

A PANDEMIA DE COVID-19 E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

THE COVID-19 PANDEMIC AND PERMANENT EDUCATION ON HEALTHCARE

Adriana Barbieri Feliciano¹

Cinira Magali Fortuna²

Monica Vilchez da Silva³

Karen da Silva Santos⁴

Priscila Norié de Araujo⁵

Ana Beatriz da Costa Franceschini⁶

RESUMO: O presente texto tem por objetivo apresentar reflexões sobre a pandemia da Covid-19 e a Educação Permanente em Saúde (EPS) à luz de alguns conceitos da análise institucional. O Brasil dispõe de uma política nacional de EPS desde 2004, formulada com a proposta de colocar em análise e movimento a formação inicial dos trabalhadores de saúde, a formação que ocorre no mundo do trabalho incluindo aquela que se faz em instâncias de participação e controle social e a que se faz nos processos de gestão. São reflexões produzidas em uma pesquisa participativa, modalidade pesquisa intervenção, com o referencial da análise institucional francesa e vinculadas a iniciativa do Programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS). Apresentaremos em três tópicos alguns aspectos que a pandemia da Covid-19 mostrou sobre a potência e impotência da EPS no contexto do SUS. São eles “O caminho se faz caminhando: a pandemia coloca os pesquisadores em EPS”; “Heroísmo versus humanidade”; e “Coordenação de cuidados e relações de poder”. Concluímos que nos processos de institucionalização há capturas mas também há possibilidades de pequenas aberturas e deslocamentos, que indicam mudanças possíveis, mesmo em meio ao caos que a pandemia nos provoca.

Palavras chave: Educação Permanente em Saúde, Sistema Único de Saúde, Diário Coletivo, Análise Institucional.

ABSTRACT: This text aims to present reflections on the Covid-19 pandemic and Permanent Education on Healthcare (EPS) in the light of some concepts of institutional analysis. Brazil has had a national EPS policy since 2004, formulated with the proposal to put in

1 Pós Doutorado. Professora Associada III vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Área de atuação: saúde coletiva, atenção primária em saúde, educação permanente em saúde. [adrianabarbierif@gmail.com]

2 Pós Doutorado. Professora vinculada ao Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de atuação: saúde coletiva, saúde da família e educação permanente em saúde. [fortuna@eerp.usp.br]

3 Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, Diretora do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS - CDQ-SUS do Departamento Regional de Saúde de Araraquara. Atuação: saúde coletiva, educação permanente em saúde. [monicavs.sus@gmail.com]

4 Mestrado em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo & Mestrado em Ciências da Educação pela Universidade de Limoges, França. Atuação: saúde coletiva, educação em saúde, vigilância em saúde. [karen-web@hotmail.com]

5 Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de atuação: Saúde coletiva, práticas, saberes e políticas de saúde. [priscila.araujo@usp.br]

6 Diretora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS, do Departamento Regional de Saúde III de Araraquara. Atuação: saúde coletiva, educação permanente em saúde. [abfranceschini@gmail.com]

analysis and movement the initial training of health workers, the training that takes place in the world of work including that which takes place in instances of participation and social control and what is done in management processes. These are reflections produced in a participatory research, intervention research modality, with the framework of the French institutional analysis and linked to the initiative of the SUS Research Program (PPSUS). We will present in three topics some aspects that the Covid-19 pandemic showed about the potency and impotence of EPS in the context of SUS. They are “The path is made by walking: the pandemic puts researchers in EPS”; “Heroism versus humanity”; and “Coordination of care and power relations”. We conclude that in the institutionalization processes there are catches but there are also possibilities for small openings and displacements, which indicate possible changes, even in the midst of the chaos caused by the pandemic.

Keywords: Permanent Education On Healthcare; Universal Healthcare System; Collective Journal; Institutional Analysis.

INTRODUÇÃO

O Brasil viveu uma ditadura militar nos anos 80 que ativou forças de resistência a se organizarem em movimentos sociais fortalecidos pela participação de atores sociais vinculados a ala progressista da igreja católica (pastoral da saúde e do cárcere), sindicatos, movimentos estudantis, trabalhadores da saúde e universidades públicas brasileiras, que foram impulsionados e impulsionaram uma série de eventos que marcaram a história do país. Em ordem cronológica citamos o “Movimento Diretas Já” em 1984, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 (BRASIL, 1986) que marcou a proposição da reforma sanitária brasileira, a Nova Constituição Cidadã em 1988 (BRASIL, 1988) que incluiu no seu texto o Direito à Saúde e a Lei que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, com o lema “Saúde Direito de Todos e Dever do Estado”, anunciando seu princípio de cuidado universal. Uma mudança importante é que qualquer cidadão brasileiro passa a ter direito a assistência à saúde, não somente os trabalhadores que contribuem com a previdência social.

O SUS representa um marco porque foi construído com base na compreensão da importância da justiça social e do exercício da cidadania por todos. Traz nos seus princípios doutrinários o acesso universal à saúde, a garantia do cuidado integral e a equidade, ou seja, a prioridade para aqueles que mais precisam. A partir da década de noventa, em seu processo de institucionalização, o SUS vai sendo reorganizado com base na descentralização e municipalização, de maneira coordenada e ordenada, com importante papel da atenção básica em saúde, quanto ao referenciamento para a atenção especializada de média e alta complexidade e atenção terciária, destinada aos hospitais.

Suas diretrizes organizativas se inspiram em importantes sistemas públicos de saúde, como o inglês concebido por meio da proposição do Relatório Dawson, o modelo canadense (Relatório Lalonde) (LAVRAS, 2011), e o modelo cubano que se constitui numa das bases da formulação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que de tão bem sucedidos para a melhoria de importantes indicadores de saúde no Brasil, especialmente mortalidades infantil e o controle de doenças infecto-contagiosas, passam a ser reconhecidos como uma Estratégia para a reorientação da atenção básica em saúde, denominada em 2006 como Estratégia Saúde da Família (ESF).

