

Recebido:	09/12/2021
Aceito:	24/12/2021

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB AS PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE PÓS- ESTRUTURALISTA

Gabriel Henrique Damimⁱ  0000-0002-8778-1932


Universidade Paranaense - UNIPAR/Francisco Beltrão

Tatiane Pecoraroⁱⁱ  0000-0001-9719-3360

Universidade Paranaense - UNIPAR/Francisco Beltrão

Alan Cesar Dreyⁱⁱⁱ  0000-0003-2845-1885

Universidade Paranaense - UNIPAR/Francisco Beltrão

Suélen Aparecida Wessling^{iv}  0000-0001-9481-4731

Universidade Paranaense - UNIPAR/Francisco Beltrão

RESUMO: O Sistema Único de Saúde é considerado uma grande máquina, constituída por vários serviços, programas, dispositivos e outras partes fundamentais, compondo um conglomerado de práticas voltadas à prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde. De acordo, este trabalho investiga concretamente as experiências dos usuários a partir de uma pesquisa de campo, realizada por meio de questionário aberto, ferramenta proposta por González Rey, como modo efetivo de coletar informações na pesquisa social, seguido de uma análise qualitativa das informações por meio da análise do discurso, com base na teoria Foucaultiana, teorias da saúde e pós-

estruturalismo. Tendo em vista os relatos obtidos, foi possível observar a presença de categorias de análise desses discursos, representando dois principais campos: a relação entre sistema e usuário e a importância das práticas desenvolvidas pelo sistema de saúde, diretamente relacionado ao fator do financiamento das políticas públicas de saúde. Os resultados apontam a eficiência desse sistema de saúde, porém denotam alguns potenciais de melhorias, muito relacionados com o investimento financeiro, demonstrando a importância do SUS neste contexto, assim como no país.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizoanálise. Análise do Discurso. Trabalho Vivo.

THE NATIONAL HEALTH SERVICE UNDER THE PERSPECTIVE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY'S USERS: A POST-STRUCTURALIST ANALYSIS

ABSTRACT: The National Health Service is considered a huge machine, consisted by several services, programs, devices and some others fundamental parts, composing a practices' conglomerate focused on health's prevention, promotion, recuperation and rehabilitation. According to that, this study specifically investigates the users' experiences from field research, performed through an opened questionnaire, a tool proposed by González Rey, as an effective way to collect information in the social research, followed by the information's qualitative analysis through the discourse analysis, based on Foucault's Theory, Health's

Theories and Posts-tructuralism. In order to the obtained reports, it was possible to observe the discourses analysis' categories, representing two of the main fields: the relation between the system and its user and the importance of Healthcare System developing practices, directly related to the funding in public healthcare policies. The results reveal the Healthcare Service's efficiency, however exhibit some improvement potentials, correlated to the financial investment, showing the NHS' importance in this context, as well as in the country.

KEYWORDS: Schizoanalysis. Discourse Analysis. Living Labor.

1. Introdução

O Estado brasileiro possui suas políticas públicas de saúde organizadas, criadas e promovidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), um gigantesco maquinário responsável por todas as tarefas relacionadas à saúde, composto por vários órgãos, instituições, serviços, programas, dispositivos e outras peças fundamentais para manter seu funcionamento. Como um enorme aparato, abrange o país inteiro e pode chegar a todos os mais de duzentos milhões de brasileiros (BRASIL, 1990). Entretanto, as opiniões acerca desse serviço podem ser ambivalentes, ou seja, divergem de acordo com os diferentes estratos sociais.

O serviço utilizado como base para esta pesquisa é o de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O SUS prevê, em sua fundamentação, a divisão por níveis de tecnologia: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. Dentro do primeiro nível de atenção existem diferentes serviços, programas e dispositivos, sendo um deles a ESF, um serviço formado por uma equipe de saúde da família, normalmente inserido para atender microrregiões, reorganizando o fluxo da atenção básica, além de ser uma porta de entrada do SUS (BRASIL, 2012).

Este trabalho pretende investigar as experiências dos usuários a partir de uma pesquisa de campo, seguida de uma análise qualitativa das informações recebidas. Para tal tarefa, o método de coleta das informações será efetuado com base na noção de questionário aberto, de González Rey: uma ferramenta teórica que prevê uma construção crítica, frente à ideia hegemônica de pesquisa em Psicologia, de forma a tornar o processo de pesquisa mais realista, liberando o pensamento criativo-técnico do pesquisador para fora da neutralidade total (GONZÁLEZ REY, 2005).

Para a análise qualitativa das informações recolhidas, será utilizado o método de análise do discurso, um amplo referencial teórico produzido ao longo das obras de Foucault, que abrange, fundamentalmente, as nuances dos jogos de poder e saber entendidos pelo autor, (GUARESCHI; SCARPARO, 2008), tendo como horizonte compreender como se dá a relação do usuário com o sistema de saúde. Para tanto, submetemos esta pesquisa ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Paranaense, por intermédio do parecer emitido no protocolo 099829/2021.

Vale ressaltar que foram encontradas algumas obras já realizadas em outros locais do território nacional com esta mesma premissa nos bancos de dados pesquisados, nas quais as conclusões obtidas pelos autores, a partir dos resultados, são de uma visão positiva em relação à eficácia dos tratamentos por parte daqueles que fazem o uso do sistema, mas com

insatisfações pontuais que variam de lugar para lugar, como longo tempo de espera e falta de humanização no atendimento (MOIMAZ *et al*, 2010; CASTRO *et al*, 2008), e desorganização e demora no referenciamento e nos encaminhamentos (ARAKAWA *et al*, 2011). Entretanto, apenas um estudo encontrado e realizado na cidade de Florianópolis demonstrou intensas reclamações generalizadas acerca do serviço (BACKES *et al*, 2008).

Para um estudo mais íntegro, será efetuada uma revisão bibliográfica de obras relacionadas aos temas encontrados no decorrer deste processo, tais como algumas informações sobre o sistema de saúde, obras auxiliares acerca da relação entre profissionais e usuários, além da presença de teorias de autores da Esquizoanálise, como Guattari e Hur, para compreender a constituição do sujeito e da subjetividade, que confere uma base para formar um esboço mais detalhado daquele cidadão que chega ao SUS, fazendo desse trabalho uma produção essencialmente pós-estruturalista.

