RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DE MODELO DE GESTÃO DO CUIDADO COMO DISPOSITIVO DE IMPLEMENTAÇÃO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA

Jenifer Bianca De Melo Silva (jenifer.silva@arapiraca.ufal.br)

Lais De Miranda Crispim Costa (lais.costa@eenf.ufal.br)

Keila Cristina Pereira Do Nascimento Oliveira (keila.oliveira@eenf.ufal.br)

Cinira Magali Fortuna (fortuna@eerp.usp.br)

INTRODUÇÃO

A gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como dimensão estratégica para a organização dos processos de trabalho e produção de práticas integrais, resolutivas e territorialmente situadas. Entretanto, apesar da centralidade da APS, observa-se que grande parte das estratégias de gestão ainda opera a partir de modelos verticalizados e normativos, fortemente orientados por protocolos e racionalidades técnico-administrativas que apresentam baixa capacidade de diálogo com o cotidiano real do trabalho em saúde (Cecílio, 2018; Feuerwerker, 2014).

Em contextos historicamente atravessados por vulnerabilidades, como as comunidades quilombolas, tais tensionamentos tornam-se ainda mais evidentes. Nesses cenários, a gestão do cuidado se sustenta menos pela rigidez das normativas e mais pela mobilização de tecnologias leves e

capacidade dos trabalhadores de produzir arranjos situados frente às demandas concretas do cotidiano das equipes (Merhy, 2002). Diante do avanço das discussões sobre gestão do cuidado na APS, ainda são escassos estudos que analisem processos participativos de implementação em contextos quilombolas.

Nesse cenário de tensões entre o trabalho prescrito e o cotidiano real dos serviços, a Ciência da Implementação (CI) ganha relevância, ao postular que a efetividade das práticas e intervenções nos serviços de saúde depende substancialmente do contexto em que são produzidas (Eshriqui et al., 2023), bem como da implicação dos sujeitos nos processos de mudança. Nessa perspectiva, a pesquisa-intervenção, ancorada na Análise Institucional (AI) (Lourau, 1996), aproxima-se transversalmente da CI ao utilizar a construção participativa como estratégia capaz de mobilizar movimentos instituintes, favorecer o engajamento coletivo e ampliar a sustentabilidade das transformações no processo de trabalho.

OBJETIVO

Analisar como a construção participativa de um modelo de gestão do cuidado opera como dispositivo de implementação na Atenção Primária à Saúde quilombola.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção em andamento, de abordagem qualitativa, orientada pelo referencial da Análise Institucional e da Micropolítica do trabalho em saúde. O cenário é uma Unidade de Saúde da Família (USF) inserida em um território quilombola, no sertão alagoano. Os participantes da pesquisa são trabalhadores da equipe multiprofissional da unidade e representantes da comunidade.

A produção de informações ocorre de forma processual, por meio de rodas de conversa, diário de campo e observação participante. O presente recorte refere-se à etapa de diagnóstico participativo, desenvolvida entre março e abril de 2026, envolvendo 12 participantes, dos quais 08 são trabalhadores da equipe e 04 são também moradores da comunidade.

Foram realizados momentos de inserção institucional, pactuação com a equipe e uma roda de conversa voltada à análise coletiva do processo de trabalho, necessidades do território e das possibilidades de reorganização da gestão do cuidado. As falas produzidas nos encontros foram transcritas e submetidas à

análise interpretativa orientada pelos conceitos de analisadores institucionais e implicação, buscando a identificação de nós críticos, potencialidades e dinâmicas relacionais implicadas na gestão do cuidado.

O estudo integra o projeto “Consolidação do direito à saúde: ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde de uma comunidade quilombola”, vinculado ao Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 89743025.7.0000.5013).

RESULTADOS

As informações produzidas na fase diagnóstica evidenciaram que o próprio delineamento participativo da pesquisa-intervenção operou como dispositivo de implementação na APS. A realização da roda de conversa possibilitou um espaço de análise coletiva historicamente fragilizado na rotina da equipe, que permitiu a circulação da palavra e a emersão de analisadores institucionais, compreendidos como acontecimentos que desestabilizam normas cristalizadas e dão visibilidade às contradições do trabalho (Lourau, 1996).

A análise das falas permitiu identificar três categorias centrais de analisadores, a saber: 1) A precarização estrutural e burocratização do cuidado; 2) Os movimentos instituintes produzidos no trabalho vivo; e 3) Atravessamentos subjetivos e territoriais relacionados à identidade quilombola. Os analisadores identificados evidenciam barreiras e potências institucionais que interferem diretamente na gestão do cuidado.