No entanto, a implementação do SUS e do novo modelo de atenção em saúde vem se dando por meio do enfrentamento de tensões, disputas de poderes pautados pela lógica mercantilista e do capital, na qual a saúde é compreendida como um bem de consumo, assim sendo, os segmentos representantes destas lógicas, que por vezes ocupam papéis legitimados pelo povo, vem empreendendo formas de conquistar este mercado por meio de medidas que visam diminuir a presença do Estado como seu principal provedor. A Nova Gestão Pública (NGP), ganhando cada vez mais espaço no SUS, utiliza funções de controle definidas e toma os estabelecimentos de saúde como atividades públicas não-estatais, sendo passível de ser controlada pelo setor privado com indicadores de desempenho e produtividade (CARNUT; NAVAI, 2016). Este processo de reorganização, assemelha-se a uma empresa, recebe de herança um aparato de equipamentos insuficientes e falidos para a nova pretensão de cuidado do SUS, um enorme contingente de trabalhadores que vivem este processo de transição de modelos com pouca compreensão do que sistema pretende, assim como uma história de formação de profissionais de saúde fortemente alicerçada em pressupostos educativos tradicionais, distanciados dos cenários de prática em saúde.

A década de noventa foi marcada especialmente pela edição de normas legais, denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB) de 91 (BRASIL, 1991), 93 (BRASIL, 1993), e 96 (BRASIL, 1996) que visavam descentralizar os processos de gestão transitando de um perfil fortemente verticalizado e centralizado no nível federal, para outro onde se pretende ampliar a autonomia dos municípios, caminhando para a regionalização e municipalização da saúde, de forma que o planejamento e a organização do cuidado, se aproximem do contexto de realidade da população para o atendimento das suas necessidades de saúde, com ações de participação social, como um dos pressupostos do SUS.

O início dos anos 2000 vem acompanhado de uma mudança importante na política do país, e na primeira gestão do então presidente Luís Inácio Lula da Silva, um grande contingente de atores sociais relevantes para o movimento da reforma sanitária brasileira passa a ocupar cargos importantes na gestão do Ministério da Saúde (MS) e os mesmos serão, em parte, responsáveis pela formulação de políticas e programas que colocaram em movimento a continuidade do projeto de reforma iniciado na VIII CNS. Vários foram os movimentos, mas aqui destacamos a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e a formulação política que tem se mostrado essencial na garantia e sustentabilidade do SUS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004. Segundo sua portaria de criação, a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004).

O desafio que a PNEPS tem a enfrentar é a mudança de um modelo de cuidado e gestão, das práticas de controle social e da formação em saúde centrada na doença, nas práticas medicalizantes, com uma super valorização do médico em detrimento das outras profissões da saúde, com a hegemonia de processos formativos pouco integrados a realidade cotidiana das equipes de saúde, onde alguns preceitos passam a ser fundamentais. Então, esta política coloca na cena do debate a importância de alguns atributos como o foco no atendimento às necessidades de saúde dos usuários e locais regionais, o incremento de práticas de promoção e prevenção da saúde, além

de uma ressignificação das práticas de cura e reabilitação tendo como princípios a clínica ampliada, o trabalho em equipe, entre outros.

A transformação que se pretende representa um movimento contra-hegemônico, daí a importância de explorarmos os pressupostos teórico-conceituais onde vai se ancorar a PNEPS.

Conforme aponta Ceccim (2005) a EPS tem bases teóricas de diversos campos dentre eles, da Educação Popular em Saúde, da pedagogia Freiriana, do movimento institucionalista francês dentre outros. O grupo de pesquisadores envolvidos na pesquisa tem articulado conceitos da análise institucional para pensar a EPS em ato. Dentre eles por exemplo o conceito de implicação (BORGES et al., 2019).

No momento que escrevemos esse artigo, completa-se 32 semanas (cerca de 222 dias) do primeiro caso confirmado pela infecção pelo SAR-Cov-2, noticiado em 25 de fevereiro de 2020, que acarreta a doença Covid-19. Já são mais de 145 mil óbitos no território brasileiro e ocupamos, atualmente, o terceiro lugar no ranking global de casos confirmados e o segundo em relação ao número de mortos (WHO, 2020).

Em meio a essa grave e grande crise sanitária considerada a pior dos últimos tempos, há uma ausência de liderança que conduza o Brasil, pois há movimentos contrários ao que é recomendado pela ciência em relação ao isolamento e aos tipos de tratamento, ao mesmo tempo um negacionismo provocando uma minimização da doença e suas consequências. Entretanto, é nesse contexto que o Brasil enxerga o SUS na pandemia, pois apesar de suas fragilidades históricas, do desfinanciamento financeiro provocado pela Emenda Constitucional nº 95, também conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, que congelou por 20 anos os gastos com políticas sociais, é ele quem organiza toda as ações de saúde dos níveis primário, secundário, terciário e quaternário, para todos os brasileiros. Os profissionais, que trabalham na linha de frente para o cuidado, são os mais atingidos pela pandemia e são os que lutam diariamente para que o sistema de saúde funcione (COSTA, RIZZOTTO; LOBATO, 2020). Nesse momento, a EPS também vem se mostrando como uma ferramenta importante para a construção de possibilidades criativas em meio aos desafios políticos e sanitários.