Assim, assumimos como princípio de pesquisa identificar como a implicação dos serviços do Sistema Único de Saúde reflete no cotidiano dos usuários, especificamente nas relações entre a Estratégia de Saúde da Família e utentes. Para isso, temos como objetivos específicos selecionar os usuários que fazem o uso da ESF para colaborar com a pesquisa através do questionário, analisar de que forma ocorre a dinâmica da relação entre usuários e profissionais, identificar se esses usuários têm conhecimento sobre como todo o sistema de saúde brasileiro afeta a sua qualidade de vida, buscar uma relação contextual entre os relatos dos usuários e a proposta pela teoria que formula o Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.

2. Revisão de literatura

O Sistema Único de Saúde brasileiro oferece vários tipos de serviços em saúde, desde tratamentos com as especialidades da saúde, reabilitação e até práticas de prevenção de doenças e promoção de saúde. A “Atenção Primária” se concentra prioritariamente nas duas últimas, mas todas as atividades lhe são inerentes, conforme o contexto em que estão inseridas. Para Campos (2016), a atenção primária em saúde conta com profissionais generalistas, aqueles com práticas de amplo atendimento para diferentes demandas, com base em temáticas da saúde coletiva, responsáveis por resolver até 80% das demandas que chegam ao serviço. Já a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser uma estratégia da atenção

primária em saúde, é voltada à resolução das “dificuldades de viver”, que, em relação à saúde mental, estão ligadas aos sofrimentos psíquicos leves.

Como proposto na cartilha de acolhimento nas práticas de produção de saúde (BRASIL, 2006), a implementação da política nacional de humanização é realizada principalmente visando:

[...] a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013, p. 3).

Portanto, torna-se de suma importância acolher a demanda dentro de sua complexidade, tendo em vista a subjetividade, com um olhar amplo ao indivíduo e ao coletivo, valorizando a complexidade, ou seja, direcionando as práticas às várias coisas do mundo que lhe atravessam, bem como o seu território, seu contexto familiar, sua comunidade e demais instituições com as quais possui vínculos.

A produção de saúde se faz em um processo coletivo, construído pelas políticas públicas, pelos profissionais de saúde e também pelos usuários em seus territórios. Para isso, é essencial o diálogo constante entre eles (BRASIL, 2006). Nessas relações, é de fundamental importância saber lidar com as diferenças de poder e de saberes, utilizando-os como uma forma de potencializar os cuidados e tratamentos em saúde, não de forma hierarquizada e vertical. Segundo a Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), “Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que ‘eu me reinvente, inventando-me com o outro’” (BRASIL, 2006, p. 17).

Pautado nas teorias pós-estruturalistas, Fuganti (2009) disserta sobre como o papel da humanização em saúde pode resultar em um efeito contrário ao idealizado pelos agentes de saúde, no qual a conduta de ordem hierárquica no SUS, a de profissional-paciente, acaba por se expressar na intenção do cuidado, colocando um corpo sob o outro, de modo que as forças mais vitais tendem a ser controladas, isoladas no corpo do usuário, caminhando sobre a linha imposta pelos profissionais e ocasionando uma dinâmica complexa em que nos questionamos sobre qual humano estamos falando:

Quando procuramos inovar nas ações, muitas vezes não nos damos conta de que elas podem permanecer reféns de velhos preconceitos, ou pior, de

prejulgamentos subterrâneos, como nossos próprios modos de vida o são. Ao se naturalizarem pelo senso comum, mudanças nas práticas, e particularmente nas práticas de saúde, revelam-se finalmente apenas como mudanças de fachada. Assim, podem continuar ainda a transmitir comandos implícitos velados, que se exprimem e se traem nas capturas que colocam a vida a serviço de poderes tristes (FUGANTI, 2009, p. 667).

Visando superar esse modelo de cuidado, que pressupõe o usuário como alguém que depende do profissional para curá-lo ou apenas ter sua vida controlada paliativamente, Fuganti (2009) investe na prática da saúde que concebe o tratamento que pretende efetivar o sujeito como o principal responsável pela melhora de sua saúde, um corpo não assujeitado aos poderes que chegam até ele, que pode agir ativamente para suprir suas necessidades, lidando com as forças que aparecem para decompor seu processo de potencialização da vida, tendo em vista que já é um ser completo em si mesmo, sem faltas ou brechas subjetivas:

Toda política que se destina à saúde, a dar saúde, a atender a um modo de vida de um paciente - e no entanto, não investe em condições que tornam tal paciente médico de si mesmo, nem investe e sustenta em seu horizonte futuro uma vontade de, no limite, desaparecer, se tornar desnecessária - jamais rompe com a piedade, com as velhas formas de poder (FUGANTI, 2009, p. 670).

Sendo assim, tem-se como premissa uma produção de saúde que visa abandonar o controle biopolítico, que liberte tanto o trabalhador da área da saúde, para que possa executar seu trabalho com maior amplitude, extrapolando os padrões técnico-científicos engessados, quanto também o usuário institucionalizado, ou seja, uma prática criativa e do encontro, que vai ao encontro do conceito de Trabalho Vivo dos autores Franco e Merhy.

Os conceitos de Trabalho Vivo e Trabalho Morto foram inicialmente trazidos por Karl Marx em seu primeiro livro do Capital, no qual o sociólogo os trouxe a partir da observação dos processos industriais de sua época. Trabalho morto aqui se refere ao trabalho já realizado, que já faz parte das máquinas e instrumentos de trabalho, enquanto que o trabalho vivo é o exato momento do ato produtivo e criativo, sendo de controle do próprio trabalhador. Assim, o trabalhador se realiza ao mesmo tempo em que o produto é feito (FRANCO; MERHY, 2012).

