, não é? Então, a gente acabou atendendo pessoas que não eram, digamos assim, pessoas que constavam na Unidade de Saúde, mas que, procuraram o SUS e que tiveram seu acolhimento aqui dentro da Unidade de Saúde, porque não conseguiram. E o relato da pessoa é que tinha ido na emergência do [nome de hospitais privados] e que não tinha conseguido ficar nem na classificação azul, digamos assim, e que teve aqui na unidade e que recebeu a oxigenoterapia que, foi acolhido aqui dentro da unidade. Então, isso são duas moedas, não é? Na verdade, entendi como um problema crítico de serviço, não é? Porque a pessoa disse que até a consulta particular ela não tinha conseguido. E de que forma, a gente pode enxergar o SUS, como a base de todo o, porque no momento em que ‘tu’ já tem uma exacerbação de todos os serviços por mais que, nós estejamos também. Dessa forma, bem sobrecarregados, a gente não vai deixar de prestar assistência mesmo que seja no corredor, como todo mundo vê, não é? Isso foi uma das coisas assim que me marcou bastante que realmente me deixou bem preocupada, porque enfim, não é? Se o serviço particular, privado, não tinha como dar conta, era algo que a gente realmente tinha, tem que se preocupar bastante.” (Joana)

No Capítulo anterior, vimos sobre as diferenças produzidas pela pandemia na produção do cuidado, no âmbito da gestão dos serviços de saúde, que impactavam diretamente sobre a forma que a produção do cuidado passou a acontecer nas unidades. Deste modo, as participantes, também trazem sensações, afetos e emoções sobre estas mudanças e estas, que se relacionam diretamente com a gestão dos serviços. Aparece, então, nas produções narrativas das participantes, uma diversidade de afetos relacionados ao que apontamos anteriormente em relação a uma mudança na complexidade do cuidado que houve a partir da pandemia de COVID-19. Isto é, a exigência de um cuidado de diferente complexidade, para situações mais agravantes, ao contrário do perfil de trabalho que as profissionais já estavam “habituaadas”.

Vemos assim, a fala de Joana ao trazer uma situação marcante para ela, em sua vivência durante a pandemia de COVID-19, relacionada aos questionamentos em relação a capacidade de atenção do sistema de saúde como um todo diante da superlotação e alta demanda dos serviços de saúde. Assim, uma das sensações relatadas pela participante tem a ver com o que

parece ser uma “surpresa” ou um “desconhecimento” para as profissionais deste nível assistencial na unidade. Catarina traz, ao contar que trabalhava em serviços de urgência e emergência anteriormente ao período que foi transferida, o da pandemia, que “*eu não esperava encontrar tanta gente numa gravidade tão grande numa unidade básica, não é?*”.

As diferenças da complexidade dos casos da unidade, demandavam que as condições de cuidado para estes casos também sejam outros. Isto posto, a organização do processo de trabalho, o suporte da equipe e as próprias condições de materiais necessários, além do suporte da rede também mudam. Assim sendo, as trabalhadoras que estão ali implicadas no trabalho, relatam os efeitos da tentativa de realizar o trabalho e não conseguir pela falta de condições materiais:

“Olha é complicado, não é? Porque assim eu vou te dizer que é bem isso como eu te falei eu venho de um lugar onde eu tinha tudo, então assim, eu olhar para o lado e eu ver que eu não tenho nada. É uma coisa assim que parece que falta a perna porque eu sei fazer, eu só não tenho o material para eu fazer, não é? Então, isso era muito complicado porque eu sabia tudo que tinha que fazer, só que daí eu precisava de uma “ambu”, de uma máscara, precisava de uma coisa mais e não tinha, não é? Porque não faz parte da unidade básica e, isso me deixou assim muito, como é que eu vou te dizer assim muito, não é insatisfeita. Muito mal, não é? Porque eu sabia fazer, mas eu não tinha. Eu podia ajudar mais, mas eu não tinha como, sabe? Uma impotência. Acho que essa é a palavra, a impotência de não poder fazer mais por não ter mais.” (Catarina)

Dessa forma, a equipe da cidade de Porto Alegre, principalmente, ficou bastante marcada pelo que chamam de uma “angústia”, mas também de uma “impotência”, ao contar da cena de situação de falta de leitos e dificuldade de acionamento do SAMU, relata: “*mas essa impotência desse dia foi uma coisa que foi bem marcante, porque eu sempre tive essas condições de fazer o mais e aí chegou nesse dia eu não tinha o que fazer, não é?* (Catarina) e prossegue:

“Era o máximo que eu podia fazer, era esperar, não é? O tempo passar e o SAMU chegar porque não tinha mais o que fazer por aquele paciente, não é? Eu já tinha feito tudo que eu podia. Então isso foi uma situação que me deixou bem, bem triste assim, porque saber que a gente pode fazer mais e não ter o que fazer não, é complicado.”

Joana também traz no repertório linguístico, algo ligada a uma “impotência”:

“Mas o sentimento que eu tinha, era o sentimento de impotência. De não conseguir dar conta, sabe? Daquele momento, de todas aquelas pessoas que precisavam naquela intensidade de cuidado e eram muitas pessoas. E a gente sem ter como manejar isso tudo aqui dentro da Unidade de Saúde.”

Logo, há uma angústia em não poder realizar o seu trabalho, em não dar conta do que os usuários estavam necessitando naquele momento, sensação relatada também por Verônica. Renata relata a sensação de “desespero” presente nestes momentos: “*Aí ficou eu e um colega*

da limpeza para ajudar para revezar para ambuzar o paciente e isso é muito desesperador porque a gente sabe que a paciente não vai sobreviver muito tempo ali no “ambu” (Renata). Silvana, também de Porto Alegre, também traz esta sensação, relatando também o que se gera a partir da falha ou da precariedade da rede de saúde da cidade:

“Mas a sensação que era, era desesperadora de que o oxigênio ia acabar e a gente não ia conseguir dar conta. E isso não se passa na vida. Na vida profissional de uma pessoa que trabalha, pelo menos quem trabalha em Porto Alegre, é muito difícil ter uma situação dessas.” (Silvana)

Assim, como já vimos, há a identificação de sensações de impotência, frustração e insegurança profissional nos trabalhadores da saúde durante a COVID-19 (MOREIRA; DE LUCCA, 2020). Ao mesmo tempo, podemos pensar que esta impotência possa a ter a ver com um possível imaginário de onipotência como profissionais da saúde (SÁ; MIRANDA; MAGALHÃES, 2020). Azevedo (2015) em referência a Spinoza, também reflete sobre os processos de afetação no trabalho em saúde, relata que este sentimento de impotência entre os profissionais da saúde, é de certa forma, comum. Entretanto, ela considera que o processo não é impotente, pois há uma infinidade de possibilidades de acolhimento das situações a partir dos encontros possíveis. Nesse sentido, ela advoga: *“Não há impotência, mas há fragilidade.”* (AZEVEDO, 2015, p. 88).

Ainda em relação à questão da complexidade do cuidado durante a pandemia, e a sensação de impotência sentida pelas participantes, Joana revela isto para além da impotência no sentido da precariedade no próprio serviço e na produção do cuidado no cotidiano, mas em relação a toda rede de saúde. Conforme conta:

“Eu vou te dizer que eu me senti muito impotente, sabe? Eu ficava imaginando que a gente não ia conseguir dar conta. Enquanto sistema de saúde, que a gente não iria conseguir, que a gente teria que fazer escolhas em alguns momentos. De quem estaria, por exemplo, no oxigênio, enfim.” (Joana)

Desta forma, ainda em relação aos afetos gerados em relação ao superlotamento dos serviços de saúde, a autora nos ajuda a refletir a necessidade da construção de um trabalho “comum em rede” (AZEVEDO, 2015), que podemos transcender do espaço das equipes na assistência, mas pensar em relação à rede de saúde composta por diversos equipamentos.

Nesta direção, a ausência de materiais também exigiu das trabalhadoras, fazer o que era possível naquela situação, por isso, a necessidade da “improvisação”. Desta forma, há no trabalho em saúde, um constante potencial inventivo (FRANCO, 2015) necessário diante das situações que não podem ser identificadas com previsão anterior, ou seja, as situações que

interrompem o trabalho, obstáculos que surgem no fazer cotidiano. Não se trata aqui de romantizar a capacidade dos profissionais de invenção em relação à precariedade das condições de trabalho que lhe são básicas, mas entender que o processo criativo e inventivo é parte genuína do trabalho em saúde.

Vemos, assim, que as condições de trabalho geram diferentes afetos às trabalhadoras no sentido ao que encontraram Silva (2001) em seu trabalho. Ou ainda, que há uma produção de subjetividade ligada a uma precariedade das condições de trabalho (SAMÚDIO *et al.*, 2017). Entretanto, vemos na fala das participantes que há algo de uma especificidade em suas falas, que diferentes destes autores, tem a ver com a vivência singular da pandemia de COVID-19. Neste sentido, a trabalhadora da cidade do interior, Antônia, traz em suas produções discursivas questões relacionadas ao acesso a instrumentos de trabalho e a mecanismos de proteção à contaminação, como é o caso da ausência de materiais de EPI no início, questão que gerava medo a ela: *“Então, foi um período bem complicado, bem complicado mesmo. De tu saber assim que no começo mesmo a gente não tinha material mesmo, não é? Então, o medo assim”* (Antônia).

Em Porto Alegre, a questão das EPI's equivocadas que foram entregues, também foi uma questão trazida, como vimos no capítulo anterior, e que também geraram afetos, como relata Joana: *“Então, isso também gerou um pouco de insegurança para o trabalhador de que a gestão estava te mandando um material que não estava te protegendo, não é? ”*.

Esta sensação de “insegurança” pode ser relacionada com a “incerteza” trazida por Joana na relação com a gestão em relação a organização do serviço nos primeiros momentos da pandemia: *“mas, então assim, foram várias incertezas dentro da própria organização de serviço de como aquilo deveria ser feito”* e prossegue posteriormente:

“Então, eram todos, foram todos momentos de insegurança e que também nos passava uma questão de insegurança de gestão, não é? Então, a gente pensava: se lá ninguém sabe como a coisa tem que andar, porque as coisas mudam o tempo todo, como é que a gente fica nesse meio tempo, não é? ” (Joana)

Em relação a insegurança das trabalhadoras, por outro lado, Sônia trouxe a presença dos protocolos como uma estratégia importante de lidar com o “medo”, como relata:

“Eu tento manter todos os protocolos que eu recebo, eu tento manter certinho porque eu tenho medo do futuro, porque eu não sei essa doença daqui há cinco anos ela não vai... tipo assim, alguma coisa, uma sequela, que nesse primeiro momento a gente não está enxergando, não é? A gente não sabe”.

Neste sentido, parece que a presença dos protocolos aparece na fala da profissional como

uma forma de se ancorar ou de se assegurar em algo, ou seja, para gerar uma segurança à trabalhadora. Isso tem a ver com o que Azevedo *et al.*, (2017) trazem em um trabalho realizado com hospitais, onde ao mesmo tempo que a normatização do trabalho exige uma atenção em relação a singularidade dos casos, eles também podem cumprir um papel subjetivo de segurança e proteção em relação às imprevisibilidades encontradas na produção do cuidado com os usuários dos serviços.

Em contrapartida, ainda em relação a esta diferenciação entre o espaço da gestão do cuidado na organização dos serviços de saúde e as equipes que estão diretamente implicadas no trabalho, Joana relata uma diferença existente entre os dois espaços:

“Às vezes, ‘tu’ ligava e não tinha assim uma resposta para as coisas, ou, com uma intensidade que as coisas chegam para nós, não é? Porque lá na gestão, às vezes, ‘ah, ‘tu’ tem que organizar, tu tem que, mas a coisa ‘tá’ na ‘tua’ frente ‘tu’ tem que dar conta daquilo. ”

Sob este ponto de vista, aparece uma diferença importante, ou uma possível tensão entre o que há na organização do cuidado, no caso o que a entrevistada chama de “gestão” e as orientações dadas por este espaço e o que acontece de fato na produção do cuidado no cotidiano dos territórios. Assim, vale considerar aqui que ainda que as atividades desempenhadas pela gestão e pela assistência tenham sua singularidade, consideramos, a partir da Política de Humanização do SUS que há uma indissociabilidade entre atenção e gestão, na medida que os modos de produzir e gerir a produção da saúde se imbricam um ao outro (BRASIL, 2010).

Uma outra questão trazida por Elis, da cidade do interior, também diz sobre a necessidade de haver uma maior “valorização” das trabalhadoras da saúde, que parece gerar incômodo:

“A valorização. A valorização da nossa parte assim, de saúde, tanto quanto enfermagem como psicologia, como qualquer área assim, não é? Da Saúde. Eu acredito que tu também trabalhou agora nessa função de covid, não é? Cada um no seu setor, cada um na sua parte. Mas eu sinto que cada vez mais ao invés de valorização tem muita desvalorização”. (Elis)

Podemos ler esta produção discursiva de Elis como uma atenção necessária ao reconhecimento do trabalho executado, com tanto afincamento e desafio, como temos visto pelas narrativas das profissionais de saúde. Logo, parece que a trabalhadora fala tanto de um reconhecimento monetário, quanto um reconhecimento pelo trabalho. Lembramos, assim, do que nos fala Sá (2009) a partir de uma abordagem da Psicossociologia e Psicodinâmica do trabalho que há uma dinâmica do reconhecimento, onde, na dinâmica prazer-sofrimento, a

possibilidade de transformar sofrimento em prazer é através do reconhecimento, atentando para a importância destes processos nas organizações de saúde.

