

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)  
PSICOLOGIA**

**JADE CRISTINE BEZERRA MACHADO**

**Produção do Cuidado em Saúde, Subjetividades e Território Vivo: o  
chão que sustenta a vida pelo viver**

**JOÃO PESSOA-PB**

**2021**

**JADE CRISTINE BEZERRA MACHADO**

**Produção do Cuidado em Saúde, Subjetividades e Território  
Vivo: o chão que sustenta a vida pelo viver**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Psicologia, da  
Universidade Federal da Paraíba, como requisito  
para obtenção parcial do título de bacharel em  
Psicologia.

Orientadora: Marísia Oliveira da Silva

**JOÃO PESSOA-PB**

**2021**

2021

JADE CRISTINE BEZERRA MACHADO

**PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE, SUBJETIVIDADES E  
TERRITÓRIO VIVO: O CHÃO QUE SUSTENTA A VIDA PELO VIVER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Psicologia, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção parcial do título de bacharel em Psicologia.

Data: 02/12/2021

**Banca Examinadora**

Professora Dr<sup>a</sup> Marísia Oliveira da Silva (Orientadora)

Professora Dr<sup>a</sup> Sandra Souza da Silva

Professor Dr. Anselmo Clemente

JOÃO PESSOA

2021

## **AGRADECIMENTOS**

### **Agradeço,**

À minha família, por todo o suporte e incentivo para concluir minha trajetória. Em especial minha mãe e minha avó materna, que, juntas, foram e são força matriarca para seguir os dias e enfrentar as intempéries e fonte de amor inesgotável. Sem elas, nada disso seria possível. A vocês todo o meu amor!

Ao meu irmão, Víctor Gabriel, por me permitir experimentar o amor mais bonito que eu poderia sentir.

Ao Projeto Para Além da Psicologia Clínica Clássica, pelos vínculos construídos. Por me mostrar nortes possíveis para uma Psicologia implicada com o compromisso social e por me mobilizar a uma atuação congruente com o que de fato tenho sido.

Ao Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF), por me oferecer espaço para crescimento pessoal e profissional.

Ao Projeto UFPB no combate à COVID-19: Apoio para a qualificação clínico-institucional das práticas de Apoio Matricial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de João Pessoa - PB, por possibilitar a experiência de me aproximar de uma Psicologia Clínica que opere do e para o real.

À Comunidade Santa Bárbara, pelas experiências incríveis, desde as visitas às famílias, até os momentos de integração entre seus moradores e os membros do grupo.

À professora Marísia pelas experiências na extensão, na pesquisa, na monitoria, no estágio e no presente trabalho. Pelas vivências para além da esfera acadêmica, pelas trocas e diálogos sempre amplos, horizontais e engrandecedores. Agradeço ao incentivo para a expressão das minhas potencialidades e pela sua sensibilidade nos momentos em que demonstrou compreensão plena.

Aos meus amigos de longa data Filipe e Calena, que, mesmo de longe, se mantiveram firmes ao longo dos anos longe da minha cidade natal e sempre me incentivaram na minha jornada.

Às amigas Larissa e Milena, que são como irmãs que a vida fez atravessar meu caminho e que me deram suporte, sem nem mesmo imaginar, por sempre estarem junto a mim, mesmo de longe.

Aos amigos Lissandra e Felipe, por cada experiência compartilhada durante esses quase cinco anos de curso e de amizade. Admiro-os pela competência e meu orgulho de ter acompanhado de perto o crescimento e amadurecimento de vocês. Para mim, vocês são grandes queridos.

Às minhas amigas Yara, Taysa e Izadora que foram as primeiras pessoas que constituí vínculo em João Pessoa e que, junto a mim, vivenciaram grandes despertares e desejos de vida. Às amo como se fossem da minha família, que encontro!

Ao meu companheiro Luan, por todo o suporte, paciência, incentivo e amor ao longo de todo este processo de conclusão de curso. A você, todo o meu afeto!

À Universidade Federal da Paraíba, por me possibilitar a formação em Psicologia.

E, finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram para o meu processo de formação.

## **Produção do Cuidado em Saúde, Subjetividades e Território Vivo: o chão que sustenta a vida pelo viver**

**Resumo:** O presente artigo tem como objetivo discutir a partir da literatura corrente os processos da produção do cuidado em saúde e de subjetividades na relação profissionais-usuários do SUS que se concretizam no e pelo território. Dessa forma, foi realizada uma revisão narrativa, na qual os estudos foram procurados nas principais fontes de dados de Saúde e Psicologia, como a SciElo (Scientific Electronic Library Online), o PePsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), bem como também em outros sites oficiais relacionados a este campo. Foram selecionados documentos no período entre 1986 e 2021 com base nas palavras-chave “subjetividade”; “produção do cuidado”, “território” e resumos que se aproximaram da proposta do estudo. Observou-se uma escassez de estudos que tivessem como objetivo de pesquisa discutir a implicação entre produção do cuidado, subjetividade e território sob um olhar crítico. Ademais, aponta-se a necessidade de mais estudos que possam contribuir para ampliar e alavancar a discussão acerca da temática.