Há uma certa correlação entre o trabalho vivo e o trabalho morto nas tecnologias do cuidado em saúde, a qual chama-se Composição Técnica do Trabalho (CTT), do qual modo é a razão entre trabalho vivo e trabalho morto. Quando está favorável ao trabalho morto, reflete em um trabalho com menor grau de liberdade, mais engessado, técnico, voltado aos protocolos e regulações. Ao contrário, quando a CTT for favorável ao trabalho vivo, o

trabalhador possui mais liberdade e criatividade em suas práticas, estabelecendo melhores vínculos com os indivíduos atendidos. O trabalho vivo possui um grande potencial na elaboração do Projeto Terapêutico do indivíduo, pois não se atém apenas em técnicas, mas também desenvolve uma real empatia por este, um real encontro, um encontro potente, no qual é considerado um sujeito desejante; isso irá refletir na qualidade das intervenções dos profissionais com seus clientes (FRANCO; MERHY, 2012).

Podemos identificar o trabalho vivo no nosso Sistema Único de Saúde quando os trabalhadores conseguem realizar trabalhos mais amplos, em conjunto com outros profissionais, com práticas coletivas e mais potentes, que realmente se dedicam a atender os indivíduos na sua maior complexidade. As normas, técnicas e outras condutas, com certos limites, muitas vezes podem acabar sendo utilizadas pelos profissionais como um empecilho da criatividade, como formas de despotencializar as práticas humanas, padronizando-as. Tais condutas necessitam passar por uma análise ética, estética e política do cuidado em saúde. A partir dessas concepções, formulam-se ações que consideram os indivíduos na sua complexidade subjetiva, levando em conta os aspectos singulares de cada demanda, tendo, assim, um grande potencial de promoção, prevenção, tratamento e recuperação em saúde (FRANCO; MERHY, 2012).

Para melhor compreendermos a constituição dos serviços realizados nas unidades de saúde, devemos entender as diferenças entre macro e micropolítica. Hur (2019, p. 71) traz que “em todos os processos e formas sempre há relações de forças, poder e potência”, acontecendo de modo dinâmico, apreendidos tanto no ângulo da micropolítica quanto da macropolítica. A macropolítica é entendida como a política já instituída, a forma de se organizar, as regras, um espaço do qual todos que fazem parte, de determinada organização, serão afetados. Já a micropolítica refere-se às relações que se manifestam dentro dessa organização; são os movimentos individuais e caóticos, nem sempre organizados, sendo as forças das mudanças, dos desejos e do caos.

Podemos identificar aqui como a micro e a macropolítica divergem ao mesmo tempo em que interagem, como dentro de uma unidade de saúde podemos observar quais são as regras, organizações e formas que regem o funcionamento do local, assim como os poderes que cada trabalhador lá possui, como o poder de cada formação afeta as relações entre os profissionais e com os usuários. Ao mesmo tempo podemos perceber, no campo social, como as relações, por meio da potência, se manifestam, como os bons encontros levam à práticas singulares e eficazes, e a uma melhor participação desses usuários na construção de sua saúde.

Guattari (1982) aponta apenas uma regra da micropolítica, que serviria como parâmetro de análise das formações do inconsciente no campo social:

[...] estar alerta para todos os fatores de culpabilização; estar alerta para tudo o que bloqueia os processos de transformação do campo subjetivo. Esses processos de transformação que se dão em diferentes campos da experimentação social, podem ser, às vezes, mínimos e, no entanto, constituir o início de uma mutação muito maior. Ou não ... (GUATTARI, 1982, p. 135).

No começo de uma nova experiência, Guattari diz que esses movimentos, de novos processos, muitas vezes são problemáticos, o que nos leva a buscar outras experiências parecidas para nos basearmos. Sobre isso, Guattari (1982) diz que é a consequência dos “sistemas de culpabilização”, que inibem tudo aquilo que foge de um padrão dominante. Essas práticas criativas consideram a construção singular das subjetividades, e a partir dela é que construiremos uma prática que realmente faz sentido para aquela pessoa, que realmente lhe afete. Então, é de fundamental importância a noção de subjetividade e de processos de subjetivação, pois constituem, aqui, campos de força da micropolítica no processo de trabalho de produção de saúde.

A subjetividade é compreendida por intermédio das concepções da Esquizoanálise, a qual diz que é produzida histórica e socialmente, e o que a coloca em movimento é o desejo, que é produzido no inconsciente, e conforme age sobre o mundo, o mundo age sobre essa subjetividade. Hur (2019), ao dissertar sobre a subjetividade e os processos de subjetivação, cita uma etapa fundamental que compõe os sujeitos: o coeficiente de territorialização. Esse conceito é entendido como um processo variável de corpo para corpo, que ocorre de modo a fixar as forças, códigos e saberes que passam pelo sujeito, como se houvesse uma força gravitacional que traz para si os elementos que circulam ao seu redor, montando a subjetivação. É por esse motivo que cada pessoa se distingue da outra, levando em consideração que a Esquizoanálise entende que é o próprio território ou contexto social que constitui os sujeitos, é uma etapa fundamental para a singularidade humana.

Sendo assim, um corpo pode ser constituído de modo excessivamente territorializado, no qual o nível de institucionalização é exacerbado, indicando a presença dos códigos, permitindo apenas visões de mundo limitadas e padronizadas, até mesmo binárias; ou pode ser mais desterritorializado, no qual se apresenta abrindo portas para as diferenças da vida, estimulando as alternativas mais variadas e criativas, operando flexivelmente. Para o autor:

O coeficiente de territorialização desempenha, nesse processo, papel central, pois é índice determinante para as variações entre os indivíduos. Todavia, os modos de subjetivação são alvo de gestão e controle biopolítico. A gestão da vida é regulada por processos de codificação e pela axiomática do capital, conformando dois tipos distintos de subjetividade, a disciplinar [...] e a capitalista [...] (HUR, 2019, p. 108).

Tendo em vista toda essa complexidade do Sistema Único de Saúde e daquilo que o constrói, ou seja, dos profissionais e seu modo de trabalho, e dos usuários que chegam até ele, cada um com suas formas singulares de ser, torna-se necessária uma análise que compreenda o máximo dos valores contidos nessa trama, para obter o máximo de fidedignidade das implicações entre a relação profissional-usuário nas vidas envolvidas.