As falas que fazem emergir aspectos da precarização estrutural, agrupadas na primeira categoria de analisadores, revelam forças instituídas que engessam o cotidiano e produzem desgaste físico e emocional nos trabalhadores (Lourau, 1996). A fragilidade na suficiência de tecnologias duras e leve-duras atua como uma força que transfere responsabilidades gerenciais e custos operacionais para o âmbito privado do profissional, dinâmica evidenciada quando a Trabalhadora 2 relata que "a gente tem que levar computador pessoal. Isso dificulta bastante".

Ademais, a fragilidade regulatória e o excessivo tempo de espera para exames especializados emergiram como um nó crítico contundente na fala da Trabalhadora 1, ao expor que "a minha questão é a demora dos exames, tipo paciente espera um ano por um ultrassom". Esse hiato na rede assistencial gera barreiras de acesso, limitando a resolutividade clínica e a continuidade do cuidado. O cenário de falta de equipamentos, limitações tecnológicas e

entraves regulatórios culmina no adoecimento e esgotamento da força de trabalho, expressos pela Trabalhadora 3 ao desabafar: "Eu atendo pela misericórdia [...] com a maior raiva assim, porque eu não tenho transporte [...] para eu não sofrer um infarto, eu deixo para lá".

O mapeamento coletivo dessas barreiras contextuais é uma etapa necessária para superar a limitação de modelos gerenciais descontextualizados (Eshriqui et al., 2023), que culmina também em uma das premissas centrais para o sucesso das intervenções, no campo da Ciência da Implementação. Em contraposição a esse engessamento burocrático, a segunda categoria de analisadores revelou movimentos instituintes sustentados pelo trabalho vivo em ato, conceito que abarca a dimensão relacional e micropolítica do serviço (Merhy, 2002).

Diante das lacunas estruturais, os profissionais mobilizam intensamente tecnologias leves — acolhimento, escuta e vínculo — como táticas inventivas de resistência para assegurar a assistência. Essa corresponsabilização informal e solidária ganha materialidade quando a Trabalhadora 4 e moradora da comunidade, afirma: "Eu mesmo já cheguei a pagar exames para as pessoas [...] ou então eu faço vaquinhas e saio de porta em porta pedindo para o exame".

A dinâmica relacional e a mobilização das tecnologias leves emergem, portanto, como potencialidades no cotidiano das relações do território. Essa leitura relacional entre a equipe foi compartilhada pela Trabalhadora 5 e moradora da comunidade ao destacar que: “ela [a técnica de enfermagem] pega no meu dedo com amor e carinho [...] Para trabalhar com gente você tem que tratar como gente". Ressalta-se que essa exposição relacional e o estreito vínculo com as vulnerabilidades impõem uma sobrecarga subjetiva severa à força de trabalho, dinâmica sintetizada no relato do Trabalhador 6 e morador, ao pontuar que "o agente de saúde é meio que uma esponja" no cotidiano do serviço.

Os atravessamentos subjetivos e territoriais relacionados à identidade quilombola, expressos na terceira categoria, revelam que o dispositivo participativo provocou deslocamentos instituintes importantes ao permitir a problematização de experiências históricas de discriminação racial e invisibilização social. A valorização identitária emerge como elemento constitutivo da gestão do cuidado, tensionando modelos homogêneos que desconsideram as singularidades culturais.

Esse resgate da ancestralidade materializa-se no relato da Trabalhadora 7 e quilombola, ao declarar: "Negra com muito orgulho! Antes tinha vergonha da minha cor. Hoje eu me sinto lá em cima com minha cor". O envolvimento da equipe e usuários do serviço produziu movimentos de implicação coletiva, fundamental para fortalecer o engajamento dos sujeitos nos processos de transformação (Monceau, 2013).

A pesquisa-intervenção participativa mostra-se como potente dispositivo de implementação ao viabilizar que a própria força de trabalho identifique, análise e estruture suas estratégias de resistência e cuidado, rompendo com a recepção passiva de modelos de gestão. Para a gestão em saúde, o dispositivo fornece subsídios fundamentais para o planejamento de fluxos regulatórios descentralizados. No âmbito das populações vulnerabilizadas, a participação ativa da comunidade quilombola qualifica o processo de implementação ao subsidiar intervenções culturalmente sensíveis, equitativas e alinhadas às necessidades locais.

CONCLUSÃO

A construção participativa do modelo de gestão do cuidado evidencia que a transformação das práticas na APS não se sustenta pela incorporação normativa de protocolos, mas envolve a produção de dispositivos coletivos de análise compartilhada do trabalho. Ao tensionar a distância entre o prescrito institucionalmente e o vivido no cotidiano, o estudo contribui para a construção de estratégias participativas de gestão do cuidado mais sensíveis ao território e alinhadas aos princípios do SUS.