**Palavras-chave:** Subjetividade. Produção do Cuidado. Território. Sistema Único de Saúde (SUS).

**Abstract:** This article aims to discuss, based on current literature, the processes of production of health care and subjectivities in the professional-user relationship of the SUS that materialize in and through the territory. Thus, a narrative review was performed, in which the studies were searched in the main sources of Health and Psychology data, such as SciElo (Scientific Electronic Library Online), PePsic (Electronic Journals in Psychology) and LILACS (Latin Literature American and Caribbean Health Sciences), as well as other official websites related to this field. Documents from 1986 to 2021 were selected based on the keywords “subjectivity”; “production of care”, “territory” and abstracts that came close to the study proposal. There was a scarcity of studies that aimed at discussing the implications between the production of

care, subjectivity and territory under a critical perspective. Furthermore, there is a need for more studies that can contribute to broaden and leverage the discussion on the subject.

**Keywords:** Subjectivity. Production of Care. Territory. Unified Health System (SUS).

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>11</b>
<b>3. DESENVOLVIMENTO</b>	<b>12</b>
3.1 O SUS, a Atenção Primária à Saúde e o Processo de Territorialização	12
3.2 Processos de Produção de Cuidado em Saúde, Vínculos e Subjetividades no SUS: o que há de substancial nas narrativas dos usuários?	14
3.3 Produção do cuidado em saúde, subjetividades e território vivo: quando os modos de vida pede passagem	19
3.4 Entrelaços Possíveis	22
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Toda produção de vida é política. Tudo o que entrelaça a existência dos corpos no meio social se manifesta no plano macro e micropolítico, aqui entendido pela ótica do que constitui os processos de subjetivação que insurgem a partir dessas relações de poder, como os processos de produção do cuidado, de gestão de saúde e de concretização de uma vida digna e minimamente assegurada pelas políticas públicas implementadas pelo Estado.

As práticas de saúde são também práticas de produção de vida, uma vez que seus efeitos se propõem a produzir algo novo, a criar modos de viver e de engendrar movimentos que atualizem o estado das coisas e das disposições do que se compreende como necessidades dos sujeitos. O trabalho em saúde tem compromisso com as vicissitudes sociais, ao que faz jus à estrutura produtiva da sociedade numa configuração capitalista (GONÇALVES, 1994 apud FEUERWERKER, 2014) e com as necessidades de quem dele desfruta, intimamente atravessadas pelas interferências extensivas que, em questão, a sociedade capitalista fabrica, mas também dizem respeito à sua singular produção no mundo no seu plano de imanência, visto que "tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica" (DELEUZE & GUATTARI, 1997).

Nessa linha, as ações em saúde buscam evidenciar as subjetividades constituídas a partir das relações que se concretizam no e pelo território dos sujeitos. Para além das tecnologias leves de cuidado propostas pela Atenção Básica de Saúde (ABS), que constitui e possibilita o vínculo entre usuário e profissional de saúde, torna-se essencial que este tenha o olhar sensível ao modo como os sujeitos apreendem e experienciam suas realidades, atravessado pelo que concerne ao universo vivencial dos usuários (FARIA, 2020). É o que possibilita captar a singularidade de como o usuário percebe suas potencialidades a partir de um lugar onde ele possa se deslocar para outros horizontes e buscar saídas, partindo de seus territórios existenciais, visto que é no território se consubstanciam as relações, seus limites e suas possibilidades.

Tal perspectiva dá-se pela reorientação do modelo de assistência à saúde, na direção de se afirmarem como espaços de promoção de saúde por uma lógica do cuidado - e não como espaços exclusivos de atenção à doença - o que teve alicerce em todo um processo de construção social de mudanças que devem se dar, dialeticamente, na própria concepção do processo saúde-doença (MONKEN; BARCELLOS 2005 apud SANTOS; RIGOTTO, 2010). No Brasil, esta mudança está atrelada à Reforma Sanitária, o que levou o Sistema Único de Saúde (SUS) a utilizar a ABS como nova orientação de modelo assistencial e porta de entrada aos usuários, com base nos princípios que norteiam o SUS (universalidade, equidade e integralidade).

À luz dos estudos de Lima e Yasui (2014), a relação entre a produção de cuidado e o território no qual este cuidado é exercido torna-se um ponto central para as ações de saúde da Atenção Básica, sendo vista como uma lógica essencial para nortear as estratégias interventivas de forma territorializada, considerando as necessidades, as realidades e potencialidades desses usuários, a fim de operacionalizá-las de modo integral e organizado.

Nesse ínterim, tem-se a Atenção Primária à Saúde como um olhar voltado de forma estratégica para responder de forma setorizada, ininterrupta e coordenada à maior parte das demandas de saúde de uma população, somando-se o preventivo à cura, e também atendendo indivíduos e comunidades, essa é uma conceituação internacional (FAUSTO; MATTA, 2007). E é nesse sentido que, conforme a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica deve ter como guias, principalmente, a universalidade, a corresponsabilização, o vínculo e participação popular, visto que são elementos constitutivos de subjetividades e que fortalecem os traços identitários de um coletivo.

Investigações sobre as implicações que os serviços de atenção à saúde têm sobre os processos de subjetivação dos usuários diretos do SUS em seus territórios se mantêm escassas na literatura científica brasileira, principalmente no que tange às suas percepções críticas acerca da integralidade do cuidado. No entanto, acredita-se que as narrativas dos usuários assistidos diretamente pelas políticas de saúde territorializadas pelo SUS podem trazer elementos importantes para compreender os afetos envolvidos entre a produção do

cuidado em saúde, das subjetividades e o território, e que isto gera implicações tanto na resolutividade do cuidado quanto nas suas limitações.