3. Metodologia

A pesquisa será realizada de acordo com a proposta de pesquisa da visão pós-estruturalista, a qual, segundo Guareschi e Scarparo (2008), parte da concepção de não haver neutralidade científica, pois ela traz uma fragmentação do indivíduo, levando a dicotomias simplistas da subjetividade, que desconsideram as diversidades. Essa concepção vê as atividades de pesquisa como integrantes do contexto no qual são desenvolvidas, sendo expostas às transformações e novas configurações desses espaços. O pesquisador, não sendo neutro, assume seus posicionamentos políticos, que serão de fundamental importância nas reflexões, debates e produções teóricas desenvolvidas junto ao seu objeto de pesquisa. Por isso, os processos culturais e políticos de cada contexto são essenciais na construção do conhecimento.

Nessa perspectiva, a pesquisa foca na rede discursiva dos indivíduos, pois o conhecimento é produzido nas práticas cotidianas, nas ações coletivas e no que cultuam, demonstradas nos discursos de cada sujeito, o que guiará as problematizações sobre essas configurações. Esses discursos estão sujeitos às regras dos jogos de linguagem, de saber e de poder, nos quais os significados não são preexistentes à sua enunciação, mas, sim, a partir do momento em que são enunciados (VEIGA-NETO, 1996). Os significados são construídos dentro de determinada cultura, de acordo com suas práticas sociais, as quais produzem os conhecimentos científicos.

O objetivo da ciência trazida aqui por Guareschi e Scarparo (2008) é de responder à complexidade de cada contexto, considerando os fenômenos como algo produzido em

determinada cultura, de acordo com o que foi construído socialmente, em determinado tempo histórico. Durante esses processos, são produzidos saberes que significam seu mundo e justificam suas práticas, e essas ações produzem cada indivíduo que a compõe, ou seja, produzem modos de subjetivação. Então, essa ciência traz várias questões que orientarão na produção de novos saberes que são pertinentes para cada contexto de pesquisa.

A partir da fundamentação da ciência proposta, entende-se que tudo é compreendido como materialidade discursiva, o que não se refere nem a uma categoria quantitativa nem mesmo qualitativa. Assim, as metodologias foram desenvolvidas durante a pesquisa a partir do que é proposto como objetivo. As ferramentas de pesquisa são as linguagens, os discursos, os enunciados e as vozes, que demonstram as várias formas de existência e de significar as diversas relações que as compõem (GUARESCHI; SCARPARO, 2008).

A principal ferramenta que foi utilizada é o questionário aberto, trazido pelo González Rey, que, por mais que seja construído por meio de uma epistemologia qualitativa, é um instrumento que considera o indivíduo na sua complexidade. Tal ferramenta possibilita, tanto ao pesquisador quanto ao indivíduo pesquisado, uma maior flexibilidade e liberdade de se expressar, pelo motivo de ter um formato de pergunta mais amplo e abrangente, proporcionando, conseqüentemente, respostas mais complexas e ricas para uma melhor análise.

Nos diversos campos da ciência, de modo geral, os instrumentos utilizados para coletar dados na área a ser pesquisada se valem dos princípios da neutralidade e objetividade no momento de recolher as informações, inclusive no ramo das ciências sociais e humanas que, apesar de se posicionarem de forma crítica frente ao positivismo, em grande parte acabam por administrar suas pesquisas do mesmo modo hegemônico, na tentativa de operar com maior rigorosidade técnica (GONZÁLEZ REY, 2005).

Entretanto, o autor González Rey (2005) propõe uma forma diferente do padrão encontrado para utilizar os instrumentos de coleta de dados que, seguindo com base na sua teoria de Epistemologia Qualitativa, se posiciona com uma crítica fundamental ao instrumentalismo hegemônico presente nas ciências antropossociais, o qual é caracterizado por uma construção e aplicação normativa e tecnicista que acabam por obstruir pensamentos do pesquisador, que poderia atuar com estímulos de modo a contemplar uma maior complexidade durante a comunicação pesquisador-pesquisado.

Além disso, na Psicologia, é tradicionalmente aceito e preferível pelos profissionais a aplicação de instrumentos que considerem os dados comportamentais concretos do objeto humano, ocasionando o desfoque de áreas subjetivas e mais profundas do psiquismo,

tornando a avaliação um método desconexo da realidade, que recolhe dados tipificados, eliminando reflexões que o psicólogo pode ter no momento da pesquisa para agir de modo criativo, resultando em um flerte com o reducionismo.

Para a presente pesquisa, pretendemos apurar os dados utilizando o questionário aberto, formato que é visto por González Rey (2005) como um dos instrumentos mais eficazes para o campo social, tendo em vista que o psiquismo é constituído também por aspectos sociais, e que todo humano tem em seu relato implicações culturais e históricas, inconscientes e subjetivas, que se inserem involuntariamente nas respostas dos questionários, desconstruindo qualquer tentativa de isenção e imparcialidade na relação com os colaboradores desta pesquisa.

O questionário foi aplicado a 12 usuários que acessam o Sistema Único de Saúde por meio de duas Unidades Básicas de Saúde, atendidos pela Equipe de Saúde da Família, selecionados por conveniência, no momento em que esperavam para serem atendidos pelos profissionais de saúde. Optamos por aqueles que tinham mais tempo para responder à pesquisa.

Os resultados obtidos na aplicação dos questionários foram analisados a partir da análise do discurso sob a perspectiva pós-estruturalista e as teorias da saúde. Conseqüentemente, analisamos o contexto compreendendo a linguística e realidade do local, realizando a conexão entre teoria e prática, levando em consideração cada sujeito inserido em seu território.

Como proposto por Coyles (2010), nosso olhar voltou-se para a realidade coletiva do local. Desta forma, é possível analisar a configuração em que se constitui a realidade do ambiente para que seja compreendido o uso da linguagem, concebendo, desse modo, novas interpretações das construções já realizadas.

A análise proposta expõe as relações de poder, problematiza como se estabelecem e também sobre a forma como vemos o mundo. O discurso, nesta perspectiva, funciona como um elemento para constituir a realidade com uma visão estrutural destas relações de poder estabelecidas, visando considerar a realidade social independente do uso da linguagem. Entretanto, é de suma importância ressaltar a notoriedade das diferentes relações entre os sujeitos, o que possibilita múltiplos vínculos e novas formas de compreensão do discurso, pois este se constrói de forma móvel, tendo possibilidade de modificação ao longo do processo.