Assim, o presente texto aborda alguns aspectos que a pandemia explicitou nos processos de EPS. Tem por objetivo apresentar reflexões sobre a pandemia da Covid-19 e a EPS à luz de alguns conceitos da análise institucional.

APORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa em andamento vinculada à iniciativa Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), processo 2019/03848-7, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), Ministério da Saúde (MS), Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) e Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP). O projeto tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), número CAAE: 33638720.6.0000.5393 intitulada *Contribuições da pesquisa-ação para o desenvolvimento de práticas profissionais em educação permanente em saúde e apoio institucional: pesquisa-intervenção*. A pesquisa está em vigência, sendo desenvolvida junto a vinte e quatro municípios de um Departamento Regional de Saúde (DRS) do interior paulista. O coletivo de participantes é constituído por docentes

pesquisadores, pós-graduandos, gestores e trabalhadores do SUS, totalizando 47 participantes. A pesquisa tem como objeto a análise das práticas de articuladores de EPS e de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH) que atuam nesses municípios. A mesma se apóia na abordagem qualitativa e utiliza o referencial teórico-metodológico da Socioclínica Institucional, proposto por Gilles Monceau (MONCEAU, 2015)

Para uma breve contextualização, o Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS) deste DRS, após participar do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente, desenvolvido pelo MS e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em 2005, juntamente com representantes municipais indicados por meio de uma Oficina Regional, decidiu criar a função articulador de EPS nos 24 municípios. Os articuladores de EPS são trabalhadores do SUS de diferentes categorias profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, que são indicados pelos gestores da saúde de seus municípios para, além de realizar as ações específicas da sua prática profissional, atuarem no desenvolvimento de práticas que contribuam para fortalecer a PNEPS, junto às equipes de saúde. Em geral, esta função vem sendo ocupada por enfermeiros cujo *locus* principal de atuação é o âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O diálogo deste manuscrito também se apoiará em conceitos advindos da Análise Institucional (LOURAU, 2004) e Socioclínica Institucional (MONCEAU, 2015), os quais vamos explorar na sequência.

A Análise Institucional (AI) nasce na França num momento de intenso movimento de contestação de um conjunto de situações, o movimento estudantil, a insatisfação dos operários, o ambiente político tenso e as insatisfações com o então presidente, Charles de Gaulle. Neste clima de protesto, seus fundadores irão se apoiar em diferentes áreas de conhecimento como as Ciências Humanas e Sociais, a Filosofia, a Psicanálise, entre outras para criar dispositivos de intervenção em grupos e organizações.

L'Abbate (2013, p.34) citando René Barbier, diz que “é possível identificar quatro correntes da AI no campo das ciências sociais e humanas: a análise institucional socioanalítica, a sociopsicanálise institucional, a esquizoanálise e a análise institucional de inspiração sociológica”. A mesma autora ainda comenta que as duas correntes que mais se aproximam do Brasil são a Análise Institucional e a Socioanálise, fundadas por René Lourau e Georges Lapassade. Posteriormente este conceito foi ampliado por Gilles Monceau se constituindo na Socioclínica Institucional (MONCEAU, 2015). A outra trata-se da Esquizoanálise criada por Gilles Deleuze e Félix Guattari (DELEUZE; GUATTARI, 1980).

A AI nasce em um momento contestatório porque propõe colocar em análise como se dão as relações entre as pessoas e no seio das organizações. L'Abbate citando Eliana Conde diz que “em síntese o institucionalismo se resume ao pensamento de que nada é natural, tudo é sócio-historicamente instituído” (2013, p.37)

A gênese da AI e do SUS traz em suas origens o fato de emergirem num contexto de insatisfação e contestação ao que se apresentava como solução para o atendimento das necessidades das pessoas. O esgotamento e a insuficiência de políticas e práticas pouco voltadas a minimizar a histórica desigualdade social do País e toda a iniquidade em saúde daí decorrente.

A AI traz alguns conceitos que são importantes no diálogo com o objeto desta pesquisa. Iniciamos pela tríade que compõe a *Instituição*. Segundo o referencial da AI o conceito de *Instituição* se traduz pela sua imaterialidade e resulta de três movimentos que estão em constante tensão dialética, o *Instituído*, *Instituinte* e *Institucionalização*. A parte mais fixa é o instituído, que mostra por meio das normas, regras e leis que estão fixadas o que é aquela “Instituição” o instituído é a parte aparente. O instituinte é todo o movimento que tenciona o instituído, é a parte mutável, que provoca fissuras ou brechas nos pactos tradicionais instituídos na tentativa de provocar rupturas. A institucionalização retrata o processo. É o momento em que o instituinte é incorporado pela instituição passando a ser instituído (FORTUNA, 2014). Segundo L’Abbate (2013) a ideia de institucionalização implica raciocinar em termos de duração, temporalidade e historicidade.

Desse modo, consideramos que o SUS e a PNEPS estão em processo de institucionalização em que podem ter a perda da potência de transformação e ir se materializando em processos mais conservadores. Nessas instituições continuam presentes em dinâmica as formas (instituídas) e forças (instituintes).

Para compreender esse processo nos pautamos na Socioclínica Institucional, que deriva da AI, é constituída por oito eixos fundantes, que têm sido utilizados para a análise dos dados produzidos pela pesquisa: análise da encomenda e das demandas; participação dos sujeitos na abordagem, sob modalidades variáveis; trabalho dos analisadores dando acesso a questões que normalmente não se expressam; análise das transformações que se produzem à medida que o trabalho avança; aplicação das modalidades de restituição que devolvem os resultados provisórios do trabalho aos participantes; intenção de produção de conhecimentos; atenção aos contextos e às interferências institucionais nas quais estão implicados os pesquisadores e os outros participantes (MONCEAU, 2013). Estes conceitos serão explorados e melhor elucidados nos resultados e discussões do presente trabalho.