6.3 EQUIPE

“Eu tive uma sexta-feira não necessariamente 13, mas foi em final de março onde a gente teve três SAMU’S aqui na unidade para levar três pessoas que infelizmente nem... Vieram óbito depois, posteriormente. Então foi um dia assim, bem angustiante onde a gente ficou sem oxigênio, inclusive. [...]. Então essa sexta-feira eu nunca vou me esquecer das três ambulâncias e a gente sem oxigênio para atender. Foi bem difícil, essa ficou marcada mesmo. Foi o pior dia de quase esses dois anos.”
(Verônica)

O cuidado ofertado na saúde e principalmente na APS, tem como característica o trabalho com outros colegas profissionais, tanto da mesma categoria, como de diversas outras. Neste caso, nas narrativas presentes, a vivência e os afetos observados na produção do cuidado, também estiveram articulados com o trabalho em equipe. Neste sentido, diferentes discursos apareceram entre os profissionais em relação a afetos sentidos na vivência em equipe.

Esta situação, contada por Verônica, além da angústia relatada a partir de sua vivência, conforme já vimos anteriormente, foi um ponto vivido por toda equipe da Unidade Básica de Saúde. Na realização das entrevistas, ainda que suas realizações se dessem de forma individual, ao serem questionadas de uma situação marcante em sua vivência durante o período de cuidado da pandemia, das cinco participantes da equipe de Porto Alegre, quatro delas (Silvana, Verônica, Catarina e Rita), ainda que cada uma à sua maneira e o que tenha marcado cada uma, de forma singular, relataram sobre esta situação, demonstrando a “marca” grupal que este acontecimento causou, tanto individualmente, como coletivamente na equipe. Retomamos mais uma vez, com estes relatos a como ao processo de construção de uma memória sobre este período, onde a memória individual sempre será fruto da coletividade (HALBWACHS, 1990). Neste sentido, ainda que as especificidades existam, há a presença de fundamentos comuns, que fazem com que esta memória possa ser reconstruída, reconhecida e, portanto, lembrada. Pollak (1989) retoma o que Maurice Halbwachs (1990) traz, no entendimento em que há uma função coletiva da memória que pode ser a própria adesão afetiva. Assim sendo, o fato de parte da equipe escolher essa memória a ser perpetuada, também pode dizer da construção desta adesão grupal no compartilhamento de cotidianos e afetos sentidos. Lembramos, portanto, do que Bosi (1979) também nos alerta na produção de memórias dentro de um grupo de trabalho, ou seja, de sua produção social:

Quando um grupo trabalha intensamente em conjunto, há uma tendência de criar esquemas coerentes de narração e de interpretação dos fatos [...] que dão ao material de base uma forma histórica própria, uma versão consagrada dos acontecimentos (p.27).

Podemos retomar ao que Azevedo *et al.* (2018) e Sá (2009) nos atentam para os processos intersubjetivos e grupais presentes no trabalho em saúde. Sá (2009) nos lembra que esta é uma essência do trabalho em saúde e neste sentido os processos grupais na relação com os outros sujeitos constroem o que é a vivência subjetiva na produção do cuidado. Azevedo *et al.* (2018) defendem que as organizações de saúde são vivas e, portanto, os sujeitos que a movem, são sujeitos que sofrem processos de afiliação, podem gerar jogos de poder, produzem ligações entre os sujeitos com investimento afetivo, impossibilitando desta forma a separação entre os sujeitos e os grupos. Portanto a vivência em equipe é elemento fundamental na expressão da produção subjetiva dos profissionais neste período, visto que há esta dimensão intersubjetiva entre os sujeitos presentes cotidianamente na produção do cuidado. Evidentemente, cada equipe tem especificidades, jogos e dinâmicas próprias de vivência, mas podemos entender, neste sentido, que vivenciam entre trabalhadores no cotidiano do cuidado uma possível vivência de afetação (SPINOZA, E.III).

Ao notarmos que uma situação vivenciada na produção tem um impacto tão marcante em uma equipe, como foi o caso da situação relatada pelas profissionais da capital, podemos pensar se não há aí um processo grupal acontecendo nesta equipe e que há uma indiferenciação entre o que é de uma ou de outra, mas a narrativa deste acontecimento, se faz entre todas. Por essa via, lembramos do que Azevedo (2015) nos fala sobre um trabalho comum em rede nos serviços de saúde, onde equipes produzem um comum, isto é, criam um território existencial, um plano afetivo compartilhado. Dessa forma, a ação individual sai de cena e o trabalho comum toma centralidade da produção do cuidado. Portanto, se há uma produção em comum pela equipe diante de uma situação como a relatada por Verônica, poderíamos, na direção de Azevedo (2015), entender que há também a construção de afetos comuns por toda equipe?

Parece que aí se coloca uma relação de afetação, tal qual consideramos a partir de Spinoza (SPINOZA, E.III), entendendo o afeto como algo da dimensão da dinâmica, do movimento e onde as relações de afeto podem aumentar ou diminuir nossa capacidade de agir. Neste sentido, em um grupo de cuidado, como é o caso de uma equipe que compõe uma unidade de saúde, as pessoas membros podem ter esta relação de afetação, compartilhando de processos e afetando-se um ao outro de diversas formas.

Nesta dinâmica de afetação entre as equipes, em relação às alterações percebidas durante o período da COVID-19, as questões vivenciadas sobre a sobrecarga anteriormente colocada e

os afetos sentidos neste período, indica que foram sentidos pela equipe e que parece haver uma identificação da forma como as afetações se fazem presentes no coletivo, conforme demonstra o trecho: *“Como a gente teve outros colegas que também, a questão de humor, chegou um período em que estava todo mundo esgotado, no forte da pandemia, no pico mesmo, naqueles meses que ficou sem leito.”*(Renata).

Em relação a sensações de dificuldade no trabalho, Elis, utiliza-se do termo “frustração” para contar sobre como os efeitos das mudanças da prática afetaram a equipe como um todo:

“A gente se acertou bem assim para trabalhar junto, não é? E a gente sempre tenta fazer o melhor, a nossa relação profissional é bem boa, bem tranquila. No início foi bem, muito assim muito difícil, porque na verdade chegou uma doença nova que, ninguém conhecia, a gente ficou assim, eu vendo toda a equipe muito frustrada.”
(Elis)

Recordamos, pela fala de Elis, que a “frustração” é uma sensação que aparece tanto nas falas individualizadas, quanto em uma dimensão coletiva, fazendo pensar que há esta inseparabilidade entre a produção subjetiva dos sujeitos. Neste sentido, ainda que algumas profissionais trouxessem a boa relação com a equipe, como o caso da própria Elis e de Joana, outras identificaram períodos de sentir-se solitária, como foi a sensação relatada por uma das entrevistadas ao contar que em sua cidade não havia equipe fixa,

“A gente nunca tem equipe fixa, não é? O que às vezes é um pouco complicado assim, mas, a gente tá tentando melhorar de várias formas assim, trazer a equipe pro lado da gente. Com a função da pandemia, acho que todo mundo ficou meio solitário, parece assim, sabe? ” (Antônia)

Recordamos então, a importância do fortalecimento dos processos coletivos nas unidades com as equipes de saúde e também o que nos traz a cartilha de acolhimento já referido, que nos lembra que os processos de indiferença ao outro ou anestesia à vivência do outro podem enfraquecer os laços coletivos que possam nutrir as forças de invenção (BRASIL, 2010). Logo, houve também a produção discursiva de haver outro tipo de relação construída durante o período, segundo a Renata: *“E o teu relacionamento, a tua equipe, por mais que tu tente, acaba... Às vezes eu chegava nas gurias e nas colegas e falava porque tu tá tão quieta? Sabe? Por que tu tá nervosa? ”*. Neste sentido, recordamos de Azevedo (2015) ao relatar que no trabalho comum realizado em uma organização de saúde, somos preenchidos de diversos afetos. Ora mais voltado para os afetos alegres, produzindo maior potência de vida, ora mais voltados a afetos mais ligados à tristeza.

Diante disso, no processo de afetação entre os sujeitos, as dinâmicas de afetação nos encontros, podem ser direcionadas para a alegria, conforme vimos, potencializando a capacidade de criação. Assim, vê-se também uma relação de cuidado, ao haver uma atenção em

relação à condição do outro colega. Houve também relatos desta relação de “apoio” entre equipe, neste período de pandemia COVID-19, conforme relata: *“A gente sempre se apoiou muito assim, não é? E acho que é uma equipe bem organizada. Que bom, a gente tem que dar conta, vamos lá, não é?”* (Joana). Antônia, ainda que haja sentido-se solitária em alguns momentos na produção do cuidado, também relata a importância do suporte com a equipe, para as situações enfrentadas durante o período:

“Eu na pandemia, não sei se tu já sabe, eu tive a perda do meu pai no covid. Então, para mim assim, só que o que eu tive de apoio das minhas equipes foi muito fantástico, sabe? O carinho que eu recebi deles assim. O tempo que eu tive de poder estar com ele nesse momento que ele teve hospitalizado e aí, eu tive o apoio sempre tanto da minha equipe, tanto de lá, quanto dos outros lugares que eu trabalho, isso foi muito importante para mim. Então, eu tô sempre tentando buscar com que a equipe me, motivar elas de alguma forma, sabe? Porque eu acho que a gente já vive tanta coisa ruim, não é? A gente atende tanta coisa ruim.”

Desta forma, há uma produção narrativa da importância do apoio, do carinho no enfrentamento das situações de dificuldade no período e também, da tentativa de uma motivação de um trabalhador ao outro. As dinâmicas de afetação podem tanto acontecer no sentido dos afetos tristes, como a vivência da frustração no trabalho, como para aumentar a potência de vida, como é o caso do cuidado e da tentativa de motivação.

6.4 RELAÇÃO TRABALHADORES E USUÁRIOS

“Agora falando contigo eu estava me lembrando. Uma das primeiras pacientes que eu atendi. Que ela não conseguia fazer por videochamada e a gente fazia as consultas dela, uma adolescente. A gente fazia as consultas dela por mensagem. [...] Às vezes, a gente começava a consulta por videochamada e acabava o sinal dela e entrava em contato ali por mensagem. Isso que eu falo assim, dessa conexão. [...] e eu comecei assim a me conectar com aquela guria [...]. Hoje ela está muito mais madura, muito mais decidida. Uma menina que não queria sair de dentro de casa que tinha crises de ansiedade que estava bem mal. Então, isso para mim, foi marcante, dentre outros casos. Uma lá que estava com risco de suicídio e também por mensagens, isso que me preocupava muito. E: - Nossa, eu não estou vendo a pessoa. Mas às vezes, ela ia para o banheiro, falar comigo, da casa falar comigo porque tinha outras pessoas, não é? E, às vezes, me mandava mensagem. [...] Ela se vinculou bastante assim comigo e isso foi bem interessante para mim, foi bem marcante, dentre outros vários que eu estou me lembrando agora. As duas que começaram durante a pandemia.” (Lia)

Além da relação entre a equipe, outra relação intersubjetiva e que talvez seja a mais central na produção do cuidado, é a relação existente entre as trabalhadoras do cuidado, em relação às pessoas a quem é destinado o cuidado: os usuários das Unidades Básicas de Saúde. Também nesta relação existe uma complexidade importante colocada, entre saberes, dizeres e

sobre sentires. A dinâmica de afetação retomada no último capítulo também se faz presente nesta relação e por isso, na relação de produção de cuidado não se trata de um cuidado direcionado a alguém, mas de uma construção na relação intersubjetiva presente entre os sujeitos. Durante a produção do cuidado na pandemia de COVID-19, infiltram-se essas vivências da ordem do sentir na relação com os usuários e na forma como o cuidado é produzido na relação, também com suas especificidades, neste contexto.

Retomamos a narrativa trazida pela participante Lia, ao relatar essas histórias, a profissional demonstrava que elas a havia marcado por diversas questões: pela preocupação que havia nela em não saber como seria o atendimento pelo celular e não presencialmente, pela surpresa na possibilidade de haver uma vinculação com as usuárias, ainda que por meios tão inéditos para ela e na possibilidade em produzir cuidado diante deste contexto.

Santos, Mishima e Merhy (2018) relatando experiências na Atenção Primária a Saúde, relatam que o processo de vínculo é nutrido cotidianamente nas realidades dos serviços de saúde. Assim, há uma diminuição da distância entre os profissionais e usuários na criação dos laços afetivos e criando relações de amizade e intimidade entre os sujeitos envolvidos. Neste sentido, ao vermos a narrativa de Lia, vemos o que os autores chamam também atenção, para a valorização do diálogo com a comunidade a partir de relações de negociação e mediação. Portanto, houve uma sensibilidade da profissional em mediar as possibilidades que o contexto permitia.