4. Resultados

A pesquisa foi realizada em um município do interior do Paraná, desenvolvida nos espaços disponibilizados de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), com pessoas que estavam aguardando para serem atendidas e que se dispuseram a participar. Foram entrevistados 12 usuários, sendo 11 mulheres e um homem, com idades entre 19 e 75 anos. Se autodeclararam brancas (seis), pardas (quatro) e morenas (duas), com níveis de escolaridade entre o segundo ano do ensino fundamental até a conclusão do ensino médio, duas delas frequentando programas de educação para adultos e idosos. As ocupações são donas de casa (seis), outras variam entre faxineira, cozinheira, zeladora, motorista e autônomas (duas), possuindo uma renda familiar mensal de um a três salários mínimos, com família de uma a cinco pessoas.

As perguntas realizadas nessa pesquisa estão relacionadas aos serviços que eles utilizam, como se deram suas relações com os profissionais, dando enfoque aos profissionais daquela ESF, sobre suas opiniões referentes ao funcionamento do sistema de saúde, como e quando utilizam os seus serviços e qual importância que esse sistema tem para suas vidas.

Os discursos revelam como eles se relacionaram com as instituições e profissionais que compõem o SUS, trazendo suas experiências, queixas e elogios vindos das suas experiências com esses serviços. Durante a aplicação dos questionários, surgiram várias questões referentes ao funcionamento dos serviços de saúde, como a falta de profissionais, se destacando a figura do médico, a falta de medicamentos, entre outras questões sobre como são atendidos pelos profissionais que compõem esses serviços, aparecendo, aqui, algumas reclamações sobre como foram atendidos por certos funcionários, mas também questões sobre o quão importantes são esses serviços para a qualidade de vida e para a saúde desses usuários, pois, segundo eles próprios, não teriam condições de pagar por um serviço de saúde privado.

Por meio dessa pesquisa, podemos notar a amplitude de assuntos possíveis de análises, os quais, para melhor organização e atendendo as exigências do presente texto, foram divididos em duas categorias de análise do discurso: primeiramente serão abordadas as análises e reflexões acerca das relações que os profissionais estabelecem com os usuários, qual é a sua importância na produção de saúde e como influenciam na qualidade de vida da população, principalmente na saúde mental; em seguida, será levantada a questão dos investimentos na saúde pública, com o foco na atenção básica, trazendo, por intermédio dos discursos dos participantes da pesquisa, como esse fator afeta a vida dos moradores de determinada comunidade.

Desenvolveremos essas categorias de análise de discussão dos resultados, trazendo uma concepção micropolítica até uma concepção macropolítica, ou seja, partimos da análise dos processos das relações e tecnologias que são construídas no cotidiano da saúde pública para os processos de gerenciamento de recursos financeiros e estruturais.

5. Discussão dos resultados

5.1. A Estratégia da Saúde da Família e a relação com os usuários

Os relatos dos colaboradores dessa pesquisa apontam um campo de composição de compreensão do funcionamento das políticas públicas de saúde em diversos níveis, como o reconhecimento da importância dessas ações para a qualidade de vida e sua segurança sanitária, ao passo em que denunciam as dificuldades do sistema com algumas demandas necessárias.

A partir dos relatos dos utentes, percebemos a necessidade do Sistema Único de Saúde, visando a boa qualidade de vida ao público, promovendo a autonomia. Portanto, como ressalta Franco e Merhy (2012), são necessárias boas relações com a criação de vínculos afetivos consolidados, para que desta forma seja alcançada a emancipação do serviço.

Dentro da área da saúde, alguns estudos observam como são produzidas essas relações entre profissionais e usuários, e indicam que esses trabalhadores individuais e coletivos são agenciados por múltiplas linhas de força, algumas diferentes das outras, a depender da especialidade de cada profissional, mas que nessa multiplicidade de conhecimentos são de fundamental importância para uma oferta de serviços mais amplos, como ressaltado a seguir:

Esta multiplicidade de saberes que vão configurar a mesma diversidade dos modelos de assistência ou modos de produzir no campo da saúde, pode ser bem discutida ao percebermos o campo de necessidades do próprio usuário, bem descrita pela classificação das necessidades de saúde em quatro tipos ou grandes conjuntos: “Em se ter, boas condições de vida” [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”. [...] Este agir na saúde que se verifica no âmbito da micropolítica traz consigo a ideia geral do uso das tecnologias de trabalho, a centralidade do trabalho vivo e os vários elementos que compõem o modo de produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2012, p. 155).

As boas relações refletem em um melhor funcionamento das próprias unidades, bem como é perceptível no discurso da Usuária G, quando questionada sobre a relação com os profissionais do serviço público: *“Ah, eu acho que são boas, eu gosto de todo mundo. Eu tenho empatia por todo mundo, nunca fui maltratada, então eu acho que eles gostam de mim e eu gosto deles”*. Ao nos depararmos com esses discursos, fica evidenciado que ocorre uma troca afetiva nestes locais, que estabelece uma melhor forma de se concretizar esses atendimentos, como ressalta a importância da Usuária K sobre o modo como ela é tratada: *“Sempre com bastante atenção, assim. Sempre, tipo, se dedicando. Tipo, comigo, pelo menos, sempre foi assim [...] São excelentes pra mim, não tem do que reclamar”*. A produção do cuidado, citado anteriormente por Franco e Merhy (2012), fica evidenciada nos relatos dos usuários acima, há investimento de desejo tanto dos profissionais quanto dos usuários, estabelecendo, assim, boas relações de cuidado.