Partindo destes pressupostos, o estudo teve como norteadores os seguintes questionamentos: Qual a relação entre as ações e serviços de saúde do SUS e a produção de saúde e subjetividades dos usuários constituídas a partir dos vínculos que se concretizam no e pelo território? Como os usuários avaliam as iniciativas e políticas de cuidado implementadas pelo SUS na Atenção Básica no tocante às suas demandas por saúde? Que sentimentos, questionamentos e problematizações podem ser levantados a partir de suas vivências?

O objetivo geral do estudo consiste em discutir a partir da literatura corrente os processos da produção do cuidado em saúde e de subjetividades na relação profissionais-usuários do SUS que se concretizam no e pelo território. Têm-se como objetivos específicos: 1) Refletir sobre os conceitos de subjetividade, produção do cuidado e território no tocante ao campo da saúde; 2) Investigar a partir da literatura como tem sido desenvolvidas as vinculações entre usuários e profissionais da Atenção Básica da Saúde (ABS); 3) Relacionar os processos de territorialização da ABS no SUS com as narrativas dos usuários.

Este estudo apresenta relevância à medida em que possibilita acessar e desnudar a percepção dos usuários do SUS no que concerne às suas experiências relativas às ações de cuidado em saúde no seu território, bem como analisar o processo de produção de subjetividades e do cuidado desenvolvidos. E, para além da dimensão micropolítica, contribuir para a discussão e ampliação das produções científicas acerca de como as metodologias que promovem a produção de subjetividades e a produção do cuidado em saúde estão sendo preconizadas pelo SUS. Além de engendrar compreensões que contribuam com a práxis social, na direção de promover ações transformadoras dessas realidades.

A aproximação com a temática iniciou-se ainda nos meados da graduação, na busca de compreender, a partir da ótica crítica da minha experiência com as áreas da Psicologia Comunitária e Saúde da Família e Comunidade, como os processos de produção do cuidado e subjetividades se expressam nos serviços do SUS.

## 2. METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos foi desenvolvido um estudo qualitativo de revisão narrativa. Considera-se que estudos de revisão da literatura, como revisões narrativas, revisões sistemáticas e revisões integrativas, possibilitam variadamente investigações a partir de resultados de outras pesquisas acadêmicas. A revisão narrativa é uma pesquisa qualitativa que se caracteriza pela interpretação e análise crítica do pesquisador de forma ampla em relação ao objeto de estudo (ROTHER, 2007). O levantamento dos trabalhos científicos é amplo, não sendo necessário evidenciar os critérios de pesquisa e a sistematização utilizados ou mesmo o esgotamento das referências.

Para a elaboração deste trabalho, buscou-se realizar a seleção dos documentos científicos nas principais fontes de dados de Saúde e Psicologia, como a SciElo (Scientific Electronic Library Online), o PePsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), bem como também em outros sites oficiais relacionados a este campo, os quais foram escolhidos de acordo com aproximação das palavras-chave selecionadas para compor a composição deste estudo: “subjetividade”, “produção do cuidado” e “território” e da leitura dos resumos que convergiam com a temática da produção realizada. A pesquisa se baseou na análise de teses, dissertações, capítulos de livros, artigos científicos e documentos oficiais sobre o tema, produzidos no Brasil e que envolvem o assunto a partir das premissas que fundamentaram a Reforma Sanitária e o processo de produção de cuidado no SUS, envolvendo obras entre 1986 até as produções mais recentes.

Por fim, após a seleção dos textos, realizou-se a discussão narrativa, lançando um olhar crítico sobre as produções encontradas.

### 3. DESENVOLVIMENTO

#### **3.1 O SUS, a Atenção Primária à Saúde e o Processo de Territorialização**

Implementado a partir dos movimentos reivindicatórios da Reforma Sanitária em 1986, os quais foram tensionados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o SUS aparece como dispositivo primordial para a expansão da saúde brasileira, visto que até 1988, o Brasil não havia ainda contado com um sistema cuja pretensão estava em prestar atendimento integral, universal e gratuito. Seu arranjo tem sustentáculo num projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente através das redes de atenção à saúde e que, não importa em qual ponto do território a pessoa esteja, é dever do Estado garantir as possibilidades da sua efetivação (FARIA, 2020).

Anteriormente à criação do SUS, os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologias duras e rígidas e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos - uma vez que os sujeitos eram vistos essencialmente como mão de obra para manutenção do status quo e deslocados de suas subjetividades- o que os incitou a pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência (FAUSTO; MATTA, 2007). Assim, a ideia da Atenção Básica de Saúde (ABS) foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pública com o intuito de conceber um modelo de atenção destituído de um olhar reducionista, onde os serviços deveriam estar organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Desta forma, enquanto projeto descentralizado, a ABS tem como um dos principais eixos estruturantes a Territorialização, assim as ações, objetivos, programas e projetos devem ser executados a nível de território.