A pesquisa na qual se apoia no presente artigo é desenvolvida por meio de diferentes estratégias de produção de dados, dentre elas: os grupos de reflexão, o diário coletivo e as sessões de restituições. Os grupos de reflexão são encontros que objetivam análises coletivas e discussões com aprendizados co-produzidos com todos os envolvidos. Neles as práticas profissionais de EPS são postas em análise, assim como as práticas de apoio institucional. Os encontros são planejados considerando-se as vivências dos encontros anteriores e das análises coletivas realizadas. O diário coletivo é uma composição de escritas coletivas onde todos os pesquisadores (no caso, profissionais de saúde, gestores, docentes, pós-graduandos) podem escrever sobre suas vivências de modo livre ou guiados por consignas pactuadas nos grupos de reflexão.

O diário é considerado uma ferramenta para as pesquisas sob a ótica da Análise Institucional, realiza-se o registro das vivências e os significados percebidos pelo pesquisador (FLACH et al., 2017). A aposta da presente pesquisa é vivenciar o diário coletivo como uma ferramenta do trabalho, tanto dos apoiadores/articuladores quanto dos pesquisadores. O ato da escrita permite refletir sobre a prática ao retomar o acontecimento e posteriormente discutir no coletivo as problematizações descritas no diário.

As sessões de restituição são encontros grupais com o objetivo de se fazer uma parada para partilha de análises produzidas a partir da vivência em confronto com

conceitos advindos dos referenciais teóricos que norteiam a pesquisa (MONCEAU, 2015).

Para a ilustração dos resultados deste estudo, utilizaremos trechos dos diários coletivos, codificados, para preservar o anonimato dos participantes do estudo e de alguns encontros realizados com os articuladores da PNEPS. Os participantes da pesquisa foram convidados pelos pesquisadores a registrarem em um diário coletivo as práticas frente ao trabalho de apoio em humanização e articulação de EPS em seus respectivos municípios. Atualmente o diário possui 42 páginas com as narrativas e relatos de suas vivências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A produção de dados da pesquisa vinha se dando por meio de encontros presenciais mensais com os participantes. Neste período já era possível identificar em relação a prática dos articuladores de EPS, que a mesma se mostrava diversa entre os trabalhadores nos diferentes municípios, onde alguns possuem maior clareza da intencionalidade do exercício desta função, possuem maior autonomia para planejar e executar as ações, possuem boa articulação com os gestores e possibilidade de diálogo. No entanto, para outros esta ainda é uma função pouco clara, sendo seus propósitos pouco abordados pelos gestores no momento de sua indicação, além da distância do diálogo com os gestores, encontram resistência quanto a sua presença junto às equipes das unidades de saúde.

Nestes últimos seis meses de isolamento social, os encontros remotos com os participantes da pesquisa têm revelado algumas situações que também passaram a constituir para o grupo de pesquisadores, elementos de reflexão do processo de andamento da própria pesquisa.

Abordaremos os mesmos em três tópicos alguns aspectos que a pandemia de Covid 19 expôs sobre a EPS. São eles: O caminho se faz caminhando: a pandemia coloca a equipe de pesquisadores em EPS; Heroísmo versus humanidade; Coordenação de cuidados e relações de poder.

1. O caminho se faz caminhando: a pandemia coloca a equipe de pesquisadores em EPS

A imaterialidade da saúde nos convida a pensar o quanto esta instituição é suscetível a todos os movimentos que a tensionam. Aqui tomamos saúde não como bem de produção que deve ser regulado pelas regras do mercado e do capital. A saúde transcende a ideia de um estado natural dos indivíduos, mas está sujeita a toda uma determinação sócio-histórica e as diferentes relações de poder que se apresentam em um campo de disputas.

Considerando a EPS como processo de desconforto frente aos modos de funcionamento instituídos, podemos afirmar que a pandemia colocou a equipe de pesquisadores em processo de educação permanente, fazendo-os questionar sobre a continuidade da mesma e dando ênfase na necessidade de não deixar o coletivo sem encontros e espaços de reflexão. Mas como fazer uma pesquisa-intervenção virtualmente?

Levando em consideração a maleabilidade da saúde como objeto de trabalho, este momento de grande incerteza imposto pela pandemia com todas as mudanças da

dinâmica social do País, nos faz refletir sobre a importância da adaptabilidade dos processos de pesquisa. O fato do desenho desta pesquisa ser de natureza qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção (MONCEAU, 2013.) que utiliza como dispositivo a Pesquisa-Ação (MONCEAU, 2005) permitiu este movimento de mudança, porque não havia modelos rígidos e nem predeterminados, a priori. Esta opção metodológica possibilita uma construção processual onde todos os sujeitos, sejam pesquisadores e participantes, são importantes na definição da escolha dos caminhos a serem seguidos. Foi possível neste cenário a construção de novos caminhos de intervenção, de forma que os mesmos não sejam negados como uma variável matemática que possa ser controlada ou neutralizada, mas porque passam a compor a vida de todos e precisam ser considerados. Isto também justifica a escolha de referencial teórico metodológico que possui sustentação para esta discussão.

Em conversas e diálogos e muita reflexão optou-se por oferecer encontros virtuais, plantões de escuta, diário coletivo de escrita e ainda disponibilização de informações advindas de fontes científicas e oficiais para auxílio na tomada de decisões.

A proposição pelos pesquisadores de um novo formato pode ser apresentado, discutido e avaliado entre todos, permitindo ajustes no caminho.

Eu acho que na questão dos encontros a gente não pode se perder, mesmo se for por aqui para termos esse apoio (Apoiador/articulador, 09/04/20, p.4).