Por esta via, identificamos, principalmente no repertório discursivo das participantes da cidade do interior, falas com a presença da preocupação em relação ao vínculo, tanto na questão da diferença das formas de cuidado, como é o caso que vimos, que como ela conta: “*o vínculo assim, é aquela coisa, a gente está conectada com o paciente então acho que isso não tem nada que mude, que tire da gente, para vínculo assim*” (Lia). Por outro lado, diante da situação pandêmica vivenciada, ainda assim, traz a narrativa da “falta” do que há no presencial e que faz parte de seu trabalho, realizado a partir do vínculo: “*hoje mesmo um adolescente falando para mim: - pena que eu não posso te dar um abraço. Sentiu super acolhido na consulta, foi uma consulta que fluiu, não é? Eu digo: - Sinta-se abraçado. Eu sempre digo para eles*” (Lia).

Ainda sobre o lugar do vínculo na produção do cuidado, um dos relatos trazidos por Antônia, foi a situação de falecimento de seu pai e diante disso, sua narrativa traz a importância que teve o vínculo com os usuários neste período, tanto pelo carinho recebido, quanto na própria produção do cuidado, na medida que o acontecimento refletiu na adesão dos cuidados em relação ao uso de máscaras na cidade e de procura para vacinação. Ou seja, foi uma produção de cuidado através do vínculo e da sensibilização que a trabalhadora teve ao perder o pai: “*Só*

que eu assim ó, graças a Deus, as pessoas têm um carinho muito grande por mim lá, assim, os pacientes, principalmente, e depois que meu pai faleceu, muita gente mudou, o pensamento.”

(Antônia) e complementa:

“O pessoal todo mundo correu para se vacinar quando começou, sabe? Desde que aconteceu o óbito do meu pai. Porque daí que eles acreditaram, eu acho que foi uma coisa assim: ‘se aconteceu com ela que é da saúde, o que que vai acontecer com nós?’. Eu acho que foi esse pensamento.”

Neste sentido, destacamos que o vínculo, tanto diminui a distância com os usuários, quanto cria relações mútuas de cuidado e por isso, acabam criando relações de intimidade e amizade também entre trabalhadores e usuários (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Neste sentido, conforme o relato de Antônia, podemos pensar que para além do cuidado mútuo entre os sujeitos, o próprio compromisso e vínculo, possibilitaram, como também indicam Santos, Mishima e Merhy (2018) a estimulação de práticas mais integradas em saúde. Neste caso, como dito, uma espécie de “educação em saúde” ao sensibilizar através dos laços afetivos, o uso de máscaras e formas de proteção pela contaminação. Evidentemente, a adesão às formas de proteção não se reduz apenas neste fato, visto que há uma situação real identificada de risco pela comunidade, entretanto, podemos pensar novamente, como as relações de afetação (SPINOZA, E.III) entre trabalhadores e usuários, puderam mediar a produção do cuidado durante a pandemia de COVID-19. Por outro lado, vemos também que os autores Rosa e Silva (2020) se referem às relações de amizade presentes na produção do cuidado, destacando que a cumplicidade e a solidariedade gerada nestes laços são afetos importantes na politização da dor e sofrimento nos territórios, principalmente os marcados pela vulnerabilidade social. Por outro lado, as relações de intimidade presentes podem abrir possibilidade também para afetos não somente de cuidado e atenção, mas também para os de raiva, ciúmes, ressentimentos. Neste sentido, diversos são os afetos que se “adentram” na relação da produção de cuidado. Catarina, por exemplo, nos fala um pouco da dificuldade em fazer uma “separação” entre os afetos que sentimos no momento da produção do cuidado:

“Na verdade, é assim a gente tenta, não é? A gente faz o possível para que não interfira, mas a gente é humano, não é? A gente cansa, tem dias que a gente acaba ficando mais irritado, a gente tinha menos paciência, não é? Volta e meia uma das gurias acabava sendo um pouco mais grossa com os pacientes, não é? [...]. Então ficou muito cansativo e por mais que a gente saiba que o paciente não tem culpa, não é? A gente é humano, a gente acaba verbalizando. Às vezes, a gente tá com uma cara de mais cansada também, não é? E, assim, a gente foi.” (Catarina)

Destaca-se, portanto, relembrar que o trabalhador da saúde é também um ser humano: sente, sofre, cansa. E por isso, há uma questão que se coloca na produção que é a de lidar com

estes afetos na própria relação de produção do cuidado: *“Então, foi bem difícil, foi uma época que ficou todo mundo estressado, mas ao mesmo tempo, a gente tinha que saber que os pacientes não tinham nada a ver com isso, não é?”* (Renata). Neste sentido, resgatamos mais uma vez o imaginário de um profissional da saúde onipotente, como quase um “super-herói” (SÁ; MIRANDA; MAGALHÃES, 2020), principalmente neste período de pandemia onde tomam centralidade das relações sociais na pandemia.

Para além da possibilidade dos afetos sobre a situação presente “infiltrarem-se” no processo de cuidado, nas práticas discursivas das profissionais houve também a afetação na relação com os usuários pelo respeito ou não às orientações dadas das profissionais em relação ao cuidado na prevenção de contaminação pelo COVID-19, como relatam, com incômodo, algumas participantes: *“Porque a população ao mesmo tempo que tem muito medo não aceitam que a gente faça as orientações”* (Sônia).

Rita relata esta dificuldade entre ser a produtora do cuidado e de um cuidado preventivo e um entendimento de que todos têm o papel do cuidado sobre todos:

“Assim, é complicado, não é? Porque assim nós, nós estamos no caso, como se fosse do lado que a gente tem que incentivar. Nós temos todos os dias recebendo informações atualizadas e diminui faixa etária e então assim. Eu acho que como nós, a população em si, nós também estamos cansados, nós gostaríamos que amanhã a gente acordasse: - “olha não tem mais covid, tira a máscara, não precisa mais se vacinar, mas a gente sabe que a coisa não é assim, não é? Nós somos além de coadjuvantes, nós somos também população, não é?” ”

Desta forma, esta situação entre a orientação e o não cumprimento das orientações geravam sensações também nas profissionais, como diz Antônia: *“O descuido, tu acabava ficando indignada, não é?”*. Podemos pensar esta dificuldade por distintas vias: a dificuldade dos serviços na realização de processos de educação em saúde; uma possível sensibilidade em relação aos profissionais, devido a alta carga de trabalho e as diferentes afetações que são produzidas diante da vivência da pandemia, como vimos, e também pela diferente expectativa em relação ao cuidado que possuem trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Machado *et al.* (2015) aponta para este fato, ao trazer que muitas vezes os médicos têm expectativas ao cuidado mais voltadas à evolução clínica e os usuários expectativas mais gerais, ligados a aspectos mais subjetivos. Ao pensar nesta relação com a especificidade da vivência da pandemia, me parece também relacionar ao fato do que Boaventura Santos (2020) nos traz ao refletir sobre uma “cruel pedagogia do vírus”, no sentido de que haveremos de imaginar possibilidades maiores para democracia nos bairros e territórios de forma que sejam voltadas para solidariedade e cooperação, em contraposição a uma lógica de empreendedorismo e competitividade (Santos, 2020). Parece que talvez essa seja uma dimensão que faça parte do

conflito entre as diferentes expectativas em relação à proteção e a adesão às orientações dadas aos profissionais de saúde, de como criar relações de saúde coletiva mais voltadas ao sentido da coletividade. Assim, parece importante o que Santos indica na possibilidade da construção e na mediação de ideias “com” os cidadãos comuns e não somente “sobre” eles (SANTOS, 2020).

Por outro lado, na vivência da pandemia e na troca com a população usuária, Elis também traz a vivência do que chama de um “estigma” por ser profissional da saúde, como relata:

“O preconceito também de muitos pacientes e de muitas pessoas na rua também, por tu ser um profissional da Saúde. Eu senti muito preconceito. De que pode ser que tu esteja contaminado e a pessoa não chega perto de ti, nem para conversar, senti muito assim, na pele, o preconceito”

Esta é uma questão também trazida por diversos materiais em relação à vivência de profissionais da saúde durante este período de pandemia, coincidindo com outros relatos de vivência de um estigma diante da possibilidade de contaminação (MOREIRA; DE LUCCA, 2020). Além disso, Elis também relata uma situação de especificidade da cidade pequena que, devido à familiaridade das trabalhadoras com a população, muitas pessoas acabavam acessando em busca de informações como o atendimento, vacina, entre outros. Diante disso e do restante das temáticas trazidas entre a questão da produção de subjetividade na relação profissional e usuários vemos que há especificidades dos territórios de realização da pesquisa. Vimos a produção discursiva mais voltada ao vínculo trazida pelas profissionais da cidade do interior, bem como as relações que a intimidade e a proximidade geram: como o estigma, a cobrança. Neste sentido, as vivências territoriais também demonstram ser espaço para a produção de subjetividades próprias, com vivências, marcas e histórias singulares. Taborda, Bernardes, Marques (2015) trazem, ao pensar as redes de saúde, justamente esta questão, trabalhando o território como um valor existencial e como espaço constituinte da subjetividade nos processos de saúde. Silva *et al.* (2015) também tratam o território neste sentido, colocando-o, junto com o vínculo, como uma dimensão determinante das práticas assistenciais em saúde. Assim, o cuidado realizado através dos vínculos nos territórios, criam territórios outros, que transbordam o físico e o institucional, mas são da ordem afetiva.

6.5 FAMÍLIA

“Então teve, teve outro que foi bem difícil para mim também. Que foi um senhor que entrou em óbito, que fez logo depois da vacina. Foi um dos últimos agora e o filho entrou dentro do quarto um pouco antes ele tava bem ainda e o filho disse: ‘Ah, tu tá

sendo bem cuidado, tava brincando com ele, não é? Tu tá em boas mãos'. Ai deu 5 minutos que o filho saiu e ele entrou numa parada e a gente não conseguiu reverter. E o mais difícil para mim foi porque ele foi enterrado como covid. [...]. Pelos sintomas. Mas a gente não sabia se ele tinha. [...] E aí deu outra emergência e eu tive que entregar o corpo para a funerária. Então eu revi todo, por ser masculino, por botar naquele saco, por botar no caixão. Por ter que falar para a família junto e pela família se indignar por não poder enterrar. Porque eu já tinha vivido aquilo. Eu já sabia. Porque muita gente, ou, a maioria das pessoas sentiram a dor que é tu não poder se despedir. ” (Antônia)

Antônia compõe uma das milhares de famílias brasileiras que sofreram perdas no Brasil devido à COVID-19. Assim como ela, outras participantes também tiveram a perda de familiares devido à COVID-19 e esta relação familiar, esteve presente no repertório discursivo de grande parte das entrevistas, por diferentes questões.

Uma delas, e talvez a mais presente, foi novamente ligado ao termo “medo”, relacionado principalmente a chance de contaminação dos espaços do trabalho para os espaços familiares, conforme podemos ver nas falas:

“O fato de tu não saber o que poderia acontecer e o medo de transmitir para outras pessoas, meus pais que são pessoas de mais idade com comorbidades assim. Então, eu tive muito medo. Isso que me assustou bastante. Essa foi a minha dificuldade pessoal, sabe? ” (Lia)

“A gente tem filho pequeno e a gente tem medo de contaminar em casa. Se contaminar e não saber e vim para casa e acabar contaminando a família da gente, não é? Então eu ainda tenho muito medo, eu me cuido bastante”. (Sônia)

Neste sentido, a angústia pelo medo da contaminação dos familiares, que como vimos, é presente entre a literatura que conta da vivência dos profissionais durante a pandemia de COVID-19 (MOREIRA; DE LUCCA, 2020), parece estar relacionado com um repertório relacionado a uma “cobrança” e uma “responsabilidade” na manutenção do cuidado em relação a eles, em relação ao cuidado com a casa:

“Até eu cobro muito assim lá em casa porque eu não moro com meus pais, mas quando eu vou visitá-los, não é? Porque foi um período bem, bem tenso, não é? De muitos óbitos, doentes, então, eu não queria levar essa responsabilidade para casa sempre procurei me cuidar, graças a Deus, meus pais assim, não pegaram covid lá em casa ninguém pegou” (Rita)

“Pois então, a gente tem toda uma questão familiar envolvida, não é? ‘Tu’ tem filhos, ‘tu’ tem famílias, enfim, pais idosos, então assim, tinha toda uma questão também de organização da roupa que ‘tu’ chegava em casa, tipo: tirar, tomar banho, não é? Esse cuidado, claro que sempre existiu esse cuidado, mas foi ‘muito mais’ intenso” (Joana)

Neste sentido, a relação da família esteve relacionada nas produções narrativas a esta preocupação, demonstrando que o trabalho no cuidado à saúde em tempos de pandemia ultrapassa as paredes dos serviços, e é carregado para todos os espaços por onde circulam os

profissionais, contribuindo para a sensação de sobrecarga de trabalho relatada. Há mais uma carga de trabalho, no sentido da responsabilidade do cuidado sobre os filhos e familiares:

“Essa questão do meu domicílio, da minha família, foi uma coisa complicada também porque nós temos jornadas, duplas jornadas, triplas que, a gente tem que chegar em casa, não é? E ainda vai manejar os filhos, o marido, cozinha, enfim, essa coisa toda que a gente sabe que historicamente é nos doado. Nos é passado transgeracionalmente” (Joana)

Recordamos que a própria construção do processo de cuidado, esteve voltado historicamente como uma função ligada ao gênero feminino. Durante a pandemia, esta questão tomou maior notoriedade ainda, na medida em que houve esta dupla carga de trabalho, como trouxe a participante. Como diz Santos (2020), podemos pensar nas mulheres como “cuidadoras do mundo” na medida em que são maior parte das profissionais de enfermagem ou serviço social e ao mesmo tempo são as principais responsáveis pelo cuidado doméstico, a crianças e pessoas idosas. Podemos mais uma vez refletir como o cuidado está inserido na dinâmica das relações sociais e na reprodução de dinâmicas como a colonialidade e as relações de gênero, raça ou classe social (PASSOS, 2016), ou, como coloca Santos (2020), como estas relações dentro da pandemia, expõem os modos de dominação principais, como o colonialismo, o capitalismo e o patriarcado.