O investimento de cuidado dos profissionais para com os utentes fica explícito na medida em que nos deparamos com os discursos supracitados. Fuganti (2009) ressalta a importância das práticas se basearem na humanização, para que, de tal forma, não sejam capturados por modelos de poder no cuidado em saúde, para que o usuário não seja condicionado ao se colocar em uma posição de obediência, bem como o profissional no de supremacia, pois, a partir disso, o usuário se originaria como faltante, emergindo de dependência de comandos, e ao profissional se atribuiria a ideia de ocupação de saber e poder, distanciando-se de um modo libertário de fazer saúde, dificultando a própria capacidade de emancipação do indivíduo, como mencionado nos questionamentos do autor a seguir:

O cuidado não seria prioritariamente fazer com que a vida se torne potente, forte, criativa, inventiva, ativa, que goze realmente, produza o gozo alegre como consumo de intensidades livres sem as quais não haveria transmutação do desejo nem saúde em ato? [...] Pratica-se, sem nenhum pudor, o seguinte contrassenso: é preciso dar autonomia a esse e a aquele, a cicrano e a beltrano, a tal ou qual setor de uma comunidade. É preciso dar autonomia ao povo! Mas autonomia não se dá, nem se tutela, se conquista! (FUGANTI, 2009, p. 670).

A partir do exposto por Fuganti (2009), percebe-se que a autonomia dos utentes para com o serviço e os profissionais está estreitamente ligado à eficácia e bom funcionamento do trabalho, bem como ao investimento financeiro. A qualidade do trabalho realizado em saúde está intimamente ligada à alocação de recursos de infraestrutura, assim como recursos humanos. São condições inerentes à humanização do cuidado em saúde.

Deste modo, a dimensão da importância do Sistema Único de Saúde, por meio da questão relacionada ao serviço de saúde, se este contribui ou não na vida do usuário, obteve respostas positivas em todos os questionários aplicados. Mais especificamente quando visualizamos os discursos que demonstram o fato de os cidadãos não terem recursos financeiros para utilizar qualquer tipo de serviço de saúde privado, evidenciando a contribuição do serviço em suas vidas: *“Eu não sei o que seria, porque condições de pagar não tenho, né. Daí, tipo, pra mim tá sendo ótimo” (USUÁRIA D).*

Além de contribuir para a vida dessas pessoas, este sistema também se mostra eficaz, ou seja, os profissionais que compõem a ESF pesquisada solucionam os problemas apresentados por aqueles que chegam em sua extensão. Há indícios de tal afirmação com base na questão sobre a eficácia do serviço recebido, obtendo boas devolutivas, como: *“Todos, todos. Não tenho do que reclamar.” (USUÁRIA D)*, sendo esta uma questão que foi seguida de falas positivas em todos os questionários.

Com isso, evidenciamos neste território fortes indícios de que a Atenção Básica em Saúde do SUS cumpre com alta porcentagem de resolução das demandas que chegam ao serviço, prevista na literatura citada no início deste trabalho (CAMPOS, 2016), executando seu papel de organizador do fluxo na rede, impedindo que os casos se agravem e seja necessário o uso de maiores tecnologias, mantendo uma boa comunicação com os demais pontos da rede de atenção à saúde, quando necessário.

O acolhimento é uma grande tecnologia de intervenção, que utiliza do corpo e da relação entre o profissional e usuário construída a cada encontro, como meio de potencializar a eficiência dos tratamentos. Essa tecnologia se constitui por meio de uma postura ética com foco nas relações, um regime de afetabilidade, que coloca ambos os personagens em uma relação presente, não hierárquica, levando o usuário a ser protagonista na produção de sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Como já mencionamos, as relações são muito importantes na produção de saúde e o contato com a subjetividade do indivíduo é de grande potencial. Isso pode ser ilustrado a partir do discurso da Usuária G, que diz: *“Eu nunca posso dizer que eu fui desrespeitada, não tenho queixas, sempre fui bem tratada. No [hospital] Regional fui internada duas vezes e eu fui muito bem tratada, e o que eu precisei, pra mim, falando de mim, não tenho queixas [...]”*

Neste trecho, podemos identificar um profissional que tem um olhar atento ao indivíduo, um olhar que tenta mapear a multiplicidade de problemáticas que estão em pauta, que se afeta por aquilo que o outro traz, faz a diferença no ato do cuidado (NEVES e HECKERT, 2010). Isso também foi identificado a partir de alguns discursos, como o da

Usuária K, sobre como foi atendida: “*Sempre com bastante atenção, assim. Sempre, tipo, se dedicando. Tipo, comigo, pelo menos, sempre foi assim. E eu sempre procuro tirar todas as dúvida também, né [...]*” o acolhimento aqui é presente, pois o profissional e o usuário estão em relação, ao mesmo tempo em que são compartilhados saberes, ultrapassando o dualismo, como Neves e Heckert (2010, p. 159) trazem “[...] a vida, como potência de invenção, excede às formas molares nas quais se representa, desfazendo-as e perturbando-as”.

Implicitamente, os usuários demonstram um desconforto maior em situações que são mais atravessadas por relações de poder que se exercem sobre eles, como percebemos no seguinte relato:

[...] Tem médicos que não dão muita atenção, né? Daí a gente conta o que está sentindo, e tem médico que é gente boa. A gente não pode se queixar, mas tem alguns que não é muito dado com as pessoas [...] só dão uma olhadinha assim e acabou a história né, já consultou, e assim vai. Tem médicos que são bem atenciosos, mas tem médicos que não são muito muito legais não (USUÁRIA C).

A partir desse discurso, podemos identificar a diferenciação que os autores Franco e Merhy (2012) fizeram entre as alternativas de Projeto Terapêutico, que os profissionais de saúde podem atuar no contato com o outro: ou é feito de forma de reprodução de técnicas e serviços, utilizando somente procedimentos padronizados e prescritivos (trabalho morto); ou é feito a partir de um processo mais relacional com aquele usuário, mesmo usando procedimentos e instrumentos padronizados, reconhece a singularidade desse que está na sua frente (trabalho vivo). Essa última abordagem do profissional traz a possibilidade de uma maior liberdade e de maior potência para ambos. À medida que é construído em conjunto o Projeto Terapêutico, de acordo com a realidade do usuário, vão se construindo sentidos, tanto na prática do profissional quanto para a vida do usuário.