Aqui no chat tem várias pessoas que se manifestaram, a (nome) gostou da proposta, a (nome) achou também muito boa a proposta. A (nome) dizendo: “penso que nesse momento o apoio de vocês é fundamental”. A (nome): adorou as ideias e escreveu que será maravilhoso ter o apoio de vocês” (Apoiador/articulador, 09/04/20, p.23).

A PNEPS tal qual como formulada pressupõe a constituição do quadrilátero da atenção, todos os atores são importantes para a definição das prioridades para cuidado e aprendizagens. Isto se dá por meio de coletivos onde todos aprendem e todos ensinam. É importante que os processos de pesquisa sejam produtores de sentido para os representantes das universidades, como da atenção e gestão.

Eu acho que a proposta é muito válida [...] Como a (nome) falou, estamos tentando receber tudo que recebemos do Ministério da Saúde, protocolo, manejo, a gente tem dado uma olhada e tentando direcionar para a ponta tudo isso. Talvez se vocês ajudassem a gente a olhar esse material, disponibilizar os materiais, acho que seria importante para a gente. Às vezes ficamos perdidos com tanta coisa que a gente recebe (Apoiador/articulador, 09/04/20).

A instituição pesquisa, que também tem um campo de tensão e disputas, pode ter a participação efetiva de trabalhadores e usuários como movimento instituinte, capaz de produzir transformação em seus modos tradicionais e instituídos de produção, fazendo com que esta acentue diferenças, ao invés de promover inclusão e valorização de todos os saberes. Neste caminho de inclusão este coletivo de pesquisadores procurou dialogar sobre a intenção da pesquisa com os participantes, aqui no caso os apoiadores de EPS, fazendo uma encomenda e convidando-os a um papel mais participativo evitando que se tornem agentes passivos a serem analisados. Após a aprovação do projeto de pesquisa, a encomenda da pesquisa foi discutida

com todos os gestores da saúde, por meio de participação dos pesquisadores em quatro reuniões de colegiados gestores conhecidos como Comissão Intergestores Regional de Saúde (CIR). Nestes encontros, os mesmos também fizeram suas demandas aos pesquisadores. A encomenda e demanda, como um dos princípios da Socioclínica Institucional, precisam ser colocados em análise por todos estes atores.

Este princípio é coerente com a perspectiva da EPS que valoriza e compreende como necessária a inclusão de todos os atores para que as intenções, desejos, dúvidas sejam manifestas e dialogadas. A produção de conhecimento como atividade precípua da universidade deve ser produtora de sentido e significados também para os participantes, além de ser necessário o reconhecimento de que há produção de práticas inovadoras e criativas cotidianamente na saúde, o mundo do trabalho têm saberes a ensinar também. Uma das demandas dos gestores feitas aos pesquisadores refere-se ao desejo de compreender melhor a percepção e necessidades dos usuários. Desafio este que passa a compor o planejamento no processo de andamento da pesquisa. Segundo Monceau, é a análise da encomenda e das demandas que sustenta a problematização da pesquisa. Ainda segundo este autor “a maneira como os pesquisadores tratam essas demandas informa sobre a relação investigador/investigado (MONCEAU, 2005).

Colocar-se em reflexão sobre a pesquisa e como esta vai se produzindo permite elucidar como é a participação dos atores em processo, princípio também da Socioclínica, que dialoga diretamente com o conceito de análise implicação (BORGES et al., 2019). Análise de implicação explícita qual é a relação que cada um tem com as instituições que o atravessam e o compõem como sujeitos. Lourau (2004) descreveu três tipos de implicações, a libidinal (que explicita relações de afeto); a profissional (explicita as relações que os sujeitos estabelecem com seu trabalho nas organizações ou estabelecimentos); a ideológica (que explica como a visão de mundo orienta a forma como se lê o mundo e suas relações). Estes autores consideram que todo o processo de análise de implicação se dá em e por meio dos coletivos e que todos nós portamos todas elas. Esta análise permite compreender como os interesses, desejos, afetos, ideologias atravessam as pessoas e orienta a forma como elas agem e o que está presente nos discursos pelo dito e o não-dito também. Momentos de análise de implicação mediados por pessoas externas ao grupo de pesquisa ou não, tem se dado no início, durante e no final dos processos de pesquisa-com este coletivo.

2. Heroísmo versus humanidades

Logo após o início da pandemia, as mídias começaram a divulgar intensamente a imagem dos profissionais de saúde que atuavam na linha de frente como a de “heróis”. A propagação dessa imagem pode produzir diversos sentidos. Uma, do reconhecimento e da valorização destes profissionais como importantes. Foi a primeira vez, na história do SUS, que a sua efetiva importância e valorização, enquanto sistema público de saúde, foi tão intensamente veiculada.

No entanto, há uma perversidade que pode estar oculta nesta mensagem do trabalhador de saúde como herói evidenciando as contradições que as instituições carregam. Sendo assim considerados, passam a carregar a imagem de que depende deles, e só deles, a resolução do problema e a salvação da pátria, afinal de contas, os heróis são destemidos, em geral, atuam isoladamente pois acreditam no poder que carregam, não se ferem gravemente e sempre vencem no final da história. Desta

maneira, neste momento da história, o SUS passou a ser habitado por heróis, não mais funcionários públicos, com todo o sentido pejorativo que culturalmente, no Brasil, isto carrega (FORTUNA, 2020).