Gondim e Monken (2007) entendem que o processo de territorialização pode ser entendido como um movimento socialmente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais, sob os pilares políticos e econômicos, visto que essa conjuntura é o que determina as diferentes territorialidades existentes e sua circularidade - as desterritorialidades e as re-territorialidades. Gil (2004) bebe da mesma convicção ao pontuar que a territorialização se constitui pelo aspecto processual de formação do território,

isto é, quando fala-se em ter o encontro com o outro, enxergar esse outro da relação como alguém com quem há de se estabelecer pactuações, partindo de suas realidades fervilhantes. Nesse sentido, faz-se urgente recordar que “ao se apropriar de um espaço, de forma concreta ou abstrata, “[...] o ator ‘territorializa’ o espaço” (Raffestin, 1993).

Assim, a Atenção Básica, enquanto nível de atenção inicial de saúde, se porta como núcleo articulador do acesso dos usuários ao SUS, fortalecida pela criação da PNAB, em 2006, implementada a partir das mobilizações sociais que uniram forças da participação popular e de gestores dos três eixos governamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Sua força motriz se executa pela criação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são as principais estruturas físicas da Atenção Básica, instaladas próximas ao cotidiano vivido dos usuários, garantindo acesso seguro e oferecendo uma amplitude de serviços de assistência à saúde das pessoas.

Nesse ínterim, sob a égide do Ministério da Saúde (1994), o Programa de Saúde da Família (PSF), que posteriormente evoluiu para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), manifestou-se como um novo modo de pensar o arranjo dos fluxos de atenção à saúde, na direção de se constituir como o principal mecanismo utilizado para induzir a expansão da cobertura da APS no Brasil através do seu processo de territorialização.

Assim, a relação das ESFs com o território dá-se pela possibilidade de encontrar pontes entre as práticas de saúde exercidas pelos profissionais que a compõem e o usuário direto, a fim de operar o fortalecimento do vínculo e de ampliar a autonomia e participação coletiva dos usuários em seus processos de produção de saúde.

Para Merhy (1998, apud DIAS; MACHADO; LOPES, 2009), devem-se estabelecer estratégias de acolhimento com escuta qualificada, capacitar o viés técnico-pedagógico dos profissionais, organizar o serviço de forma que o fluxo dos usuários seja direcionado e que as ações se adequem às necessidades locais. Tal pensamento nos convida a compreender a dinâmica do território como um espaço de produção, que envolve diretamente a saúde dos trabalhadores e pode ser fonte de renda e de bem-estar, realização de vínculos e de processos de construções identitárias, mas também pode ser espaço de sofrimento, conflitos, adoecimento e sentimentos de despertencimento.

Infelizmente, muitos dos interesses que envolvem as políticas em saúde pública (ou ausência delas) acabam se distanciando dos usuários para servirem setores ligados à saúde mercantilizada, na qual podemos suscitar o fenômeno da robotização dos corpos e medicalização da vida (PINTO DOS SANTOS, 2013). Como resultado, manifestam-se adoecimentos instalados pelo trabalho insalubre, pela precarização do saneamento das localidades e pelos baixos níveis de condição mínima assegurados pelo Estado. Assim, alertados por este autor, mostra-se a essencialidade de que a equipe de saúde responsável pelo território esteja capacitada e sensível a identificar esses processos produtivos no território instalados por uma ordem macropolítica, uma vez que “a saúde não é apenas um estado de ausência de doença; ela envolve toda uma gama de situações que vão garantir qualidade de vida ao indivíduo, [...]” (PINTO DOS SANTOS, 2013). Em consonância com Lourenço (2006), faz-se necessário combater as perspectivas dominantes de subjetividade, que não só ignoram os processos de singularização, como os rechaçam, e isto em qualquer momento e *status quo* da história. O singular emerge do coletivo e se sustenta a ideia de que as identidades podem ser incitadas ao mergulho na agitação das diferenças, que por sua vez compõem as multiplicidades das linhas no que se refere aos processos para produzir modos de subjetivação, uma vez que a vida não cabe nos estratos.

### ***3.2 Processos de Produção de Cuidado em Saúde, Vínculos e Subjetividades no SUS: o que há de substancial nas narrativas dos usuários?***

Para compreender o cuidado no contexto da saúde pública parte-se da genealogia do cuidado como resgate do seu entendimento na dimensão macropolítica, de como as relações de poder operam ações e serviços de saúde e concebem o corpo como engrenagem ao demarcar a associação do cuidado ao controle, denominado por Foucault como biopoder (FOUCAULT, 1969/2002, apud ROOSLI; PALMA; ORTOLAN, 2020). Ao se direcionar para modelo da AB, o panorama no qual o ethos do cuidado é problematizado se concretiza pela abertura de espaço que assegurem aos sujeitos um lugar em que exerçam seu protagonismo como atores sociais frente ao ato de cuidar,

corporificando vias de passagem onde se dê conta de novos espaços e desvios que lhes favoreçam a autonomia.

De modo implícito, o cuidado resulta de um processo de socialização, uma prática coletivamente construída pela ordem da convivência com semelhantes e por uma comunicação onde se necessita de interações que impulsionem a disposição de afeto ao outro. Nas relações estabelecidas, em geral, no âmbito conduzido pelo viés clínico, o cuidado ganha um caráter impessoal, no sentido de coisificar o outro como um outro abstrato, como uma coisa material ou concreta, onde se predomina a objetivação e conseqüentemente a desumanização. Tal realidade acaba por direcionar o cuidado emancipador como terceiro elemento, sendo preferencialmente vivenciado na esfera das relações interpessoais dos sujeitos, o que, por tabela, reforça o ato de cuidar como algo descabido do fazer profissional, lógica tal que o destitui do seu agir e enfraquece o vínculo com aquele que demanda seus cuidados.