Os movimentos produzidos guardam algumas aproximações com os pressupostos da Ciência da Implementação, ao explicitar que a efetividade das mudanças depende das singularidades territoriais, das relações cotidianas e da implicação dos sujeitos nos processos de transformação. Conclui-se que o delineamento participativo opera como um potente dispositivo de implementação capaz de favorecer engajamento coletivo, fortalecer a autonomia e espaços horizontais de decisão no cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CECÍLIO, L. C. O. A gestão do cuidado na Atenção Básica. Rev. Bras. Enferm., 2018.

ESHRIQUI, I. et al. Utilizando ciência da implementação para avaliar intervenção em saúde mental: proposta metodológica. Acta Paul Enferm., 2023.

LOURAU, R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes, 1996.

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

MONCEAU, G. A Socioclínica institucional para Pesquisas em Educação e em Saúde. In: L'ABBATE S; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. (Org.). Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2013.

PARTICIPATORY DEVELOPMENT OF A CARE MANAGEMENT MODEL AS AN IMPLEMENTATION TOOL IN A QUILOMBOLA COMMUNITY

INTRODUCTION

Care management in Primary Health Care (PHC) constitutes a strategic dimension for organizing work processes and generating comprehensive, effective, and place-based practices. However, despite the central role of PHC, many management strategies still operate based on top-down, normative models—heavily driven by protocols and technical-administrative rationales—that struggle to engage with the actual day-to-day reality of health work (Cecílio, 2018; Feuerwerker, 2014).

These tensions are even more pronounced in contexts historically marked by vulnerability, such as quilombola communities. In these settings, care management relies less on rigid regulations and more on the mobilization of "light technologies" and the workers' ability to devise context-specific arrangements in response to the concrete, everyday demands faced by the teams (Merhy, 2002). While discussions regarding care management in PHC have advanced, there remains a scarcity of studies analyzing participatory implementation processes within quilombola contexts.

Against this backdrop of tension between prescribed work and the actual daily routine of health services, Implementation Science (IS) gains relevance by positing that the effectiveness of practices and interventions in health services depends substantially on the context in which they are produced (Eshriqui et al., 2023), as well as on the active involvement of the individuals participating in the change processes. From this perspective, intervention research-grounded in

Institutional Analysis (IA) (Lourau, 1996)—aligns with IS by employing participatory construction as a strategy to mobilize instituting movements, foster collective engagement, and enhance the sustainability of transformations within the work process.

OBJECTIVE

Analyze how the participatory construction of a care management model functions as an implementation mechanism within Primary Health Care in a quilombola community.

METHOD

This is an ongoing intervention research study with a qualitative approach, guided by the frameworks of Institutional Analysis and the micropolitics of health work. The setting is a Family Health Unit (USF) located within a quilombola territory in the sertão (backlands) of Alagoas. Research participants include the unit's multidisciplinary team members and community representatives.

Data generation occurs through an ongoing process involving discussion circles, field journals, and participant observation. This specific report focuses on the participatory diagnosis stage, conducted between March and April 2026, involving 12 participants: eight team members and four individuals who are also community residents.

Activities included institutional immersion, reaching agreements with the team, and a discussion circle aimed at the collective analysis of work processes, territorial needs, and possibilities for reorganizing care management. Statements made during the meetings were transcribed and subjected to interpretive analysis guided by the concepts of "institutional analyzers" and "implication," seeking to identify critical bottlenecks, strengths, and relational dynamics involved in care management.

The study is part of the project "Consolidating the right to health: intersectoral actions aimed at health promotion in a quilombola community," linked to the Research for the SUS Program (PPSUS) and approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 89743025.7.0000.5013).

RESULTS

Information gathered during the diagnostic phase revealed that the participatory design of the intervention research itself acted as an implementation mechanism within Primary Health Care (PHC). Conducting the discussion circle

created a space for collective analysis —an element historically lacking in the team's routine — which facilitated open dialogue and the emergence of "institutional analyzers." These are understood as events that disrupt entrenched norms and expose contradictions inherent in the work (Lourau, 1996).

Analysis of the participants' statements identified three central categories of analyzers: 1) The structural precarization and bureaucratization of care; 2) Instituting movements generated through "living labor"; and 3) Subjective and territorial dynamics linked to quilombola identity. The identified analyzers highlight institutional barriers and potential that directly impact care management.

Statements highlighting aspects of structural precarization — grouped under the first category of analyzers — reveal established forces that rigidify daily routines and cause physical and emotional strain for workers (Lourau, 1996). Insufficiencies regarding "hard" and "light-hard" technologies act as a force that shifts managerial responsibilities and operational costs onto the individual professional; this dynamic was illustrated when Worker 2 reported, "We have to bring our own personal computers. That makes things really difficult."