Atribuir a responsabilidade de enfrentamento da pandemia aos trabalhadores pode provocar um certo apagamento de outras variáveis tão importantes para as questões da saúde quanto estas, como as condições de trabalho, de ambiência, de jornada de trabalho, de salários, de relação com a gestão e a equipe, de financiamento e de projeto de cuidado e atenção que está colocado para cada contexto de realidade. A fala de alguns articuladores e apoiadores demonstram algumas características experimentadas pelos trabalhadores de saúde:

Foi desafiador, mas consegui. Os trabalhadores dos outros setores e a população acabou até nos recebendo melhor, pois dizem que fomos “guerreiros”(Diário coletivo em 16 de julho de 2020, p.20).

Nesse momento, eu e a (nome) conversando sobre a consigna, temos percebido a desmotivação das equipes associada ao “desespero” frente à pandemia com uma supervalorização das informações, muitas vezes não oficiais, gerando pânico (Diário coletivo em 18 de junho de 2020, p.06).

No nosso município estamos encontrando dificuldade com relação a contribuição dos demais membros da equipe, com relação às trocas de informações, as equipes estão voltadas mais para o individual do que no coletivo (Diário coletivo em 18 de Junho de 2020, p. 07).

É observável, também, o cansaço de alguns profissionais e a sobrecarga causada pelo excesso de informação. Aparentemente, eles sentem a não adesão dos municípios as orientações de saúde e isso gera um sentimento de fracasso (Diário coletivo em 18 de Junho de 2020, p. 07).

Os trabalhadores da saúde também estão sujeitos aos mesmos sentimentos que todas as pessoas, o fato de escolherem esta categoria profissional não retira deles a “humanidade”, então sentem medo, angústia, desânimo, stress, situações estas que demandam cuidado. Esta pode ser uma outra contradição da instituição saúde, não cuidar dos que cuidam (FORTUNA, 2020).

Os processos de EPS tem potência para permitir que as equipes de saúde tenham espaço de fala para expressar estes sentimentos, explicitados sem culpa, para que de maneira coletiva os mesmos possam encontrar caminhos que qualifiquem as condições do ambiente de trabalho. A fala abaixo ajuda a evidenciar a importância de encontros como as reuniões de equipe, por exemplo:

Devido a pandemia, a inclusão de novas consultas está sendo mais limitada, a fim de evitar aglomerações de pessoas. Estou na unidade a quase 4 meses e ainda não tive a oportunidade de dialogar com este profissional, mesmo auxiliando-o com os encaminhamentos para consulta. Acredito que as reuniões de equipe podem ajudar a encurtar esta distância, mas me questiono se podemos criar rotinas mais integrativas (Diário coletivo em 16 de julho de 2020, p.17).

Garantir que os trabalhadores tenham tempo de trabalho para realizarem as reuniões, no que tange, a necessidade de fortalecimento dos processos de EPS nas equipes, é fundamental. Os trabalhadores precisam de tempo para refletir sobre o trabalho que realizam, para quem realizam, porque realizam de determinadas maneiras e não de outras, em que condições este trabalho acontece, quais as lógicas que fundamentam as decisões da equipe na organização do processo de trabalho em saúde e como o usuário se sente sendo cuidado deste modo por esta equipe.

Este processo pode possibilitar a superação de desafios do cuidado em saúde como a fragmentação do processo de trabalho e a não valorização de todos os membros da equipe na organização do mesmo. Isto coloca em cena a atuação de outras categorias profissionais e tira a centralidade do atendimento médico, do remédio e da doença, no trabalho em saúde permitindo que outras formas de cuidar se expressem (MENDES, 2015).

O trabalhador que se sente cuidado, acolhido, que percebe que seus sentimentos e percepções são importantes, tanto para a equipe como para os gestores, conseguirá ampliar o sentido do cuidado que presta quando estabelece um encontro com o usuário. Se o mesmo se sente ouvido, isto poderá ajudá-lo a ampliar a sua escuta, o seu olhar e o acolhimento, portanto, é necessário que aquilo que o desafia no cotidiano da prática em saúde tenha espaços de reflexão que são oportunizados pela PNEPS (BRASIL, 2004).

Nestes momentos coletivos de reunião da equipe podem emergir analisadores que ajudarão a evidenciar situações que são pouco aparentes. O trabalho dos analisadores também é um dos princípios da Socioclínica Institucional (MONCEAU, 2013). Se torna analisador qualquer fato, palavra, silêncio que permite analisar as instituições presentes nas implicações deste coletivo. Nestes casos, estes são considerados como analisadores naturais, porque surgem espontaneamente em ato. Para os autores da AI, os analisadores também podem ser criados, são dispositivos que são introduzidos pelo analista para fazer emergir situações que o mesmo queira colocar em análise com o coletivo.

3. Coordenação do cuidado e relações de poder

Em suas falas, os articuladores relatam que o contexto da pandemia trouxe muita confusão decorrente do excesso de informação veiculada, seja oficial ou não, somada a falta de liderança da atuação do Ministério da Saúde no Brasil, que provocou a necessidade de que cada Estado instituísse suas regras e normas de cuidado. Esta situação fica especialmente agravada quando há falta de protagonismo da gestão local, deixando as equipes fragilizadas.

Estamos vivenciando dificuldades em nosso dia a dia, as equipes se encontram fragmentadas, a comunicação entre os profissionais sobre os assuntos de covid não são transmitidas para as demais equipes do serviço (agentes de saúde, saúde bucal, atendimentos clínicos, vigilância sanitária). Profissionais estão aflitos com casos sendo positivados, passamos a ter mais receio aos atendimentos, e a busca por informações e orientações de como nos cuidar e cuidar do outro é constante (Diário coletivo em 16 de julho de 2020, p.18).

Acredito que nosso problema no momento é a comunicação, percebo que não existe o repasse de informações para as equipes após as reuniões com os

gestores. Então quando tentamos algo novo não conseguimos a adesão dos profissionais, às vezes por não ter chegado a informação (Diário coletivo em 18 de junho de 2020, p.09).