Ao mesmo tempo que o cuidado parecia ser mais intenso, houve também a produção discursiva de que, pela demanda do trabalho e a preocupação na não contaminação dos familiares, a ausência da família teve efeitos nas profissionais, como relata Antônia “*Eu abdiquei muito a minha família, a gente trabalhou muito, muito, muito. Eu acho que é isso. Era só o medo, sempre.*”. Logo, diversas participantes trazem a angústia em ficar sem ver seus familiares, sem poder abraçá-los, ao mesmo tempo como forma de protegê-los, mas gerando uma angústia pelo medo da contaminação:

“Eu fiquei cinco meses sem ver minha família. Sabe, eu sou filha única. [...]. Então assim, era horrível ficar, então ao mesmo tempo que eu queria ver a minha família, eu tinha medo, eu tenho meus avós têm 80 e poucos anos. Eu tinha medo de passar alguma coisa para eles” (Renata)

“O medo, o medo de contaminação e de não saber na verdade a gente até hoje não sabe direito, não é? Sobre essa doença e o medo de contaminação tanto para ti quanto levar para sua família, não é? Eu cheguei a ficar mais de mês sem ir visitar minha mãe e meu pai por medo também de contaminação, não é? E muitas vezes, tinha medo de abraçar minha filha. Foi bem complicado assim.” (Elis)

Assim, podemos refletir se o próprio fato da ausência do contato mais próximo com os familiares também não poderia ser considerado um fator que gerava angústia, já que poderiam

ser fonte de um suporte para as vivências que tinham no trabalho em saúde durante este período. Ou seja, menos uma forma de cuidado de si também por parte dos profissionais em saúde. A relação com os familiares, no sentido da responsabilidade, do cuidado se imbricavam, rememorando as preocupações que estão do lado de fora do espaço da unidade, isto é, com seus familiares e vínculos mais próximos:

“Lida com sentimentos e tu vê, a gente vê aqui pacientes perdendo pai, mãe, avô. E aí, tu pensa que a tua família tá lá. Será que eles estão se cuidando? Será que eu vou perder também? Muita gente perdeu, não é” (Elis)

E prossegue: *“Então assim, a gente fica apavorado porque a gente vê que tudo que está acontecendo com os outros tá chegando em ti isso sem dúvida balança e deixa a gente com medo e acaba ficando tensa, ficando nervosa.”* (Elis), demonstrando, nos efeitos ao ter essa preocupação, como a “tensão” e o “nervosismo” e mesmo de uma identificação em relação a outras famílias.

Nesta direção, há um repertório de “fúria” ao saber que, para além de toda a preocupação vivenciada com a família, por vezes, havia o descuido destes: *“aí eu ligava e eles tinham recebido uma visita, eu ficava furiosa, brigavam invés de falar uma coisa boa eu brigava porque não tinham que estar recebendo visita”* (Renata).

Relacionado a este fato da angústia pela preocupação e as vivências presentes na unidade, há, nas práticas discursivas uma dificuldade ou uma angústia em lidar com a falta de cuidados dos familiares que não estavam vivenciando o que estava acontecendo na unidade e com discursos negacionistas, conforme nos contou Verônica, ao relatar que havia discursos negacionistas na família e ela vivenciando situações de falecimento de usuários por COVID-19 na unidade:

“Até porque tinham pessoas do meu círculo familiar e social que: - “Aí não, é isso não é aquilo”. Eu tirei a foto, eu digo assim: - “bom se isso aqui não é verdade, não sei o que é verdade, porque eu tô vivenciando isso aqui”. Porque mesmo que tava acontecendo tudo e as pessoas ainda assim negando”.

Não há dúvidas que durante este período houve uma disputa de narrativas entre uma possível “verdade” em relação ao vírus. Ainda que tenhamos o desenvolvimento científico avançado e construindo conhecimentos em relação à expansão da contaminação por COVID-19 e as formas de contenção de contágio, a narrativa negacionista esteve muito presente no cotidiano da sociedade brasileira. Assim, ainda que tenhamos tido orientações de organismos internacionais e também do próprio governo brasileiro, o presidente do país, por exemplo, enfraqueceu medidas estaduais de distanciamento e incitava a falta de cuidado pela população, reduzindo a adesão da população às medidas de cuidado e prevenção de contágio

(GIOVANELLA *et al.*, 2020). Podemos recordar também a questão da construção de uma memória coletiva sobre este período, onde há, como vemos diante das diferentes narrativas, uma negociação entre uma memória individual e uma memória coletiva. Portanto, a memória entra em disputa (POLLAK, 1989), exigindo também um processo de subversão do silêncio, onde escutar as histórias de quem as vive, pode ser uma maneira de se opor a memória construída por uma sociedade civil dominada por grupos específicos (POLLAK, 1989), como é o caso de um governo que nega os discursos e as produções científicas, bem como brinca com a seriedade da perda de vidas do país.

Toda esta angústia e preocupação, mais que uma potencial responsabilidade sobre a contaminação, a vivência e as cenas presentes no cotidiano do seu trabalho, tinham a ver também com as próprias perdas dos familiares que ocorreram, como é o caso de três entrevistadas que trouxeram a perda de familiares durante este período. Além de uma vivência de um luto familiar, há outras relações imbricadas na perda de um familiar. No encontro vivenciado com a Antônia, por exemplo, a perda do pai durante a pandemia e por COVID-19, foi uma questão que permeou toda sua produção discursiva durante a entrevista. Ou seja, toda a sua elaboração narrativa, de certa forma esteve relacionada ao luto que estava vivendo. A trabalhadora traz sentimentos presentes como o medo, a culpa, a responsabilidade sobre os familiares:

“O medo de tu não vê mais as pessoas, mas, eu sempre mantive essa coisa de tentar ver, isso é uma coisa que às vezes eu me culpo assim. Será que não fui eu que causei a morte do meu pai? Porque eu sempre dizia para a minha irmã e a minha irmã dizia: ‘Ah, não vai ver eles’. E eu sempre disse para ela desde o começo que nós ‘fazia’ sempre teste, não é? Eu sempre dizia para ela assim: ‘mana, eu vou ir, porque se acontecer alguma coisa, eu não vou me perdoar’. Daí tu fica naquele, mas, nunca me passou na cabeça que talvez eu poderia passar. Então, isso é uma coisa que depois, com o tempo, vem a culpa, não é? De ter acontecido, sabe? Por mais que não foi no tempo que eu tava lá, mas, vai saber, aí tu fica naquela culpa, não é? ” (Antônia)

E complementa:

“E para mim foi e é uma dor que tão cedo, a gente não cicatriza [choro]. Mas por um lado, se foi um jeito das pessoas [silêncio] vamos supor [voz emocionada, choro] menos pais faltarem, menos mãe assim, então, eu tenho levado assim, porque quando aconteceu tu fica te perguntando porque, não é? Por que comigo? Então, hoje, o que eu tento pensar assim. As coisas acontecem por um motivo e talvez teve que acontecer isso comigo, porque eu sei que as pessoas têm um respeito e um carinho por mim, principalmente assim, pacientes e teve que acontecer isso para não ter mais perdas, talvez. Por mais doloroso que seja” (Antônia)

Vê-se que ainda que a perda seja lócus de sentimento de “dor”, há a elaboração de algo que “fica” disto, que no caso, após a perda de seu pai, por ser uma pessoa recebida com carinho pelo território, os usuários da unidade e a população da cidade, começaram a ter maior cuidado

em relação à contaminação, fazer uso de máscara e buscar a vacinação. Portanto, há em sua produção narrativa a tentativa de uma ressignificação desta perda, a partir do trabalho.

Assim, é também no trabalho que reacendem as memórias e os afetos vivenciados pela perda do pai, ao cuidar de outras pessoas passando pela mesma situação, como relatado anteriormente e conforme complementa:

“Teve momentos muito difíceis assim. Principalmente, logo no começo quando eu voltei. Às vezes tinha que entubar algum paciente e era principalmente masculino. Então, a minha equipe me ajudou muito assim a me tirar muitas vezes, porque sabia que ia ser difícil, não é” (Antônia)

Para além da questão de lidar com a morte dentro dos serviços, como já discutimos, há um processo de identificação sobre a vivência dos usuários do serviço com a sua própria vivência, que reacendem no momento da produção do cuidado. Nesta direção, vamos ao encontro do que Sá (2009) chama atenção para o reconhecimento de processos intersubjetivos que se fazem presente no trabalho em saúde que são, muitas vezes, de ordem do desconhecimento, do que foge da via da razão ou do controle, mas que ali estão. Assim, os processos de identificação, são processos que se estabelecem na intersubjetividade entre os sujeitos ali presentes, usuários e trabalhadores, e são dinâmicas de mão-dupla e se coloca muitas vezes na possibilidade de uma percepção do sofrimento alheio, como foi o caso de Antônia.

Falar sobre a pandemia e seus efeitos em relação às vivências particulares pode ser um tanto desafiador. Cabe aqui, uma descrição do próprio processo de elaboração do encontro da entrevista, neste caso. Antônia foi uma das últimas participantes das entrevistas e havíamos marcado e remarcado a realização do nosso encontro diversas vezes, o que gerava dúvida em relação ao seu desejo em participar de fato da pesquisa, ainda que ela demonstrasse essa vontade. Ao final da entrevista, após todo o diálogo ter sido marcado pela vivência do luto do pai, ao falar de sua vivência no trabalho durante a pandemia, a participante relata e identifica, no próprio processo de falar, uma tentativa de “fuga” da sua participação, já que necessariamente demandaria dela olhar para estes acontecimentos:

“Peço desculpa pela emoção porque eu acho que um pouco era fuga também porque eu sabia. Assim, o covid, o principal para mim foi essa questão. Eu acho que eu apaguei muita coisa. Eu sei que tem muita coisa que eu apaguei da minha mente durante esse período. Acho que talvez tem muito mais história, muita coisa para contar, mas, infelizmente foi um ano que eu apaguei assim. Várias coisas que eu via eu bloqueei, eu acho que é essa a palavra. Então assim, se eu não pude ajudar mais é porque essa questão realmente tem uma feridinha ainda. Então eu acho que eu abduzi assim desse covid aí” (Antônia)

Vimos, por este exemplo, como os processos de identificação se fazem presente na

produção do cuidado e como geram outros efeitos em relação ao luto, como a dificuldade/proteção de se falar sobre alguns acontecimentos, entre eles, ligados à morte de familiares, como é o caso. Por outro lado, vemos a importância dos espaços de compartilhamento no sentido de elaboração das vivências e das suas dores. Neste sentido, o espaço da entrevista na pesquisa, foi um espaço de troca e elaboração do luto vivenciado, quando este está imbricado na sua prática profissional. Houve, como nos propõe Tedesco, Sade e Caliman (2013) a produção de uma experiência entre nós- participantes e pesquisadora e que a narrativa, ainda que de forma oral, pode promover reflexão sobre as práticas e novas percepções sobre si (DINIZ; SÁ, 2019).