Partindo desse ponto, enfatizar a produção de saúde e a autonomia dos sujeitos como norte faz-se primordial para problematizar a adoção dessa perspectiva do cuidado para se pensar potencialidades e lacunas na assistência à saúde na AB, a fim de fortalecer estratégias que reforcem a ontologia do cuidado.

O modo como estes serviços afetam na produção do cuidado em saúde dos usuários se faz fundamental para reiterar seu desempenho e como estes refletem na produção de subjetividades pela via de suas experiências singulares e/ou coletivas, tendo em vista a mudança no modelo assistencial em que a humanização e o reconhecimento desses como atores centrais do processo são pontos indispensáveis para se pensar o cuidado transversal.

Merhy (2007) nos atenta que, para lançar um olhar para a produção do cuidado em saúde e as possibilidades de pensá-lo na direção de práticas comprometidas com as necessidades do usuário, pressupõe procurar analisar experiências que têm ambicionado este fim. No tocante ao processo de trabalho dos profissionais que exercem a via desse cuidado, com ênfase nas ESFs, Torres et. al. (2020) pontua que o ato de cuidar deve permear os diversos espaços promovidos em diferentes momentos de atuação destes profissionais, na perspectiva de valorização das subjetividades singulares e coletivas, o que se mostra elementar caminhar por estas linhas, para potencializar as práticas

de saúde por meio de relações onde se preze desde o acolhimento humanizado às posturas horizontalizadas.

Um estudo produzido por estes autores, realizado com usuários hipertensos e profissionais da ESF, buscou analisar a prática do cuidado e sua implicação com as relações intersubjetivas por meio de tecnologias leves do cuidado como o acolhimento, o diálogo, a escuta, o vínculo e a comunicação. Os relatos evidenciaram que o espaço de produção do cuidado, contemplado pelo uso dessas tecnologias, em especial a construção do vínculo, permitiu externar emoções, sentimentos e angústias na relação profissional-hipertenso, o que emergiu como fundamental para o desenvolvimento de um cuidado humanizado e adequado às necessidades dos usuários (TORRES ET. AL., 2020). É nesse pensar a subjetividade como processo constituído pela multiplicidade de linhas de possibilidades de existência, pelos encontros de mundos distintos, viabilizadores do devir, que pela experiência pode-se produzir processos de singularização. Ver no outro a aposta política de que pela via da potência e do desejo implica também apostar na abertura de novos territórios.

Segundo à PNAB, pela via do vínculo se elaboram relações de afetividade e confiança entre usuário e trabalhador da saúde que opera como dispositivo para o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, constituído ao longo do tempo, além de possuir um viés terapêutico. Complementar a este conceito, Brunello et al. (2010), em uma revisão sobre vínculo na atenção à saúde no Brasil, concluiu que o estabelecimento deste tipo de relação entre equipes e usuários possibilita que profissionais conheçam e se aproximem dos reais problemas da população atendida, na busca de saídas possíveis para a resolutividade de suas demandas e, principalmente, para, junto ao usuário, reconhecer o que como horizonte dá passagem a outros modos de vida pela via do afeto.

Tal perspectiva suscita a compreensão de que profissionais de saúde da ESF e usuários, à medida que cuidam e são cuidados, afetam e são afetados, devem impulsionar no processo de trabalho as tecnologias leves do trabalho vivo em ato na saúde, dando ênfase às subjetividades do cuidado, partindo de seus territórios existenciais, com base no fortalecimento do vínculo, da autonomia e da corresponsabilização, contribuindo para o alcance da

longitudinalidade do cuidado e da resolutividade nas ações e serviços de saúde.

No que diz respeito aos possíveis entraves que podem vir a afetar na produção do cuidado e no devir dessas subjetividades, se faz necessário chamar atenção para a noção de que os sujeitos, no processo de subjetivação e na constituição de seus campos referenciais, partem de uma processualidade que possibilita a potencialização de uma perspectiva que atravessa as múltiplas questões do estado de saúde e de doença dos sujeitos, não solidificando em algo cristalizado.

Esta problematização foi expressada por Seixas et. al (2019) ao questionar que o vínculo - enquanto conceito-ferramenta para a reorganização dos processos de trabalho - poderá ou não ser desenvolvido neste contexto, a depender do modo como se dão as relações entre trabalhadores e usuários. A pesquisa, que se deu pela análise da ótica dos chamados “usuários-guia”, desvelou a presença de entraves na construção de vínculo devido, emergencialmente, à ausência de um manejo compartilhado do cuidado e de uma descontextualização das subjetividades ali em imanência, na qual o usuário tinha sua autonomia suprimida, onde suas necessidades, desejos e expectativas eram destituídas da produção de sua subjetividade. Nesse movimento, o reconhecimento de que, por vezes, o lugar do não saber do profissional de não dar conta de produzir cuidado e abandonar a rigidez do fazer clínico, deve dar passagem para a escuta desse outro que o convoca e, deste modo, fornecer pistas que tensionem estratégias para práticas transformadoras do cuidado.