Se não há liderança e a explicitação clara de uma linha de cuidado (MENDES, 2015) por parte da gestão, os profissionais atuarão com base em suas próprias lógicas instituídas, que se revelam nas relações de poder que enfermeiros estabelecem com a equipe de enfermagem e as relações de poder que médicos estabelecem com os outros profissionais da equipe, ou mesmo nas relações de poder que a gestão estabelece com os articuladores de educação permanente em saúde. Como as ações de EPS podem abrir brechas nas diferenças socioculturais entre os profissionais da saúde?

A idéia de coordenação do cuidado é um dos princípios da Atenção Primária em Saúde (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017), que sendo a porta de entrada preferencial para dentro da assistência em saúde preconizada pelo SUS, é responsável por construir e articular todo o projeto de cuidado necessário para os usuários, a partir das necessidades de saúde que estes demandam. Ativar a coordenação e ordenação do cuidado pressupõe uma ação de gestão em saúde que incide diretamente na organização de toda a rede de cuidado. Que estabelece princípios e diretrizes norteadoras para a articulação entre todos os estabelecimentos de saúde disponíveis no município. As diretrizes orientadoras para o cuidado precisam estar claras e ser construídas por meio da participação de representantes destes estabelecimentos para que se sintam participantes desta construção e a compreendam.

Outra dificuldade, essa mais pessoal, é o montante de coisas que temos que ler, novidades, protocolos, normas técnicas, plano de contingência, toda hora mudam as coisas, tem hora que parece que estamos perdidos e que não vamos dar conta, pois além da função articulador/apoiador temos a função assistencial, e esses entraves das nossas equipes para resolver (Diário coletivo em 18 de junho de 2020, p.06).

Então fica claro a falha no fluxo da comunicação e a sensação da falta de comprometimento também, pois ouvimos tanto a frase: “Não estou sabendo sobre” e a falta de buscar informações também (Diário coletivo em 18 de junho de 2020, p 09).

Um dos efeitos da política neoliberal (GOUVEIA; PALMA, 1999) que está presente nos mecanismos de funcionamento da política no Brasil produz a redução do Estado como provedor, ordenador e orientador do cumprimento das diretrizes da política de saúde que é o SUS, garantido pela Constituição Nacional (BRASIL, 1988). Esta ausência do Estado deixa o sistema vulnerável às lógicas de mercado fortemente aparelhadas para negociar a saúde das pessoas. Esta é uma lógica que faz perpetuar relações de poder e interesses pouco orientados para o cuidado das pessoas. Esta realidade do cenário político brasileiro, como em cascata, provocou grande parte da confusão das condutas e ações para o enfrentamento da pandemia. Isto abriu brechas para que diferentes decisões, condutas e protocolos fossem disseminados por todo o País. Sem diretriz clara, no processo da pesquisa, algumas destas questões se evidenciam, conforme explicitam algumas falas abaixo.

As relações de poder que os políticos estabelecem com a gestão da saúde:

[...] Sem dizer do período político. Isso desencadeou muitos desentendimentos, desconfortos, descontentamentos e desânimo. A equipe de gestão ficou abalada e ainda está. Existe uma batalha silenciosa acontecendo diante de outra batalha muito mais grave. Procuvo viver um dia de cada vez, pois preciso manter minha saúde mental equilibrada, mas tem sido um problema desgastante esses estremecimentos interpessoais em meio a essa turbulência, quando o pulo do gato seria a união, não a desarticulação [...] (Diário coletivo em 16 de julho de 2020, p.19).

As relações de poder que gestores da saúde estabelecem com os articuladores de EPS:

Houve inclusive uma situação na qual me senti constrangida e agredida diante de uma situação ocorrida por contato de telefone: *o que você está fazendo como articulador de EP que não contém essa movimentação da equipe?*. Essa colocação me tocou profundamente porque pensei, estaria a equipe errada na posição que tomaram? Caberia ao articulador nesse momento “apagar incêndio” de situações reais e conflitantes como as medidas de proteção individual? (Diário coletivo em 18 de junho de 2020, p.06).

As relações de poder que médicos estabelecem com as equipes, percebidas historicamente, desde antes da pandemia:

[...] Além disso, também relataram que a equipe de enfermagem teve que se adequar às vontades dos médicos para definirem sobre os fluxos de atendimento dos usuários [...] (Diário coletivo em 16 de julho de 2020, p.18).

Diante do momento que estamos vivenciando, tenho a sensação que a fragmentação no ambiente de trabalho diminuiu. As equipes estão mais unidas, uns ajudando os outros, e mesmo a cooperação entre as equipes. Ainda sinto que isso ocorre mais voltado a categoria da enfermagem, ACS e recepção, muitos médicos ainda não estão inseridos nesse contexto de “equipe” (Diário coletivo em 16 de julho de 2020, p.16).

As relações históricas de poder que enfermeiros estabelecem com as equipes de enfermagem:

Durante a reunião foi dito sobre a dificuldade de organização do processo de trabalho no começo da pandemia. Embora tenham sido enviados protocolos, vídeo sobre o uso de EPI's, manuais de orientação do MS sobre o COVID-19 na Atenção Básica, e solicitado ao enfermeiro que se responsabiliza-se por orientar a equipe de enfermagem sobre esse assunto, os técnicos de enfermagem presentes fizeram relatos que apontavam que não receberam essas orientações. (Diário coletivo em 16 de julho de 2020, p.17-18).

Alguns queriam atender os pacientes sintomáticos respiratórios no começo do expediente, outros, no fim do expediente... Aqui percebemos nitidamente as relações de poder entre categorias profissionais. (Diário coletivo em 16 de julho de 2020, p.17-18).