6.6 SINTOMATOLOGIA E PATOLOGIZAÇÃO

Ainda que não seja objetivo principal desta dissertação, mas diante de tantos relatos que nos mostram a dificuldade de vivenciar o trabalho em saúde no período de pandemia, e de tantos efeitos e produções subjetivas na vivência das trabalhadoras, também nos parece observar aqui a questão da própria condição de saúde também gerada neste período, em especial, um olhar atento para a questão da saúde mental das trabalhadoras. Não nos cabe, neste trabalho, realizar um aprofundamento sobre o tema, visto que transborda os limites do trabalho, mas consideramos importante tomar atenção para esta questão, já que nos processos de subjetivação se expressaram ideias de adoecimento e patologização da vida. Chamamos atenção pelo fato de surgir em seus relatos, o surgimento de efeitos que anteriormente não eram vivenciados por elas. Um exemplo disto, é o que traz Lia, ao contar que passou a ter crises de ansiedade a partir deste período:

“Muito difícil. Eu sou uma pessoa que eu sou super ativa, não é? Se tô em [nome do município], daqui a pouco já estou em [Nome de outro município], consultório. Então tem muita coisa, é muita gente que a gente vai conhecendo e atendendo e aí, quando eu me vi parada lá naquela época. Eu tive crises de ansiedade” (Lia)

Da mesma forma, Elis também traz o caráter de novidade deste tipo de reação: *“Eu vou te confessar que, bom, coisas que eu nunca tive, como crises de ansiedade, pânico, eu consegui ter por conta dessa pandemia.”*. Isso que muitas vezes chamamos de uma possível sintomatologia de um processo de sofrimento psíquico, também esteve presente no relato de Rita, demonstrando a significativa dimensão do que é sentido e vivenciado durante o processo de trabalho no cuidado, durante a pandemia de COVID-19:

“Eu assim emocionalmente, me abalei um pouquinho, eu acabei assim, do stress dos

nervos acabei tendo uma paralisia facial. Eu recorri rápido, não é? Hoje em dia eu melhorei assim 90%, fiz muita fisioterapia, mas assim foi um negócio mais emocional, o estresse no início eu sentia falta de ar, em usar a máscara e aí, eu vi que aquilo era tudo do mental assim, não é? Eu sentia falta de ar, mas era tipo assim, um pânico, uma coisa assim, mas foi bem breve assim, porque mesmo há tempo atrás quando eu tive um problema assim de ansiedade, nunca me afastei do trabalho, achava até pior ficar em casa. ” (Rita)

A partir destes discursos, lembramos o que Safatle, Junior e Dunker (2020) nos apontam sobre a questão do sofrimento psíquico no contexto de neoliberalismo, afinal, o modo como narramos, falamos ou não sobre a questão do sofrimento, reconhecemos ou descrevemos-a, é inscrita em cada época. Pensar que há a produção de um sofrimento a partir das atividades que são inerentes ao trabalho do cuidado, como é o caso das falas anteriores, nos faz lembrar sobre o que o autor nos sinaliza sobre a produção subjetiva e individual de uma performance para o trabalho no contexto do neoliberalismo. Neste sentido, os sujeitos, individualmente, são operadores dessa performance, devem dar conta da otimização das competências afetivas para criar maior eficiência para o trabalho. Cada um é “responsável” por esta performance, acionando inclusive a exploração maior dos fármacos para esta maior potencialização do trabalho. Antônia, por exemplo, ao relatar sobre seu período de sofrimento em relação ao luto pela perda de seu pai, nos relata que “ *Tanto que depois, aí eu comecei a tomar remédio para depressão.* ”. Nesta direção, lembramos da preocupação que este tipo de fala pode ser tomado como uma possível expressão do próprio fenômeno da “medicalização” da vida, quando parecemos estar cada vez mais inseparáveis do discurso da biomedicina (FREITAS, AMARANTE, 2015), ainda que a expressão do sofrimento tenha a ver com o contexto vivenciado: o luto, a alta carga de trabalho, entre outros.

Houve os relatos presentes de que as trabalhadoras também desenvolveram formas de autocuidado que se sentiram demandadas a ter, como cita a entrevistada: “*tive que buscar tratamento. Eu já fazia análise antes, mas teve um período que eu parei. Tive que voltar, buscar outras alternativas, outras coisas, para eu também melhorar, porque foi difícil.* ” (Lia). Rita, que relatou a situação de adoecimento, fala também da busca pela fisioterapia como espaço de cuidado e também da importância de sua fé. Renata, ao relatar que passou por um acidente de trânsito pela sobrecarga de trabalho ao se deslocar entre os municípios que trabalhava, conta sobre a necessidade de ter mais atenção e cuidado consigo a partir desta situação, demonstrando a importância dos espaços de cuidado para as trabalhadoras:

“E, claro que eu comecei a atentar para mim, não é? Desde o acidente, graças a Deus, eu não me machuquei, mas serviu uma lição assim para dar um pause, e começar a olhar o que estava acontecendo, a olhar que a gente precisa dormir, mas foi bem intenso assim, certamente” (Renata)

Silvana também traz da ausência de espaços de escuta e cuidado em saúde mental para os profissionais da saúde, como relata:

Acho que o que faltou naquele período foi um acompanhamento. Até teve, não é? De equipes de psicologia e psiquiatria fazendo online para quem trabalha na área da saúde, mas acho que isso tinha que acessar mais pessoas, sabe? Tinha que ser maior esse trabalho, essa oportunidade de abrir espaço de fala deveria ter sido maior assim. Para que todos pudessem ter o acompanhamento. (Silvana)

Por isso, para além dos processos individualizados, podemos nos atentar para as interferências que estas questões trazem para a organização dos serviços, já que podemos considerar os afastamentos por saúde, por perda de familiares. Ao mesmo tempo, a necessidade da organização dos serviços no sentido da oferta da possibilidade de formas de cuidado aos seus trabalhadores.

6.7 UMA POSSÍVEL “PEDAGOGIA DO VÍRUS”?

Ainda que, pelo que vimos nos capítulos anteriores, a vivência sobre o cuidado na pandemia foi marcada pelas dificuldades sociais e assistenciais no trabalho em saúde, pelos processos subjetivos ligados ao medo, a impotência, o luto, entre outros, escutamos também, das profissionais, relatos ligados a potencialidades surgidas neste período.

Parece-nos estranho ou malfeito querer ver o que há de potência num período de tanta dor e sofrimento, entretanto, entendemos, a partir de Spinoza (SPINOZA, E.III,) que nos encontros temos processos de afetação e que é nesta dinâmica onde está a possibilidade de estabelecermos afetos voltados para a alegria, de forma a potencializar a vida. Neste período de pandemia, também podemos aprender com Boaventura Santos (2020), a possibilidade de haver uma “pedagogia”, algo que nos ensina, ainda que seja “cruel”. Para além da vivência com a morte, vemos que ainda dentro das dificuldades, essas mulheres que nos relataram tantos fatos, foram também produtoras de vida ainda que com todas as durezas. É importante aqui trazer o que de potencialidades apareceram na produção discursivas das profissionais que estiveram conosco.

Neste caminho, em primeiro lugar, destacamos as novas formas de cuidar, e os efeitos sobre as trabalhadoras diante dessas novas formas de produção do cuidado. A participante Lia, psicóloga, ao relatar sobre os atendimentos que passou a realizar atendimentos pelo celular, relata um pouco de suas impressões:

“E essa mudança também que eu senti que foi bem interessante de que não ia funcionar e que foi bem legal. Ainda mais com casos graves assim, pacientes que tiveram uma melhora significativa com essa ligação telefônica, às vezes não conseguia fazer, a gente trocava mensagem por áudio. E eu disse: - Nossa! Agora, danou-se, não é? Mas funcionou bem, foi bem legal” (Lia)

“A primeira vez, eu fiquei: - como é que vai ser, como é que não vai? Mas foi super bom. Eu adorei essa novidade na minha vida e aí depois os de [nome do município], por serem casos assim um pouco mais graves, alguns pacientes. Eu tinha essa preocupação de como é que a pessoa assim do outro lado iria tá, mas foi super bom. Foi uma experiência para mim, foi bem gratificante. ” (Lia)

Assim, a prática discursiva de Lia, relata uma sensação de “gratificação”, que parece ser no sentido de poder continuar realizando sua prática de trabalho ou sua ação de cuidado, ainda que durante a pandemia. Isto pode estar ligado ao que Sá (2009) chama atenção para a dinâmica de um reconhecimento também, importante questão para a relação do trabalho, na medida em que pode ser uma forma de transformar sofrimento em prazer através do trabalho. Para além desta questão de forma mais individualizada, como é o que ela nos conta, a autora também aponta o lugar da gestão neste processo, atentando o reconhecimento de forma coletiva entre os trabalhadores de uma organização.

Vemos que há um caráter de novidade em sua fala e, portanto, ela também relata um processo de “aprendizagem” ao seu repertório de cuidado: *“e teve melhoras então, para mim, foi não só gratificante, mas foi de aprendizado, sabe? De ver que é possível. ” (Lia).*

A participante Joana, também aponta as novas tecnologias incorporadas ao cuidado, relata também a facilidade gerada pelo seu uso, por exemplo, em uma reunião de rede do território, como diz:

“Foi um momento bem crítico, mas acho que a gente está saindo, não é? Muitas coisas disso tudo ficaram de bom. A questão do uso das tecnologias, olha nós duas aqui, de poder estar fazendo isso à distância. Mesmo que nesse momento não fosse problemático a gente está de máscara fazendo, mas é uma forma de facilitação para ‘ti’, para mim” (Joana)

Neste sentido, algumas profissionais trouxeram o caráter de “aprendizagem” deste período como um todo, Lia relata que para ela houve *“várias quebras de paradigmas para quem tinha os pré-conceitos”*. Renata trouxe o caráter formativo do período:

“Eu fiz cinco meses que certamente eu aprendi mais do que os cinco anos da faculdade, referente à prática, porque daí tu tá ali. Tu não tem teu professor para te olhar, você vai ter que fazer. Tu sabendo ou não sabendo, tu vai ter que fazer. Então, para nós, já é tudo novo. Por que a gente se forma e já sai tudo novo”

Podemos mais uma vez nos atentar para o caráter inventivo do trabalho em saúde. Franco (2015) nos coloca esse processo de invenção como possibilidades de desvios, ou de “linhas de fuga”, na medida em que saem do prescrito e acabam ressignificando o problema, a

questão de saúde e também a própria relação entre cuidador e usuários dos serviços. Assim, vemos a positiva capacidade de haver uma elasticidade das práticas presentes entre os profissionais da saúde.

Ao que parece, a inventividade também tem a ver com uma disponibilidade para cuidar, e uma sensibilidade para o sofrimento do outro, conforme também relata Azevedo *et al.* (2018). Assim, esta elasticidade no encontro com os usuários ganha esse caráter de aprendizagem pelo relato de algumas entrevistadas. Destacamos que a própria experiência do fazer no trabalho em saúde, é um processo de educação permanente, que acontece a partir de prática cotidiana e no próprio trabalho como matéria-prima de aprendizagem. Os encontros possíveis, adentrados na prática cotidiana do cuidado entre sujeitos envolvidos, usuários e trabalhadores, são lugares de produção pedagógica para seus trabalhadores e acaba por ser espaço privilegiado de produção do conhecimento e aprendizagem (FRANCO, 2022b). Como Silvana, que trouxe o aprendizado no sentido de haver um crescimento em *“Foi bem intenso, mas a gente tá, foi muito aprendido. Se pôr no lugar do outro, não é? Do próprio familiar que estava ali desesperado sem saber o que estava acontecendo direito.”*. Assim, podemos inferir que há produção de uma “sensibilidade” para o cuidado acrescido destes momentos de crise passados na pandemia.

Outra questão trazida foi a questão da produção de um maior cuidado relativo à saúde individual e coletiva, conforme traz Verônica:

“Nossa, a pandemia, positivamente ela nos mostrou assim o quanto a gente não tinha cuidado com a nossa saúde e com a do outro. Então, tem coisa que eu vou levar para sempre no meu trabalho e na minha casa, então assim, a questão que a gente sempre teve na enfermagem, essa questão de lavar a mão, tive muito comigo agora mais do que nunca. A questão do uso da máscara porque a gente fazia tudo muito no rosto um do outro, não é? Então, a pandemia veio para nos mostrar que nossa, como a gente não fazia corretamente muitas coisas.”

Por outro lado, a participante também trouxe sobre a invenção de novas formas de estar em equipe que acabou acontecendo em demanda da reorganização diária dos fluxos existentes na unidade. Ela destaca os momentos de diálogo entre a equipe para organização do serviço:

“Então, apesar de exaustivo de redefinir novas estratégias, a gente sempre conseguia chegar de uma forma positiva porque a gente queria atingir. Então, eu e assim eu sempre digo que o diálogo, a conversa, troca de ideias e opiniões na maioria das vezes são para de uma forma positiva para todo mundo quando se pensa em equipe, quando não é o eu individual.” (Verônica)

“Hoje ainda a gente faz isso. Não se perdeu nada ainda. Que bom. Espero que não se perca mesmo que essa pandemia tenha um fim, não é? Eu acho que com os colegas, muitos de nós se ‘aproximou’ mais, no sentido que era sempre a gente que estava aqui, algumas exceções, claro, mas faz parte. A gente se apoiava muito um no outro é até hoje a gente apoia e a questão assim familiar também. Eu vou te dizer que para algumas pessoas que a gente escuta falar família, foi uma desestruturação, para outras o contrário, foi uma união, um cuidado maior um com outro. Então isso foi muito importante, muito importante. Bem agregador e aqui na nossa unidade eu acho

que também. Claro, todos com as suas diferenças, todo mundo tem seu pensamento, ” (Verônica)

Logo, vê-se a geração de algo novo no processo grupal da equipe: o diálogo, a aproximação entre colegas. Isso também é trazido por Renata, que relata que

“A gente acabou se igualando muito com os profissionais mais velhos porque também não sabiam, não é? Então todo mundo acabou se unindo e aprendendo junto, se virando junto, improvisando e acabou que todo mundo se igualou no mesmo objetivo, não é? ”

Vemos, por um lado, o potencial de afetação entre os sujeitos do grupo (SPINOZA, E.III), mas, ao mesmo tempo, parece haver, por conta da situação inédita da pandemia, uma dissolução das hierarquias presentes comumente nas organizações em saúde entre as categorias profissionais, sendo um fator positivo para a entrevistada.