Seguindo por esta mesma trilha, ao refletir a concepção do fazer clínico difundido no campo da saúde, encoberto por um significado pragmático do agir sobre a processualidade em torno do adoecimento, Simonetti (2013) nos convida a retomar o conceito de clínica oriundo da Grécia Antiga ao conceber que o ato de clinicar vem do grego *inclinare*, de quando médicos, para cuidarem dos escravos, precisavam se inclinar sobre seus leitos para estabelecer boa comunicação e vínculo. Embora o termo tenha perdido tal significado, não é então o fazer clínico de um profissional o ato de inclinar-se ao outro para dar passagem às subjetividades ali em efervescência emergirem?

Em outro ponto de vista, mas por este mesmo prisma, a última pesquisa publicada pelo Sistema de Indicadores de Percepção Social - SIPS (2011), que avalia a satisfação dos usuários com os serviços ofertados pelo Estado, aponta que, ainda que frente aos avanços desses serviços, os usuários do SUS sinalizam dificuldades e uma ineficiência do acesso oportuno e com qualidade à assistência.

Com base nesse estudo, verificou-se que no Brasil 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Em contrapartida, o atendimento em centros e/ou postos de saúde recebeu a menor proporção de qualificações como muito bom ou bom (44,9%) e a maior proporção de qualificações como ruim ou muito ruim (31,1%), isso demonstra uma satisfação com as ações que se propõem a chegar ao território e partir dele para compreender as demandas em saúde, e denuncia uma dessensibilização desses planos de vida por parte dos profissionais e serviços quem não alcançam a realidade vivida dos moradores da comunidade.

Essas dificuldades, para além de fatores advindos do plano macro, como o subfinanciamento do sistema, as fissuras na gestão e a recorrente mercantilização da saúde - que dá-se pelo ensejo de atender aos interesses da lógica de mercado e encontra-se intrinsecamente associada à precarização do SUS - também se expressam pela dimensão micro, pela necessidade dos sujeitos, carregados de subjetividade, de serem reconhecidos em sua diferença, o que lhes permite estabelecer uma relação baseada no reconhecimento mútuo e estabelecer pactuações para se construir e sustentar a longitudinalidade do cuidado.

Nessa lógica de mercantilização da saúde, a cidadania dos sujeitos vai perdendo sua identidade, em razão de que o capitalismo e o consumo que ele propõe são fatores que contribuem para o seu desmantelamento, já que o cidadão passa a ver-se não como um sujeito de direitos, mas como um consumidor inserido num mercado global (PINTO DOS SANTOS, 2013). E a partir disso, um incidente número de pessoas acorrentadas ao impulso de uma busca incessante de satisfazer necessidades induzidas pelo próprio sistema, busca essa que promove o adoecimento de seus corpos e de suas subjetividades e se torna um grande empecilho para se produzir saúde.

Deste modo, dá-se abertura para o entendimento de que a dinâmica do sofrimento psíquico deve ir de encontro a uma suposta constituição intrapsíquica ou neurológica, a fim de conceber o real caráter maquínico da produção da subjetividade. Subjetividade esta compreendida como “atravessada pela cultura de massa que produz indivíduos conforme sistemas de submissão cada vez mais dissimulados e sutis, imbricados nas formas de produção e consumo capitalista” (GUATTARI; ROLNIK, 2011 apud BORGES, 2015).

Tal compreensão convoca a considerar o território como uma concepção nômade de “território vivo”, onde se convida as equipes para intervenções não descontextualizadas da vida do usuário, levando em questão a processualidade humana. Diante de tudo o que atravessa o plano micropolítico dessas instâncias e possibilidades de engendrar devires, são territórios existenciais porque representam espaços de circulação das subjetividades, dos enlaces e das trocas sociais (BRASIL, 2013).

Para tanto, se faz necessário estabelecer possibilidades de práxis em saúde a partir de pontos de tangenciamento e ruptura desses processos, para adentrar os espaços críticos de sensibilidade onde os atores se vinculam e para onde se direcionam.

### ***3.3 Produção do cuidado em saúde, subjetividades e território vivo: quando os modos de vida pedem passagem***

Nesta seção, reitera-se que, não só é possível relacionar a produção de subjetividades e a produção do cuidado com a noção de um território que se faz pelo ato vivo, como também defende-se a indissociabilidade entre estas. Analisar os elementos e relações existentes em uma comunidade, planejar estratégias, organizar os serviços e práticas em saúde e avaliar e reavaliar sistematicamente esses serviços apenas se torna possível em sua máxima quando há vistas para esse conceito enquanto ferramenta metodológica.

A apreensão e a compreensão do território, diante de suas potencialidades e de sua complexidade, sinalizam uma abertura para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde. Ademais, também permitem a avaliação dos reais impactos dos serviços sobre

os níveis de saúde dessa população, possibilitando espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para “o chão concreto, para o lugar da vida cotidiana das pessoas” (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

O território só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o considerarmos em ato e por seu cunho relacional, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que deles se utilizam (SANTOS, 2000). Quando se pensa a noção de um território que compõe histórias e movimenta o cuidado, fala-se de um território que se dá em vida, que transversaliza corpos por suas línguas, tradições, construções políticas e tecnologias. É pela ordem do acontecer solidário e das trocas simétricas entre estes atores que o caráter vivo do território se faz e se refaz pelo vivido.