5.1. Organização e investimento da Estratégia de Saúde da Família

O investimento no SUS, visando a melhoria e ampliação dos serviços, torna possível melhores condições de trabalho dos profissionais, conforme apontado por quatro colaboradores. Com isso, tiveram como problemáticas de compreensão comum entre eles, principalmente quando perguntados sobre o que seria necessário para a melhoria das políticas públicas de saúde. De acordo com a Usuária C, obtivemos o seguinte retorno: “[...]quando é

pra aprovar leis pra beneficiar o povo, dificilmente eles [os políticos] vão fazer, porque daí vai faltar pras verba deles. Não é que falta verba, porque dinheiro existe [...]”. Tendo em vista esses e outros relatos, também denota-se uma consciência política e econômica dentre os usuários do SUS, que percebem como a contribuição que fazem para o Estado é destinada de forma inadequada constantemente, não retornando à população, detectando, de certa forma, como a política vigente opera.

Eu acho que poderia ter mais medicamentos, que falta muito. Muita consulta também né, a gente vem aqui e não tem médico. A gente vem aqui e agenda. A gente vem aqui e não tem médico, outro dia não tem para agendar, e assim vai indo né. Se tivesse dois médicos seria melhor para a gente né. Daí as pessoas não ficavam sem atendimento né (USUÁRIA D).

Para ter uma garantia de bons serviços, é preciso ter profissionais qualificados, principalmente médicos generalistas e especialistas, o que, por um bom tempo, foi um problema para a saúde pública e que, ultimamente, está voltando a ser. Até o ano de 2013, o Brasil tinha um problema com a falta de médicos para atender em áreas periféricas e municípios com menor infraestrutura. Então, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), que trouxe cerca de 18 mil médicos para o Brasil, resultando em um maior alcance da saúde do país, principalmente na ampliação da atenção primária, atingindo cerca de 63 milhões de pessoas (BRASIL, 2015 *apud* FACCHINI, 2018).

Ao olhar para alguns dados do financiamento do sistema, denotamos a importância de uma gestão adequada à realidade brasileira. Saldiva e Veras (2018) ressaltam o fato de que, apesar de um funcionamento muito útil, no Brasil ocorre um mau direcionamento de verbas, tanto em quantidade bruta de dinheiro como na forma de gestão, com vários erros possíveis nas três esferas de gestores, municipal, estadual e federal, denunciando a inabilidade dos gestores responsáveis pelo encaminhamento do financiamento, mostrando que existe verba para melhorias do SUS, mas nem sempre são aproveitadas:

[...] o Brasil mantém, ao longo do tempo, o financiamento de saúde centrado predominantemente no sistema privado de saúde, ao qual têm acesso cerca de 23% da população. A situação acima exposta é ainda mais preocupante, pois a cobertura à qual têm acesso os 23% da população que pagam por isso é bastante desigual. Nos últimos anos, há um incentivo federal para a criação de planos de saúde mais populares, com menor cobertura para doenças mais graves. [...] Resumindo, vários atores obtêm vantagens e somente um perde, perde a maior parte da população brasileira, aquela situada nos estratos inferiores de renda familiar (OCKÉ-REIS, 2007; BAHIA, 2008, 2017 *apud* SALDIVA; VERAS, 2018, p. 51-52).

O retrocesso e o corte orçamentário no SUS refletem situações evidentemente desfavoráveis para o funcionamento eficaz da rede básica de saúde, gerando, assim, o não abastecimento de vacinas e medicamentos. Por conseguinte, o aumento de desemprego e a restrição de direitos trabalhistas, intensificados nesse período da pandemia, diminuí significativamente o poder aquisitivo da população, ocasionando a maior demanda para o serviço público, sobretudo, a rede básica de saúde (FACCHINI *et al*, 2018). Sendo assim, como Facchini (2018) pontua, ao priorizar o interesse econômico e investimentos no setor privado em saúde, o país coloca em risco não só a qualidade do serviço público ofertado, mas também o atendimento integral das necessidades da população em sua totalidade, repercutindo no mau desempenho do funcionamento da ESF e na rede básica. Podemos perceber a necessidade do serviço público tal qual a qualidade deste, no relato da Usuária C, a seguir:

Ah, eu acho que se não tivesse esse serviço de saúde eu estaria travada e parada, porque a gente não tem condições financeiras pra tudo que eu preciso, eu preciso muito de muita coisa e aí eu consigo através do posto, os medicamentos, e fisioterapia, faço duas vezes por semana, faço sessão dupla. Então tipo, faço quatro sessão de fisioterapia toda semana, e isso tudo se eu tivesse que pagar, nós ia passar fome! [...] Se eu preciso de um médico, se eu preciso de um exame, se eu preciso de uma consulta, às vezes até de um psiquiatra, de um psicólogo, alguém que me... Eu tenho que me encaminhar pro SUS, porque eu não tenho condições de pagar. Porque, na verdade, hoje eu não tenho renda nenhuma [...].

Ao refletirmos sobre o que foi mencionado anteriormente, percebemos que o SUS torna-se primordial para estes usuários, especialmente na rede básica de saúde, como ressalta a Usuária D ao dar a sua avaliação sobre os serviços prestados pelo sistema:

Uma coisa muito boa né, porque se não existisse eles para cuidar da gente, o que seria feito da vida da gente né. Muito bom, [...] se a gente precisa de remédio, de uma consulta, se precisar de uma outra coisa, como uma vacina, uma coisa assim. Eles sempre estão ali né, sempre estão ajudando né?

As unidades de saúde que fazem parte da atenção básica são de grande importância na promoção de saúde e melhor qualidade de vida de seus usuários. Para tanto, são necessários investimentos públicos que disponibilizem mais profissionais e recursos tecnológicos para que isso aconteça. Isso reflete no funcionamento dessas unidades e está presente em discursos, como no da Usuária K, que diz “[...] às vezes a pessoa chega aqui, não é tipo porque os profissionais não queira atender, é porque agenda já teve todo protocolo [...]”, ou

seja, segundo essa usuária, muitas vezes as instituições de saúde se organizam de formas que não correspondem com as demandas da comunidade, mas não acha que é por falta de vontade de atender, mas, sim, para dar conta da demanda.

Quando a rede básica é excessivamente normatizada, como se operando por programações inflexíveis e regradados para seus atendimentos e com separações das demandas para atendimentos em dias específicos, há uma limitação do potencial de criação desses trabalhadores, o que pode impedir um atendimento que opere por meio do trabalho vivo em saúde (FRANCO; MERHY, 2012).