Por outro lado, houve reflexões também de pensar este lugar do profissional da saúde e a identificação de uma governabilidade no cuidado que tem limites, como relata Catarina:

“Eu acho que, na verdade, é uma lição que todos os funcionários da Saúde acabam tirando é que na verdade, a gente não é, por mais que a gente tente, às vezes, a gente se torna impotente perante algumas coisas, não é? ” (Catarina).

Aparecendo mais uma vez a possibilidade de “um limite” ao potencial do trabalhador da saúde, no sentido de um imaginário de onipotência em seu fazer profissional.

Ainda em relação às possíveis aprendizagens, Joana, amplia esta questão sobre a produção de saúde, refletindo sobre a importância do fortalecimento do sistema, como uma aprendizagem importante deste período e do próprio reconhecimento do trabalho feito durante este período:

“Nesse tempo todo, mas, o que eu tiro disso tudo é fortalecimento de sistema, de sistema de saúde, o SUS, que eu acho que foi a base disso tudo, da questão de vacinação em massa, não é? De organização de serviços para poder sair e fazer a vacinação em shoppings, em escolas e buscar no SUS. De quantas pessoas, elas se movimentaram, essas pessoas eu digo profissionais de saúde, não é? Se movimentaram para dar conta desse momento e foram vários funcionários, o pessoal de outras instituições, de Exército, de vários locais que se organizaram para conseguir dar conta desse momento”

Portanto, me parece importante nos atentarmos a este potencial de reconhecimento coletivo aos trabalhadores do SUS, como já falamos anteriormente a partir de Sá (2009), mas também no entendimento que o SUS, como sistema de saúde, em sua concepção de universalidade, integralidade, interdisciplinaridade acaba por gerar subjetividades mais voltadas para solidariedade e com valores mais coletivos e cooperativos (GOMES, RAMOS, 2015), ou seja, foi capaz de disparar a produção coletiva de novas subjetividades (FRANCO,

MERHY, 2013).

7 NOTAS SOBRE OS SENTIDOS DO CUIDADO

Buscar conhecer os sentidos dados ao cuidado pelos profissionais em atuação durante este tempo de pandemia foi um de nossos intuitos nesta pesquisa. Diante do que vimos em relação às diferenças na produção do cuidado e os afetos sentidos pelas profissionais participantes, em seus discursos se reproduzem e se produzem novos sentidos dados ao seu próprio trabalho de cuidar. Ao analisarmos as práticas discursivas encontradas na pesquisa vemos que a noção de cuidado teve diversos usos. Não nos interessa aqui repetir grande parte das narrativas anteriormente já apresentadas na análise e discussão do que surgiu entre as entrevistas com as participantes. Porém, nos parece interessante trazer aqui, algumas “notas” sobre o tema dos sentidos do trabalho, de forma a sistematizar de maneira mais evidente os diferentes sentidos do cuidado que foram sendo construídos no processo.

Estiveram presentes, nas narrativas, versões sobre o cuidado mais voltadas a uma sensação de desvelo, de preocupação, de ter interesse à pessoa a quem está sendo destinada o cuidado, próximo ao que Boff (1999) chamou atenção em sua concepção. Ao mesmo tempo, há, nos discursos, algo como que uma “essência” de quem se propõe ao cuidado: ter disponibilidade para o cuidar, ter amor, dar de si, ter sensibilidade em relação ao sofrimento do outro e inclusive lutar, colocar-se em risco pelo outro, ser forte como quem vive uma batalha, herança talvez do histórico contexto das guerras na humanidade (SALDAÑA, 2006; VAGHETTI *et al.*, 2007). O que pode, inclusive, gerar uma sensação de onipotência por parte dos profissionais (SÁ; MIRANDA; MAGALHÃES, 2020).

Por outro lado, o cuidado é tido também como uma identidade profissional e, portanto, é espaço de sociabilidade e também da construção de uma responsabilidade sobre o outro que se cuida, também próximo ao que Boff (1999) identifica. Existe uma posição de que há um saber sobre este outro. Se o trabalho do cuidado é tido como produzir vida e bem-estar, é entendível a dificuldade dos profissionais do cuidado em lidar com a morte. Paradoxalmente, há uma necessidade em saber lidar com coisas difíceis, acostumar-se a elas, o que pode gerar, como vimos, formas diferentes de proteção nos trabalhadores. Apresenta-se também algo do cuidado que está no compartilhamento dele com outros colegas profissionais, podendo-se construir marcas coletivas entre as equipes, como vimos, ou na construção de acontecimentos com os usuários, demonstrando a dimensão intersubjetiva do cuidado.

Nos discursos das profissionais há o reconhecimento de que existe um cuidado que é mais individual, ou seja, de um cuidado de si, como por exemplo, no uso de formas de prevenção de contágio. Mas que também existe um cuidado que é coletivo, já que ao proteger

a si, protege-se também ao outro. Neste sentido, o cuidado também se relaciona ao coletivo. Ao reconhecer o caráter coletivo, podemos refletir como o novo contexto de globalização gera efeitos sobre ele, com a utilização de novas tecnologias, mas também na exigência de novas performances profissionais individuais, ligadas ao liberalismo (SAFATLE; JUNIOR; DUNKER, 2020) e na precarização e fragilidade dos serviços públicos de saúde. O contexto de vulnerabilidades sociais, agrava as demandas de um cuidado que considere as características do território, e as próprias vulnerabilidades que incidem sobre a vida da população da comunidade, exigindo a interlocução com outros serviços e assim amplia o que é cuidar.

Sob outro enfoque, há mecanismos de cuidado que estão relacionados a questões mais protocolares do cuidado, como é o caso da valorização da presença de protocolos de cuidado, da importância dada ao uso de EPI's e dos procedimentos específicos. A partir dessas diferenças identificadas nas falas, nos parece que há uma proximidade com o que Ayres (2004) nos propõe, entre pensar o cuidado no sentido de realizar, de fato, uma conciliação entre diferentes racionalidades: uma de caráter mais burocratizada ou voltada à biomedicina e outra mais na tangente da sociabilidade humana.

Na pandemia, vemos que houve uma mudança na forma como o cuidado é entendido e o modo como os profissionais se vêem e se entendem neste lugar de cuidadores, segundo o que vimos em suas diversas produções narrativas. Isto está relacionado à questão das mudanças na forma de produção do cuidado e a organização do trabalho, mas também relacionado a seus sentires e ao próprio lugar demandado de trabalhadores de saúde, em um momento onde a centralidade da vida, esteve sob a possibilidade ou não, de “ter saúde” e, portanto, colocando os profissionais da saúde em destaque socialmente. Portanto, houve uma mudança tecnológica na produção do cuidado, tanto na ordem dos equipamentos, quanto nas tecnologias relacionais (FRANCO, 2020) e vemos que, ainda que a vivência dos profissionais sejam próximas, há uma diversidade nas formas como o sentido do cuidado se constrói a partir da prática cotidiana.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da pandemia por COVID-19 produziu mudanças. O contexto de sociabilidade tornou-se outro: tivemos um agravamento das vulnerabilidades sociais, perdas importantes no campo do acesso a políticas sociais e sofremos com as inseguranças de um novo vírus, das novas informações, das falsas informações, das possibilidades de prevenção do agravamento das situações de contágio, da fragilidade dos serviços públicos e dos diferentes impactos nas classes sociais. O campo da saúde foi convocado a ter um papel central diante da situação sanitária instaurada desde 2020. Sofreu adaptações e reorganizou sua oferta de serviços à população, diante das incessantes novidades nas demandas de saúde. Neste período, houve ausências de direcionamentos de âmbito federal para a condução sanitária, e notou-se uma centralidade no cuidado hospitalar, em detrimento de outros níveis de atenção à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2021). Apesar disso, o campo da APS estava em atividade nos territórios, sendo convocado pela população e também com novas demandas. Em relação aos sujeitos implicados, parte-se do entendimento de que todo este contexto social gera impactos na forma como nos portamos, sentimos, amamos, sofremos, isto é, como nos subjetiva. Uma subjetividade que é dinâmica e que não é essencialista, na medida em que se constitui diante do contexto sócio-histórico. Portanto, a subjetividade é constituinte das relações de produção, bem como é constituída por ela (GUATTARI; ROLNIK, 1996). Logo, a forma como nos portamos ou sentimos está colocada no contexto do capitalismo contemporâneo, gerando novas formas de se subjetivar, por exemplo, novas demandas aos sujeitos trabalhadores, na medida em que o neoliberalismo coloca como uma responsabilidade individual o desenvolvimento de uma performance de otimização das competências afetivas (SAFATLE; JUNIOR; DUNKER, 2020). Ao mesmo tempo, parte-se da concepção que a subjetividade se coloca numa dinâmica de uma afetação, sendo capaz de gerar potencialização da vida através dos encontros entre sujeitos (SPINOZA, E.III).

Neste contexto, a partir da ideia de uma determinação social do processo saúde-enfermidade (FLEURY-TEIXEIRA, BRONZO, 2010), pode-se complexificar o olhar do cuidado neste período da pandemia, para além do contexto social enfrentado, e se nos colocamos a pensar sobre os sujeitos que compõem esta relação de cuidado, em especial os trabalhadores da saúde, pode-se pensar em como as relações de afetação, bem como as alterações da organização do cuidado, politizam e criam novas formas de se produzir saúde e de produzir sujeitos (CAMPOS, 2003).

Demonstra-se a importância de se conhecer o que se produz, neste cenário, em relação

aos processos de subjetivação, não apenas para entender seus efeitos e impactos, mas também para a própria organização do cuidado. Isto é, no entendimento de que ao não conhecermos os processos de subjetivação a partir do trabalho em saúde, estamos desconsiderando uma presente e importante parte do processo de produzir cuidado. Logo, conhecer a produção de subjetividade no cuidado, pode ser estratégia para a sua organização, no sentido de não gerar planejamentos incompatíveis com a realidade e sofrimento dos trabalhadores. Por outro lado, identifica-se a importância de haver um espaço de escuta sobre as vivências deste período e a possibilidade de construir memórias (BOSI, 1979) sobre este importante período na história da saúde pública brasileira. Logo, o desenvolvimento da pesquisa demonstra ser uma contribuição para o fortalecimento do campo da saúde coletiva, bem como da tentativa de auxiliar processos de gestão, formação profissional, melhoria do cuidado e formação de memória sobre este período.

Diante da presença de diferentes lógicas e das novas formas de cuidar durante este período, esta pesquisa teve como intuito identificar quais foram as expressões da produção de subjetividade em profissionais da saúde da atenção primária quanto ao cuidado em saúde, realizado no contexto de pandemia de COVID-19. Para trabalharmos sobre esta questão, nos deparamos com as próprias mudanças decorrentes da pandemia. Se o saber científico muda através dos tempos (SANTOS, 2009), durante a pandemia de COVID-19, as mudanças da construção de uma pesquisa qualitativa passaram por reinvenções. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais em atuação na Atenção Primária à Saúde, de dois municípios, na tentativa de recolher narrativas orais, entendendo que narrar é também produzir memória- individual e coletiva (BOSI, 1979). Todo o processo de pesquisa, desde o início do contato com os campos de pesquisa, até os encontros com as profissionais de saúde, se realizou de forma remota, via contato por aplicativos de comunicação como o *WhatsApp* e o aplicativo *Zoom*. Houve atenção ao fato de que era necessário ter cuidados específicos diante deste contexto de pesquisa (DESLANDES; COUTINHO, 2020). Em vista disso, a própria investigação foi sofrendo adaptações através das vivências pessoais e os trânsitos realizados, da necessidade de haver uma proteção a todos os sujeitos envolvidos e quanto ao risco de contágio. Nos encontros através das entrevistas, identificou-se diferenças nas formas de comunicação com os espaços e nos próprios encontros com as profissionais, que acabou por tornar-se um espaço de construção intersubjetiva a cada uma (TEDESCO; SADE, CALIMAN, 2013).

O estudo, realizado com trabalhadoras de duas unidades de duas cidades de portes diferentes (uma de pequeno porte, no interior do Rio Grande do Sul e outra de grande porte,

sendo a capital do Estado), reconheceu singularidades em cada uma delas. Em relação ao processo de pesquisa, houve especificidades na chegada em cada uma das cidades, na comunicação, na familiaridade com a realização de pesquisas e com a própria organização da rede de saúde e conseqüentemente dos processos de produção do cuidado.

Não era intuito desta investigação, realizar uma análise sobre um período específico da pandemia, e sim, de uma maneira geral sobre vivência do trabalho em saúde. Esta escolha foi um desafio na sua análise, visto que foram diferentes os momentos vivenciados. Entretanto, possibilitou que as profissionais trouxessem o que mais haviam lido marcado durante este período, um material interessante, visto que por ser lembrado, é significativo subjetivamente (BOSI, 1979). Esta análise foi realizada através do método de Spink (2013), “*práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*”. Foi uma escolha potente, no sentido de que considerou a produção de sentidos, como um processo interativo, vivenciado na experiência do encontro da pesquisa. Assim, foram geradas práticas discursivas, no sentido de Bakhtin (2003), já que houve produções de ressignificações, rupturas, com diferentes formas e conteúdos.