Para que isso ocorra, é preciso conhecer o território e sua gente, mas como se aproximar do território para fortalecer os vínculos e partir das potencialidades do coletivo? O que faz um espaço se constituir como território e que significados têm esse nome para as pessoas que ali vivem? Milton Santos (2002), aponta a ideia de que seu significado tange à concepção de um objeto estático com suas formações naturais, e que se manifesta de modo vivo no que insurge de suas relações, e propõe o envolvimento da pluralidade das influências do território com a sociedade, bem como seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social.

Tudo o que envolve a relação entre território e produção de cuidado fala sobre como o serviço se responsabiliza sobre as questões de saúde ali presentes, para além do que é elemental, pensar o território como espaço e percurso que compõem as vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de serviços de saúde, a partir do que urge e movimenta. Interessa conhecer a história do lugar, substancial para compreender a identidade territorial, muitas vezes, interligada à identidade coletiva (LIMA; YASUI, 2014). Se ater à essa linha que constrói a historicidade desses corpos, permite a emergência de potencialidades, cultura, valores e hábitos, e também aos possíveis conflitos - de poder, culturais, étnicos, ambientais etc. - tornam-se indispensáveis para se pensar os planos de produção dos sujeitos na ótica da saúde.

Por esse prisma, Guattari e Rolnik (1986), sinalizam que o sentido de território pode ser relativo, tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente "em casa". Isso ganha

notoriedade e consistência, quando percebe-se que o “em casa” se dá pelos territórios que se fazem pela expressividade dos modos de se produzir vida pela linha do que pulsa, de como se constituem ao mesmo tempo em que são produzidas as qualidades expressivas que os compõem: formas que emergem à convite do corpo de experimentar novas configurações, composições e sentidos (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

Trazendo para a discussão da produção do cuidado na perspectiva do profissional da saúde, pontua-se que os processos de trabalho trazem em si a singularidade de seus territórios existenciais aos quais se inscrevem e que lhes são caros como norteadores, por exemplo, o acolhimento, o vínculo e um cuidado-cuidador. E é isto que vai definir se o cuidado que se produz é de um modo ou de outro. O fato do território existencial habitar o sujeito, significa que onde ele estiver, seja, na atenção básica ou em qualquer outro nível de atenção à saúde, ele irá produzir o tipo de cuidado que se inscreve no seu universo como um modo de agir no mundo, pela via de uma ética a ser construída.

Portanto, o que define o perfil do cuidado, para Franco e Merhy (2013), não se restringe ou se finda no lugar físico onde se realiza o cuidado, mas o território existencial no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político, e que anda com ele onde ele estiver operando seu processo de trabalho. Nesse contexto, confirma-se que as cartografias do processo de trabalho buscam visibilizar, por meio das relações que se constituem no território vivo, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante dos fluxos de cuidado, e também de “não cuidado”, o contraditório, o inesperado, desvios e estranhamentos (TORRES ET. AL. 2020), com vistas à potência para produzir outros modos de vida e colocá-los em circulação no social.

É da natureza do trabalho em saúde ser vivo e produzido em ato nos vários encontros entre trabalhador e usuário, no e pelo território, no qual ambos exercem sua autogestão, trazendo consigo seus sentidos e suas bagagens de vida.

### **3.4 Entrelaços Possíveis**

Com base nas produções desenvolvidas, podemos observar que como horizonte existe a noção de cuidado como defesa e reafirmação da vida, tendo como base a compreensão de que a assistência à saúde dos usuários encontra-se intrinsecamente ligada à conquista e ao fortalecimento da saúde dos próprios trabalhadores do SUS. É possível falar em saúde quando há ferramentas para enfrentar as lacunas e fazer urgir potencialidades quando o ato de cuidar se faz pelo coletivo e quando há visão crítica sobre os determinantes que influenciam na atividade do trabalho através de reguladores institucionais, na direção de suscitar o desenvolvimento da corresponsabilização do cuidado entre usuários e profissionais do SUS na sua dimensão relacional.

O cuidado em saúde remonta ao que há de mais orgânico na existência: o encontro. Afetos, saberes, culturas, tradições, tecnologias, línguas e dialetos, esta gama de elementos que delinea a relação é o que sustenta o caráter subjetivo para um cuidar que vá pela via da diferença, que sustente estranhamentos, desvios, corporificações e tudo o que transversaliza o universo dos sujeitos. Abrir espaços para a escuta sensível do dito e do não-dito, também é agenciar processos de subjetivação.

Percebe-se que o modo de produção do cuidado se revela de forma eficaz quando em interlocução com processos do âmbito da micropolítica, se houverem metodologias capazes de verificar o dinâmico e complexo modo operativo de cada profissional no seu agir cotidiano, ao passo que sua produção subjetiva em ato produz o cuidado em saúde, à medida que evoca o próprio devir trabalhador enquanto ator social.

Nessa perspectiva, quando falamos de produção de cuidado em saúde, esta deve estar preocupada com a reinvenção do território de um determinado espaço vivido: recuperar o território, em suas vastas dimensões que seguem por linhas dentro de um plano micropolítico, onde se manifestam os afetos entrelaçados pela relação dos sujeitos entre si; como com o motorista do ônibus, com o vendedor da feira do bairro ou com as crianças que brincam na rua; todo um conjunto de ações que instigue o território e a cultura, a construir coletivamente novas formas de convivência e, deste modo, novos horizontes para se pensar a autonomização e responsabilização do cuidado.