As relações de poder que as equipes das unidades de saúde estabelecem com os usuários:

É observável também o cansaço de alguns profissionais e a sobrecarga causada pelo excesso de informação. Aparentemente, eles sentem a não adesão dos munícipes as orientações de saúde e isso gera um sentimento de fracasso (Diário coletivo em 18 de junho de 2020, p.07).

Estes excertos foram apresentados nesta forma descendente porque retratam o efeito que se produz quando as lógicas que predominam são permeadas por relações de poder e dominação. No âmbito da saúde estas relações são históricas, porque as políticas de saúde no Brasil se construíram fortemente pautadas pelo foco no atendimento à doença e não aos doentes, por médicos que prescrevem exames e medicamentos. Esta ênfase deixou relegada a segundo plano a conquista de melhores condições de saúde como decorrentes de melhores condições de vida, trabalho, moradia, alimentação, saneamento, lazer, entre outros (BAHIA, 2018).

Os pressupostos da Pedagogia de Paulo Freire, fortemente presentes na ancoragem da educação permanente em saúde (CECCIM, 2005), são instituintes e contribuem para romper com este modo instituído de produção de subalternidade entre os profissionais das equipes de saúde, que separam aqueles que realizam o trabalho intelectual (como médicos, dentistas, enfermeiros e outros), daqueles que realizam o trabalho manual (os profissionais de nível médio como os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde) (BUJDOSO; TRAPÉ; PEREIRA; SOARES, 2007). A EPS reconhece as diferenças existentes, não as nega, mas as coloca na roda para o diálogo e o desenvolvimento do aprender a aprender e o aprender-com. Como diz Paulo Freire: “*Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros*”. (FREIRE, 1987, p.58). Esta tem sido a aposta deste coletivo para manter o SUS, uma das maiores conquistas sociais dos brasileiros, em institucionalização. A EPS, a pesquisa-intervenção podem ser movimentos instituintes e para isso seus atores precisam entrar em análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência de ações de EPS durante a pandemia de Covid 19 expressam novas situações que produzem desconfortos e fazem com que pesquisadores entrem em processo de educação permanente frente a impossibilidade de fazer encontros presenciais. Expõe os trabalhadores num lugar de heroísmo que exclui a humanidade, fragilidade e medo sentido por profissionais. Expõe ainda os lugares de poder que circulam nas equipes de saúde em relação aos gestores, categorias profissionais, profissionais e usuários. São relações de poder que refletem a hierarquização, o modelo biomédico e a gestão centralizada. Também expõe potências analíticas e mobiliza aproximações e solidariedade entre os que exercem a EPS, os profissionais, gestores e usuários.

Concluimos que nos processos de institucionalização há capturas mas também a possibilidade de pequenas aberturas e deslocamentos, que indicam mudanças possíveis, mesmo em meio ao caos que a pandemia nos provoca

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-solo0064>

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública [online]*, v.34, n.7, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00067218>.

BORGES, F. A et al. A análise de implicação profissional como um dispositivo de educação permanente em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.27, e3189, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3114.3189>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 03 de out de 2020.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado, 1998. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>. Acesso em: 03 de out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – polos de Educação Permanente em Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.2003, de 5 de novembro de 1996. Aprovar a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 nov. 1996, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 mai, p 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Aprovar a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 jan. 1991. p. 50.

BUJDOSO, Y. L. V.; TRAPÉ, C. A.; PEREIRA, E. G., SOARES, C. B. A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.5, p. 1363-1374, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000500034&script=sci_abstract&tlng=p. Acesso em: 03 de out. 2020.

CARNUT, L.; NARVAL, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 25, n.2, p.290-305, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n2/290-305/pt/>. Acesso em 02 Out. 2020.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, v.9, n.16, p. 161-77, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n16/161-168/pt>. Acesso em 04 Out. 2020.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. V. C. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde deb*, Rio de Janeiro, v.44, n. 125, p; 289-296. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44n125/289-296/en>. Acesso em 04 out. 2020.

FORTUNA, C. M. Nem heróis, nem novo e nem normal: a pandemia e as práticas profissionais da enfermagem. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 19, n. 2., 2020. DOI: 10.1590/0103-11042018S115

FORTUNA, C.M., MONCEAU, G., VALENTIM, S., MENNANI, K.L.E. Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a análise institucional. *Fractal Rev Psicol.* 2014;26(2):255-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1309>

FLACH, D. M. A. M. et al. O diário como ferramenta de trabalho na análise institucional – a escrita implicada em um serviço de gestão em saúde. *Revista Pró-univerSUS*, v.8, n.1, p. 42-47, 2017. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/888>. Acesso em: 04 de out. 2020.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estud. av.*, v.13, n.35, p. 139-146, 1999. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100014>.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. (A. Guerra Neto e cols. Trad.). v.3, Rio de Janeiro: Editora 34 (Trabalho originalmente publicado em 1980).

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise institucional & saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; 2013. p. 31 - 88.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2011.v20n4/867-874/>. Acesso em: 04 out. 2020.

LOURAU, R. O estado na Análise Institucional. In: Altoé, S. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 140-153.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise institucional & saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; 2013. p. 91-103.

MONCEAU, G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicol. rev.*, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 197-217, jan. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197>.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022005000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2020.

MENDES, E. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. Disponível em: <[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Rede%20Cuidar/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE%20\(1\).pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Rede%20Cuidar/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE%20(1).pdf)>. Acesso em: 03 de out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard2020* - Disponível em: <<https://covid19.who.int/table>>. Acesso em: 04 de out. 2020.