Em relação à elaboração dos encontros virtuais, vivenciamos uma experiência de troca e construção de vínculo na realização das entrevistas, gerando efeitos tanto na pesquisadora quanto nas entrevistadas. Consideramos a produção de um espaço de escuta, de reconhecimento, de ressignificação e de produção de memória interativa, que é também parte da contribuição desta investigação.

As práticas discursivas relacionadas às principais mudanças na organização do trabalho, apontou que as alterações, principalmente no primeiro período da pandemia, tiveram a ver com as mudanças na escala de trabalho, na maior presença de protocolos de cuidado, a reestruturação de visitas domiciliares, processo de priorização dos casos de COVID-19, a significativa suspensão de consultas eletivas e a forte centralidade nas atividades mais voltadas atenção à urgência e emergência. Na produção do cuidado, foi identificado diferenças na forma de atender: mais minuciosos na tentativa da avaliação para diagnóstico COVID-19, entretanto, com perda de proximidade, um atendimento mais objetivo. No avançar da pandemia, a vacinação teve um lugar importante na reorganização do serviço. Observou-se especificidades em relação aos municípios, também neste sentido. Porto Alegre com maior número de equipamentos de serviços e, no caso da vacinação com tendas e *drives* para vacinação, e a cidade do interior, com atividades de busca ativa, por exemplo. Os dois locais tiveram novas demandas, como processos mais desafiadores de educação em saúde, complexificados pelo fenômeno negacionista presente no país e enfrentando dificuldades nas condições de cuidar, caracterizadas pela falta de insumos, a sobrecarga de trabalho, a falta de leitos e inclusive de

EPI's. Assim, as mudanças na produção do cuidado tiveram a ver também com o uso de materiais de biossegurança e a utilização das tecnologias de informação, visto a necessidade de se readaptar a situação de distanciamento social.

Ainda nas diferenças entre os territórios, houve diferenciações relativas às relações de rede da saúde no município. Em Porto Alegre, caracterizada por uma rede com maior número de equipamentos nas diferentes modalidades e níveis de atenção à saúde. Já na cidade do interior, observou-se que anteriormente ao período de pandemia por COVID-19, a unidade de saúde participante já era ponto de referência para atenção à urgência e emergência e, na necessidade pela presença de casos mais graves, conta com a relação com municípios vizinhos para dar o suporte e atenção. Apesar disso, há identificação nas duas unidades, sobre a suspensão de atividades do cuidado continuado da unidade de saúde, para a priorização dos casos de COVID-19. As profissionais trouxeram a alta procura nas unidades, bem como a transformação de um espaço voltado quase que exclusivamente para atendimento de casos de urgência e emergência. Houve a identificação, a partir das falas, de uma presença diferente em relação ao nível de tecnologia frequentes na atenção primária, sendo, durante a pandemia, exigido mais intensamente outros processos de cuidado, outros materiais e equipamentos anteriormente não utilizados. Portanto, houve a identificação de uma diferença na complexidade do cuidado na APS durante este período.

Diante dessas alterações, há uma diversidade de afetos na complexidade exigida no ato de cuidar. Os afetos e as mudanças concretas das condições e formas de trabalhar se misturaram nos repertórios linguísticos das participantes. Angústia, preocupação, medo, nervosismo, surpresa, adaptação, insegurança, sentir-se de mãos atadas, exercícios de criação, improviso, diversas formas de defesa ao sofrimento, lidar com a proximidade da morte, sobrecarga, necessidade de ser forte, a vivência do luto, foram algumas das sensações trazidas pelas participantes.

As condições de trabalho e as formas de organização do cuidado também trouxeram sensações diante dos desafios da gestão do cuidado. Geraram impotência, frustração, insegurança profissional, falta de valorização e de reconhecimento. Por outro lado, apareceram novas formas de relação com a equipe, como marcas grupais e construção de sentidos sobre o cuidado de forma coletiva e de processos intersubjetivos no trabalho em saúde, ainda que também relatos de maior solidão na experiência de produzir cuidado. A relação vivenciada entre trabalhadores e usuários também foram trazidas nos discursos: a amizade e o vínculo estiveram presentes, mas também situações de diferenças nas expectativas e a presença do estigma sofrido pelos profissionais da saúde. Uma questão que teve notoriedade nas falas e que compõe um

campo a ser melhor refletido em futuras pesquisas, é o da possibilidade de construção de uma relação de educação em saúde e a necessidade de considerar diferenças entre as expectativas dos profissionais de saúde e dos usuários neste processo. Lembramos que Santos (2020), recorda a necessidade dos intelectuais de trabalhar “com” e não sobre, nos dando pistas sobre a necessidade de construirmos em conjuntos os saberes sobre a saúde. Por outro lado, também vimos a possibilidade de considerar a dinâmica de afetação (SPINOZA, E.III) para a educação em saúde, na medida em que vimos as narrativas de maior sensibilização da comunidade sobre uso de materiais de proteção, a partir do vínculo com a trabalhadora.

As relações familiares foram trazidas como um fator importante no transcorrer deste período, na medida em que geravam medo de infecção, responsabilidade, a sobrecarga também pelo trabalho doméstico e o fato de lidar com a perda de familiares, o luto e situações de identificação de processos familiares com acontecimentos na Unidade de Saúde.

Vê-se assim, que as vivências dos trabalhadores na mudança dos processos de trabalhos, estiveram mediadas por um processo de afetação (SPINOZA, E.III) entre equipe, na relação com os usuários e com a rede de saúde. Neste sentido, puderam gerar sensações mais voltadas para os afetos tristes, em que a angústia e sofrimento estiveram presentes, mas também na potência da construção de afetos alegres, na medida em que houve situações de invenção, e segundo os relatos, de ver que é possível novas formas de cuidados antes desconhecidas, de aprendizagens a partir do trabalho de cuidar (FRANCO, 2022b), da criação de maior sensibilização, da criação de situações de maior diálogo entre a equipe e mesmo o reconhecimento da necessidade de maior fortalecimento para o sistema de saúde. Estas possibilidades são formas de escape, de criação, de invenção como as novas formas de cuidar e novas formas de relacionar-se entre equipe. Destaca-se a importância da atuação em rede para a produção de um trabalho comum, um território existencial de um plano afetivo coletivo (AZEVEDO, 2015) e que possa ir em direção ao que o SUS como sistema se propôs a fazer: oferecer acesso universal, a partir dos territórios, do vínculo, com qualidade. Portanto, a partir do conteúdo das falas entre as trabalhadoras, revela-se que o cuidado produzido é mediado pelo afeto e potencializador de transformações sociais (SAWAIA, 2018), na medida em que mitigou os efeitos causados pela pandemia de COVID-19.

A investigação revelou que não há uma perspectiva única do que é cuidar. Pelo contrário, há diferentes usos da palavra no cotidiano e diferentes racionalidades que ancoram as práticas de saúde. Podem reproduzir lógicas mais voltadas à racionalização e biomedicina, como podem ir em direção a um cuidado que considere os processos relacionais, os territórios, as condições de vida e de produção de saúde.

O campo da saúde, e especialmente as práticas de saúde, são, então, um espaço de produção: de cuidado, de subjetividades e de uma dinâmica de “mundo”, na medida que pode reproduzir relações ou criar alternativas ao contexto que vivenciamos. Portanto, as lógicas que compõem esta produção, podem se dar na direção ao neoliberalismo contemporâneo, do imperialismo e da individualidade, ou em uma lógica mais voltada à solidariedade, cooperação e democracia (GOMES; RAMOS, 2015), valores centrais na construção do SUS. Assim, justifica-se a importância do estudo sobre os sentidos empregados sobre o cuidado nas práticas profissionais da saúde.

Em outra direção, houve a impossibilidade de separar as diferenças nas organizações do cuidado e nas alterações das práticas de cuidado, com o que se sente e o que se produz subjetivamente nos envolvidos na produção de saúde. Como é o caso da mudança na complexidade do cuidado na APS, que gera necessidade de reorganização da rede de saúde, novas dinâmicas para a gestão do cuidado e, portanto, geram novas formas de subjetivação. A relação com a morte, por exemplo, parece ser, nas práticas discursivas das profissionais uma relação nova, ou pelo menos, não tão presente anteriormente. Neste sentido, reafirma-se o caráter de uma construção de uma subjetividade que é modelada, consumida, fabricada através da dinâmica social (GUATTARI; ROLNIK, 1996).

A questão da gestão do cuidado, portanto, é parte indissociável da prática clínica dentro dos territórios e de como é produtora de subjetividade. Neste sentido, há uma importância em olhar os aspectos afetivos do trabalho para pensar as possibilidades de organização dos serviços e gerenciamento de suas atividades, entendendo que essas relações indissociáveis produzem formas de cuidados específicas e diferentes formas de acesso aos serviços de saúde e ao cuidado em si. É preciso considerar a dimensão intersubjetiva, que por muito tempo não foi considerada, mas que é uma dimensão que “escapa” do controle gerencial e impõe desafios para a gestão do cuidado (AZEVEDO *et al.*, 2018).

Em relação às narrativas orais presentes nos encontros das entrevistas, também demonstram como a diversidade de afetos está integrada às mudanças concretas da realidade dos serviços. A escolha do que marca, para cada profissional, demonstra a escolha de algo que foi significativo na ordem afetiva (BOSI, 1979). Aparecem, então, dilemas profissionais: a ausência de condições para o trabalho, a surpresa ou excepcional situação anteriormente não vivida, a sobrecarga dos sistemas de saúde, a falta de materiais e de suporte da rede de saúde, a situação de perda de pacientes, a desvalorização profissional, a situação de mortes irromperem a possibilidade de despedida, a identificação com situações vivenciadas com familiares e a identificação do SUS como suporte universal para a população diante da superlotação das

diferentes redes de saúde, além do medo de seu colapso. Além disso, a questão da surpresa na possibilidade de construir novas formas de cuidar, como foi o caso dos atendimentos via vídeochamadas ou acompanhamento de grupos via *WhatsApp*.

Destacamos assim a tarefa de produzir memória: Se na memória o que está em negociação é o sentido também da identidade individual e do grupo (POLLAK, 1989) quais sentidos criados deste período? De horror, de tristeza e angústia, mas também de força e potência de criação, além do suporte universal do SUS. Neste sentido, entre os efeitos da pesquisa está a reconstrução de identidade através da memória (BOSI, 1979). Ao mesmo tempo, a pesquisa foi uma tentativa de não silenciar essas narrativas diante uma política de apagamento de determinadas falas e produção de *Fake News*.

A produção desta pesquisa, também apresentou limites: a realização virtual diante do cuidado para evitar o contágio do vírus durante este período, reduziu outras possibilidades metodológicas que poderiam ser interessantes, como a observação participante e formas mais coletivas de reconstrução dos sentidos, como em formatos grupais. A escolha foi pela proteção dos envolvidos e pela viabilidade, devido a sobrecarga de trabalho dos profissionais e dificuldades de confirmações e presenças na pesquisa.

Para finalizar, voltamos à pergunta central desta pesquisa, se as formas de produzir cuidado durante a pandemia, na APS, construíram novas formas de cuidar, de ser, de produzir saúde, além de novos sentidos para o cuidado. Diante do apresentado, identificou-se que sim, que houveram novas práticas de cuidado, novas formas de afetação entre a equipe, entre usuários e trabalhadores e, portanto, a produção de novos sujeitos. Reitera-se a necessidade de olhar para estes novos sujeitos para subsidiar práticas de gestão que os considerem, para qualificar o cuidado ofertado pelo SUS e dar maiores possibilidades de acesso, principalmente neste período pós- pandemia. O cuidado, mediado pelo afeto, gera capacidade de produzir saúde, evitar maior número de contágios, de produzir vida, de ser potência.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; TROTT, L.C. Subjetividade e gestão da clínica no combate à COVID-19. In: AMARANTE, P. *et al* [Org]. **O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/FIOCRUZ, 2020.

AMARANTE, P.; FREITAS, F. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.148p.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 8, p. 73–92, fev. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2004.v8n14/73-92/pt/>. Acesso em: 1 dez. 2020.

AZEVEDO, A. B. de. O trabalho comum através do aprendizado dos afetos na Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. polis psique**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 80–93, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2015000200006

AZEVEDO, C. da S. *et al*. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 1991–2002, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601991&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2020.

AZEVEDO, C. da S. *et al*. Entre protocolos e sujeitos: qualidade do cuidado hospitalar em um serviço de hematologia. **Cad. Saúde Pública (Online)**, [S. l.], v. 34, n. 6, p. e00043817–e00043817, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605007.

BACKES, J. C.; AZEVEDO, C. da S. Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico): explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 21, n. 60, p. 77–87, 20 out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100077&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2020.

BAKHTIN, M. Os gêneros do discurso. In: BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BARBOSA, S. de P.; SILVA, A. V. F. G. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 17–19, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/62>. Acesso em: 24 abr. 2022.