A partir desta análise fundamentada em literaturas pós-estruturalistas e da base de teorias sobre o SUS, foi possível visualizar de forma mais clara alguns aspectos fundamentais da ESF, como é a questão da importância desta unidade, demonstrando, também, algumas características macropolíticas que se estendem ao sistema como um todo, compondo um plano para traçar potenciais de melhoria, tanto na eficácia do sistema como na relação micropolítica e humanizada entre profissional e usuário.

6. Considerações finais

Ao examinar os relatos concretos de pessoas que fazem uso imprescindível do SUS, observamos a importância deste serviço nos dias de hoje, atendendo cidadãos brasileiros que não poderiam arcar com custos expressivos do serviço privado e, para além disso, mostrando dispor de um atendimento eficaz, que resolve as demandas que são apresentadas ao Sistema, ao passo que, à luz das teorias esquizoanalíticas, observamos que a maior parte dos profissionais agem de forma atenta e acolhedora, qualificando um modo ético de compor com outros corpos.

Contudo, de fato surgem pontos passíveis de melhoria nos discursos dos colaboradores, como a falta de profissionais e recursos. Para uma possível resolução, pretendendo uma melhoria desses serviços disponibilizados, é essencial mais investimentos nessas políticas, isto é, o sistema depende de ações de quem o administra e distribui os recursos públicos, que interferem na vida das pessoas que usufruem desses serviços, na procura de mais profissionais, bem remunerados, compondo mais unidades de saúde.

Na ponta final da disposição desses serviços estão os profissionais que atendem as demandas dos usuários, fazendo uso das tecnologias, recursos e ferramentas disponibilizadas para realizar os atendimentos dessas demandas, os quais, muitas vezes, são escassos e podem

limitar o alcance e a eficácia desses serviços. Por outro lado, o acolhimento pode contribuir para uma melhor eficiência nos tratamentos, caracterizada como uma tecnologia que utiliza a relação entre o profissional e o usuário como o principal meio de intervenção, uma tecnologia que usa do corpo, na qual são produzidos os afetos, para serem elaborados processos terapêuticos que fazem mais sentido para cada caso singular.

A partir da análise do discurso, podemos pensar em como os enunciados trazidos em suas falas estão expressas no nosso atual tempo histórico, social e político, e que vão nortear as formas de como os indivíduos se relacionam com essas instituições e profissionais da saúde. Também podemos pensar nessas relações como práticas de saúde a partir dos afetos, que podem ser de grande potencial tanto na eficácia dos tratamentos quanto na promoção de uma maior autonomia do sujeito na sua própria promoção de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS:

ARAKAWA, A. M. *et al.* Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na estratégia de saúde da família. **Revista Cefac**, [S.L.], v. 14, n. 6, p. 1108-1114, 14 fev. 2011. FapUNIFESP. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-18462012005000010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/xvXDTPq6cK4SSywHS9DRV8B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2021.

BACKES, D. S. *et al.* O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009, v. 14, n. 3. Acesso em: 7 set. 2021, pp. 903-910. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300026> Acesso em: 17 Jun 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: MS, 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf Acesso em: 08 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: O que é a política de Humanização**. Brasília: Editora MS, 2013. Disponível em: www.saude.gov.br/humanizasus Acesso em: 12 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora Ms, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 07 set. 2021.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde mental e atenção primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In: NUNES, Mônica; LANDIM, F. L. P. (org.). **Saúde mental na atenção básica: política & cotidiano**. Salvador: Edufba, 2016.

CASTRO, H. C. de O. *et al.* A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n.2 p. 113-134, jul./dez. 2008. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17678/1/ARTIGO_SatisfacaoUsuariosSUS.pdf
Acesso em: 07 set. 2021.

COYLES, A. Análise do discurso. BREAKWELL, G. M. *et al.* **Métodos de Pesquisa em Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FACCHINI, L. A. *et al.* Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 17 abr. 2012. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias do Trabalho e Cuidado em Sa%C3%BAde.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias%20do%20Trabalho%20e%20Cuidado%20em%20Sa%C3%BAde.pdf)
Acesso em: 08 jun. 2021.

FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 13, p. 667-679, 02 jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2009.v13suppl1/667-679/> Acesso em: 08 jun. 2021.

GUARESCHI, N. M. F.; SCARPARO, H. Refletindo sobre pesquisa e produção de conhecimento. **Psicologia e Pesquisa: Perspectivas Metodológicas**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

HUR, D. U. **Psicologia, Política e Esquizoanálise**. Campinas: Alínea, 2018.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2010, v. 20, n. 4 Acessado 7 Setembro 2021, pp. 1419-1440. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019> Acesso em: 20 Jan 2011.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. **Micropolítica do processo de acolhimento em saúde**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro - RJ, N. 1, P. 151-168, 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a11.pdf> Acesso em: 04 set. 2021.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/vXcGQzQrPkzfq587FbYR7PJ/?lang=pt#> Acesso em: 26 ago. 2021.

UNIÃO, C. da. **Portal da Transparência**. Saúde. 2021. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2017> Acesso em: 26 ago. 2021.

VEIGA-NETO, A. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: CASTELO BRANCO, G.; PORTOCARRERO, V. (Org.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000.

ⁱ Acadêmico do curso de Psicologia da Unipar - Campus Francisco Beltrão/PR. Email: gabriel.damim@outlook.com

ⁱⁱ Psicóloga (bacharel e formação do psicólogo) e mestra em Educação, ambas pela UNICENTRO, doutora em Psicologia - UNESP/Assis. Especialização em Saúde Pública pela UNIOESTE e aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos Nasfs pela FIOCRUZ. Professora de Psicologia da UNIPAR, orientadora de estágio específico da ênfase psicossocial na área de Saúde e Gêneros e Sexualidades. Atua como professora e orientadora nos cursos de especialização Lato Sensu vinculados a UTFPR, ESPP e FAE. Email: tatianepecoraro@prof.unipar.br

ⁱⁱⁱ Acadêmico do curso de Psicologia da Unipar - Campus Francisco Beltrão/PR. Email: alan.drey.98@edu.unipar.br

^{iv} Acadêmica do curso de Psicologia da Unipar - Campus Francisco Beltrão/PR. Email: suelen.w@edu.unipar.br