#### 4. Considerações Finais

O objetivo de lançar um olhar crítico e discutir acerca das produções representadas na literatura corrente foi alcançado. Sendo possível discutir em que pontos os conceitos de subjetividade, produção do cuidado e território se transversalizam e se compõem enquanto dispositivos para se dialogar acerca das metodologias tecnológicas do cuidado, tendo a sustentação do vínculo como principal ferramenta para o devir dos tantos possíveis modos de vida a se desenrolar no viver cotidiano dos sujeitos e coletivos.

Visto isso, é preciso reiterar que os profissionais da ESF revisitem o uso das tecnologias leves no trabalho vivo em ato na saúde, de modo a revigorar, tensionar e reavaliar as práticas do cuidado que tonificam o quefazer dos profissionais das equipes, em seu sentido primário, produzindo mudanças nos sujeitos e nas questões alusivas à subjetividade. Não obstante, faz-se cada vez mais urgente a inclusão dos usuários na condução de seus próprios casos, de modo a fortalecer a autonomia destes ao que se refere à produção dos próprios processos de cuidado.

Por outra via, foi incidente dentre os achados da pesquisa a aplicação dos conceitos de subjetividade, produção do cuidado e território no contexto das vivências dos usuários com as ações e serviços do SUS e na relação profissionais-usuários. Deste modo, é possível identificar as articulações entre estes conceitos e a prática relacional que se dá no território.

Nesse sentido, acredita-se que esta pesquisa esboçou dispositivos capazes de multiplicar os olhares sobre a saúde, sobre a potência dos profissionais do SUS e dos usuários em se imbricarem na autonomização da produção do cuidado, bem como na produção de subjetividades, possibilitando o vislumbre de atuações micropolíticas no que visa a promoção e reafirmação da vida no e pelo território que se faz vivo, pelo viver.

Por fim, engendrados por esta análise de revisão, alguns pontos insurgem para se orientar e se reorientar no cerne das proposições para uma práxis do cuidado. Repensar nossa forma de organizar a atenção no SUS, desde os processos mais macro até a micropolítica do trabalho em saúde. Reinventar e reformular o fazer profissional de forma a incorporar outras ferramentas e tecnologias para defesa da vida, rompendo com a lógica do instituído pelas

estruturas, da medicalização, da redução do sujeito à categoria de coisa ou objeto, se atentar aos dispositivos que agenciam esses mesmos sujeitos e seu *ethos* do cuidado. Tomar como referência uma ampliação de nosso projeto de saúde: produção de saúde e produção de sujeitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, S. A. C. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. *Fractal : Revista de Psicologia* [online]. 2015, v. 27, n. 2 [Acessado 2 Julho 2021] , pp. 107-113. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0292/1012>>. ISSN 1984-0292. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1012>. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica – saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa** Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I.** Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.
- DIAS, O. V.; MACHADO, E. D. S. C.; LOPES, M. C.. **Avaliação da receptividade e da empatia na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos usuários.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual de Montes Claros.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** São Paulo: Ed. 34, 1997. v. 4.
- FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 11 [Acessado 26 Junho 2021] , pp. 4521-4530. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>>. Epub 06 Nov 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (**Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4**). p. 43-67.
- FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. v. 1.
- FRANCO T. B, MERHY E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos** São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.
- GIL, I. C. Territorialidade e desenvolvimento contemporâneo. *Revista Nera*. Ano 7, n. 4, jan./jul. 2004.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** 11. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

GONDIM, G. M. M., MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional da Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (BR). **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)** - Saúde. Governo Federal. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Brasília (DF): 2011.

LIMA, E. M. F. de A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate** [online]. 2014, v. 38, n. 102 [Acessado 26 Junho 2021] , pp. 593-606. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.

LOURENÇO, S. Esquizoanálise: clínica e subjetividade. **Avesso do Avesso**, v. 4, p. 33-51, 2006.

PINTO DOS SANTOS, P. L. Mercantilização da saúde e cidadania perdida: o papel do SUS na reafirmação da saúde como direito social. **Revista da UNIFEBE**, [S.l.], v. 1, n. 11, ago. 2013. ISSN 2177-742X. Disponível em: <https://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/136>>. Acesso em: 29 jun. 2021.

RAFFESTIN, C. Por uma geografia do poder. Tradução de Maria Cecília França. **São Paulo: Ática**, 1993.

ROOSLI, A. C. B. da Silva, PALMA, C. M. de Sousa e Ortolan, M. L. M. Sobre o cuidado na saúde: da assistência ao cidadão à autonomia de um sujeito. **Psicologia USP [online]**. 2020, v. 31 [Acessado 24 Novembro 2021] , e180145. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564e180145>>. Epub 23 Mar 2020. ISSN 1678-5177. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180145>.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. 2007, v. 20, n. 2 [Acessado 15 Novembro 2021] , pp. v-vi. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>>. Epub 17 Jul 2007. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2016.

SANTOS, M. O país distorcido In: RIBEIRO, W.C. (Org.). **São Paulo: Publifolha**, 2002.

SANTOS, M. Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos. **São Paulo: Fundação Perseu Abramo**, 2000.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2019, v. 23 [Acessado 19 Novembro 2021] , e170627. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170627>>. Epub 21 Jan 2019. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>.

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença. **São Paulo: Casa do Psicólogo.** 2013.

VOSGERAU, D. S. A. R. ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista de Diálogo Educacional**, (14)41, 165-189, 2014F.