BELLATO, R.; PEREIRA, W. R. As potencialidades da enfermeira na gestão do cuidado em saúde. **Rev. bras. enferm**, [S. l.], v. 56, n. 1, p. 61–66, fev. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672003000100013.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, Rio de

Janeiro: [s. n.], 1999. Disponível em: <https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/artigos/BOFF%2C%20Leonardo.%20Saber%20cuidar.%20%C3%A9tica%20do%20humano%2C%20compaix%C3%A3o%20pela%20terra.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BOSI, E. **Memória e Sociedade: Lembranças de velhos**. São Paulo: Editora Tao, 1979.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. **Para entender gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª Ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde Mental e Atenção psicossocial na pandemia COVID-19** – Recomendações para gestores.s.l; s.n; [2020].

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. Gestão em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CAMPOS, P. F. de S.; OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. de. Cultura dos cuidados: Mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira. **Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades**, [S. l.], v. 2, 2007. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6630/1/CC_22_05.pdf. Acesso em: 13 dez. 2020.
CAMPOS, P. F. S. Cuidadoras negras do Brasil. **Acta Científica UNASP**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 11–21, 2012. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/actacientifica/article/view/63/63>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública** [S. l.], v. 42, n. 6, p. 1090–6, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7066.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CEPEDES. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. **A gestão de risco e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: Análise dos decretos estaduais no primeiro mês**. Relatório Técnico. [S. l.: s. n.]. 2020.

COELHO, M. E. de M.; FERREIRA, A. C. Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 340–348, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200340&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução N° 510, de Abril de 2016. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 22 mai.2022

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução N° 466 de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em:

22 mai.2022

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Cuidados em saúde: sociabilidades cuidadoras e subjetividades emancipadoras. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 30, n. 0, 14 nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100226&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2020.

DE LACERDA, M. P. A pesquisa em cidades pequenas. **Currículo sem fronteiras**. [S. l.], v. 16, n. 1, p. 78–98, 2016.

DELEUZE, G. **Espinoza: Filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DEMENECH, L. M. *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 23, p. 1–12, 5 out. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2020.v23/e200095/>. Acesso em: 7 jan. 2021.

DESLANDES, S.; COUTINHO, T. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 11, p. e00223120, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001104001&tlng=pt. Acesso em: 9 jan. 2021.

DINIZ, D.S; SÁ, M.C. O uso das narrativas e do dispositivo grupal na formação/educação permanente dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**(Botucatu), p. 18, 2019.

FAGUNDES, D.Q. Eu vou dizer por que o mundo é assim: Uma experiência de educação popular em saúde na pandemia de COVID-19. In: FRANCO, T. B. **Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19**. [S. l.]: Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/experiencias-de-trabalho-e-cuidado-em-saude-na-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 9 abr. 2022.

FASANELLO, M. T.; NUNES, J. A.; PORTO, M. F. Metodologias colaborativas não extrativistas e comunicação: articulando criativamente saberes e sentidos para a emancipação social. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 4, 24 dez. 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1527>. Acesso em: 24 jul. 2021.

FERNANDES, J. D. *et al.* Competência interpessoal como instrumento do trabalho em saúde. **Rev. baiana enferm**, [S. l.], v. 18, n. 1/2, p. 57–66, ago. 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-401923>.

FILHO, I. M. de M. *et al.* Medo, ansiedade e tristeza: principais sentimentos de profissionais da saúde na pandemia de COVID-19. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 11, n. COVID, p. 7073–7084, 2021. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1432>. Acesso em: 14 abr. 2022.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R.P.[org.]. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

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

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 24, n. suppl 1, p. 102–114, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500102&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2020.

FRANCO, T.B. Pandemia de COVID-19: O que será que virá? In: FRANCO, T. B. **Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19**. [S. l.]: Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/experiencias-de-trabalho-e-cuidado-em-saude-na-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 9 abr. 2022a.

FRANCO, T.B. A pandemia de COVID-19 como dispositivo de análise do mundo contemporâneo: Na perspectiva da defesa da vida. In: FRANCO, T. B. **Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19**. [S. l.]: Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/experiencias-de-trabalho-e-cuidado-em-saude-na-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 9 abr. 2022b.

GIOVANELLA, L. *et al.* Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde debate**, [S. l.], , p. 895–901, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300895. Acesso em: 24 abr. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 19, p. e00310142, jan. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100402&tlng=es. Acesso em: 7 abr. 2021.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 8, p. 2591–2600, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802591&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2020.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do desejo. Petrópolis: Editora vozes, 1996.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. [S. l.]: Vértice, 1990. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4005834/mod_resource/content/1/48811146-Maurice-Halbwachs-A-Memoria-Coletiva.pdf. Acesso em: 19 fev. 2022.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et. al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACHADO, F. de A. *et al.* Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 10, n. 37, p. 1–11, 30 dez. 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/773>. Acesso em: 24 out. 2020.

MANSANO, S. R. V. A respeito do conceito de potência na prática clínica: leituras deleuzianas. **Psicol. argum**, [S. l.], v. 34, n. 84, p. 29–38, mar. 2016. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=16325&dd99=view&dd98=pb>.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. de; RAMOS, F. R. de S. Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. **REME rev. min. enferm**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 59–67, mar. 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-557643>.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: Contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S.F; MINAYO, M.C.S[org]. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

MOLINIER, P. Ética e trabalho do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (org.). **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do Care**. São Paulo: Atlas, 2012.

MOREIRA, A. S.; DE LUCCA, S. R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao covid-19. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 11, n. 1 Esp, 2020.

NASCIMENTO, G. B; HENRIQUES, R.S.P. A exclusão do sujeito das práticas médicas em contexto hospitalar. **Revista da SPAGESP**. [S. l.], , p. 16.2, 2015.

NETO, J. L. F. Cultura de avaliação e efeitos de subjetivação na saúde. **Psicologia em Estudo**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 539–549, 19 dez. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/36676>. Acesso em: 24 out. 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Consideraciones psicosociales y de la salud mental durante el brote de COVID-19**.s.1; s.n; [2020].

PASSOS, R. G. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 126, p. 281–301, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282016000200281&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 dez. 2020.

PASSOS, R. G. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, [S. l.], v. 18, n. 45, 15 jan. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/47219>. Acesso em: 9 set. 2020.

PEIXOTO, T. C. *et al.* Produção de subjetividades no trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Psicol. soc.** (Online), [S. l.], v. 29, p. e161193–e161193, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100230.

PEREIRA, M. D. *et al.* Sofrimento emocional dos enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development** [S. l.], v. 9, n. 8, p. 1–21, 25 jun. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/675>. Acesso em: 15 ago. 2020.

POLLAK, M. Memória, esquecimento e silêncio. **Estudos históricos**. [S. l.], v. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.

QUINTANA, A. M. *et al.* Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 16, n. 35, p. 415–425, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300012.

ROSA, K. R. M.; SILVA, C. R. de C. e. Afetividade e a politização da dor em territórios de vulnerabilidade social: micropolítica e a produção do cuidado. **Pesqui. prá. psicossociais**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 1–14, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100004.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 13, p. 651–664, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832009000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 set. 2020.

SÁ, M. de C.; MIRANDA, L.; MAGALHÃES, F. C. de. PANDEMIA COVID-19: CATÁSTROFE SANITÁRIA E PSICOSSOCIAL. **Caderno de Administração**, [S. l.], v. 28, p. 27–36, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CadAdm/article/view/53596>. Acesso em: 2 out. 2021.

SAFATLE, V; JUNIOR, N.S.; DUNKER, C. (orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte, Autêntica, 2020.

SALDAÑA, D. M. A. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. **Invent. Enf. Bogotá (Colombia)**, Bogotá, v. 8, n. 1 e 2, p. 8–15, 2006.

SALVADOR, P. T. C. de O. *et al.* Online data collection strategies used in qualitative research of the health field: a scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 41, p. e20190297, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100900&tlng=en. Acesso em: 5 jan. 2021.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 277–295, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200277&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 out. 2020.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2009.

SANTOS, B. de S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. [S. l.]: Almedina, 2020.

SANTOS, D. de 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, p. 861–870, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n3/861-870/>. Acesso em: 24 out. 2020.

SANTOS, M. P. A. D. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, [S. l.], v. 34, n. 99, p. 225–244, ago. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-40142020000200225&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 7 jan. 2021.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, [S. l.], v. 12, p. 1–13, 2020. Disponível em: <https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/1006>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SAWAIA, B. Afeto e comum: categorias centrais em diferentes contextos. In: SAWAIA, B.; ALBUQUERQUE, R.; BUSARELLO, F.R. **Afeto e comum: reflexões sobre a práxis psicossocial**. São Paulo: Alexa cultural, 2018.

SILVA JR, A.G; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.A.A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41

SILVA, M. R. F. da *et al.* Care beyond health: mapping bonding, autonomy and emotional territory in family health. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 19, n. 1, 2015a. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20150020>. Acesso em: 24 out. 2020.

SILVA, M. R. F. da *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **REME rev. min. enferm**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 249–254, mar. 2015b. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1000/v19n1a20.pdf>.

SILVA, M. R. F. da. Subjetividade e a arte de viver o programa de saúde da família: o pensar e o agir dos médicos (as) e enfermeiros (as) a partir da sua prática. [S. l.], p. 86–86, 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-352748>.

SOARES, R. A. de Q. *et al.* Tecnologias em saúde e a produção de cuidados a pessoas que sofrem do coração. **Nursing (São Paulo)**, [S. l.], v. 23, n. 260, p. 3523–3528, jan. 2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/260/pg47.pdf>.

SOUZA, D. de O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, p. 2469–2477, 5 jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25suppl1/2469-2477/#>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SPINOZA, B. **Ética**. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2009.

SPINK, M.J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais, 2013.

SPINK, M. J. P. et al. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TABORDA, J. C.; BERNARDES, A. G.; MARQUES, C. F. Agentes comunitários de saúde nas tramas da rede: territórios e heterotopias. **Rev. Subj. (Impr.)**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 302–309, ago. 2015. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/rmes/article/view/5106>.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal: Revista de Psicologia*, [S. l.], v. 25, p. 299–322, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/fractal/a/ZHyYWDpHhdhFg4RK9ggfPpD/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2021.

VAGHETTI, H. H. *et al.* Grupos Sociais e o cuidado na trajetória Humana. **R Enferm UERJ**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 267–75, 2007.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 38, n. 1, p. 21–27, mar. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342004000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 1 dez. 2020.

APÊNDICE A - Roteiro Preliminar de Entrevista

Nome:

Idade:

Raça/cor:

Gênero:

Profissão/formação em saúde:

Trabalho durante a pandemia (por quanto tempo, em qual período):

1. Me conte como é o seu trabalho na Unidade de Saúde (O que você faz)
2. E como é o serviço na unidade, com a equipe?
3. Como foi para vocês a partir da COVID-19? Houve adaptações? Como você se sentiu?
4. Teve alguma situação que foi marcante para você ou alguma situação emblemática? Me conte sobre ela (Alguma cena marcante, história curiosa, alguma situação muito significativa)

APÊNDICE B - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

Prezado participante,

“Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Produção de subjetividade em profissionais da saúde da Atenção Primária no cuidado realizado em contexto de pandemia de COVID-19”**, desenvolvida por **Luna Cassel Trott**, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. **Paulo Duarte de Carvalho Amarante**.

O objetivo central do estudo é: **Identificar a produção de subjetividade, em profissionais da saúde da atenção primária, quanto ao cuidado em saúde realizado no contexto de pandemia de COVID-19.**

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa pelo fato de ser profissional da saúde em atuação, no contexto da pandemia de COVID-19, no território em estudo. Sua participação é **voluntária**, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado, de nenhuma maneira, caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma.

Como medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro.

A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto por meio de um encontro

virtual através da plataforma de comunicação online *Zoom*. A entrevista será gravada em vídeo e áudio se houver a sua autorização. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora. O agendamento da data e horário ocorrerá de acordo com a sua disponibilidade.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir com o desenvolvimento de produção científica no campo da Saúde Coletiva, auxiliando novas pesquisas ou mecanismos de fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Desta forma, os benefícios resultantes do projeto, são de retorno social, contribuindo para a sociedade brasileira. Como riscos, durante a realização das entrevistas é existente a possibilidade de haver algum tipo de constrangimento e desconforto, entretanto, tomar-se-ão todos os cuidados para evitá-los ou minimizá-los.

Os resultados serão apresentados aos participantes através de reunião virtual para os participantes e membros das equipes que participaram da pesquisa através da ferramenta de comunicação online *Zoom*.

Este Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) será lido com você ao início de sua entrevista, onde poderão ser sanadas as dúvidas. Neste momento, antes do início da entrevista, você poderá comunicar sua concordância ou não com os termos desse documento e se autoriza a gravação. Este processo de leitura e possível concordância deste registro será gravado e posteriormente enviado para seu e-mail.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”.

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisapara> maiores informações.

Contato com o (a) pesquisador(a) responsável

Luna Cassel Trott (Mestranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ)

Tel: (48)99129-2823

e-mail: lunatrott@gmail.com

APÊNDICE C- Modelo de Mapa de Associação de Ideias utilizado na análise das entrevistas

MAPAS DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS

ENTREVISTA x

CUIDADO REALIZADO EM CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID 19				
Produção	Afetos	Sentidos	Gestão do cuidado	Narrativa