Furthermore, regulatory weaknesses and excessive waiting times for specialized exams emerged as a critical bottleneck in Worker 1's account, as she noted, "My issue is the delay in exams — like, a patient might wait a year for an ultrasound." This gap in the care network creates access barriers, limiting clinical resolution and the continuity of care. The situation characterized by a lack of equipment, technological limitations, and regulatory hurdles culminates in illness and exhaustion among the workforce — feelings voiced by Worker 3: "I provide care out of sheer mercy [...] but I’m absolutely furious about it, because I don’t have transportation [...] so, to avoid having a heart attack, I just let it go."

The collective mapping of these contextual barriers is a necessary step toward overcoming the limitations of decontextualized management models (Eshriqui et al., 2023)—a process that also addresses a central premise for the success of interventions in the field of Implementation Science. In contrast to this bureaucratic rigidity, the second category of "analyzers" revealed institute movements driven by "living labor in action" (trabalho vivo em ato), a concept encompassing the service's relational and micropolitical dimensions (Merhy, 2002).

Faced with structural gaps, professionals intensively mobilize "light technologies”, such as welcoming, active listening, and bond-building as inventive tactics of resistance to ensure delivery of care. This informal, solidarity-based shared responsibility becomes tangible when Worker 4, a community resident, states: "I’ve even paid for people's medical tests myself [...] or I organize collections and go door-to-door asking for contributions for the test."

Relational dynamics and the mobilization of light technologies thus emerge as sources of potential within the territory's daily interactions. This relational perspective among the team was echoed by Worker 5, also a community resident, who noted: "She [the nursing technician] holds my finger with love and care [...] To work with people, you have to treat them like human beings." It is important to highlight that this relational exposure and close connection to vulnerabilities impose a severe subjective burden on the workforce dynamically summarized by Worker 6 (a resident), who pointed out that "the health agent is sort of a sponge" in the daily routine of the service.

The subjective and territorial intersections related to quilombola identity, expressed in the third category, reveal that the participatory mechanism triggered significant instituting shifts by allowing for the critical examination of historical experiences of racial discrimination and social invisibility. The valuing of identity emerges as a constitutive element of care management, challenging homogeneous models that disregard cultural specificities.

This reclamation of ancestry is embodied in the account of Worker 7 — a quilombola — who declared: "Black and very proud! I used to be ashamed of my skin color. Today, I feel a great sense of pride in it." The involvement of the team and service users fostered a sense of collective investment, which is crucial for strengthening the participants' engagement in transformation processes (Monceau, 2013).

Participatory intervention research proves to be a powerful implementation tool by enabling the workforce itself to identify, analyze, and structure its own strategies for resistance and care, thereby breaking away from the passive acceptance of management models. For health management, this approach provides essential insights for planning decentralized regulatory workflows. Regarding vulnerable populations, the active participation of the quilombola community enhances the implementation process by informing interventions that are culturally sensitive, equitable, and aligned with local needs.

CONCLUSION

The participatory development of the care management model demonstrates that transforming practices in Primary Health Care (PHC) cannot be sustained merely by the top-down adoption of protocols; rather, it requires the creation of collective mechanisms for the shared analysis of work. By highlighting the gap between institutional prescriptions and daily lived experience, this study contributes to the development of participatory care management strategies that are more attuned to the local context and aligned with the principles of the Unified Health System (SUS).

The processes that emerged share similarities with the premises of Implementation Science, illustrating that the effectiveness of changes depends on local specificities, everyday interactions, and the active engagement of individuals in transformation processes. It is concluded that a participatory approach serves as a powerful implementation tool, capable of fostering collective engagement and strengthening both autonomy and horizontal decision-making spaces within the daily operations of health services.

REFERENCES

CECÍLIO, L. C. O. Care management in Primary Health Care. Rev. Bras. Enferm., 2018.

ESHRIQUI, I. et al. Using implementation science to evaluate a mental health intervention: a methodological proposal. Acta Paul Enferm., 2023.

LOURAU, R. Institutional analysis. Petrópolis: Vozes, 1996.

MERHY, E. E. Health: the cartography of living labor. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONCEAU, G. Institutional socioclinics for research in education and health. In: L'ABBATE S; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. (Org.). Institutional Analysis and Collective Health in Brazil. São Paulo: Hucitec, 2013.

CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE UN MODELO DE GESTIÓN DEL CUIDADO COMO DISPOSITIVO DE IMPLEMENTACIÓN EN UNA COMUNIDAD QUILOMBOLA

INTRODUCCIÓN

La gestión del cuidado en la Atención Primaria de Salud (APS) constituye una dimensión estratégica para organizar los procesos de trabajo y producir prácticas integrales, resolutivas y territorialmente situadas. Sin embargo, a pesar de la centralidad de la APS, gran parte de las estrategias de gestión aún operan bajo modelos verticalizados y normativos, orientados por protocolos y racionalidades técnico-administrativas con escasa capacidad de diálogo con la realidad del trabajo (Cecílio, 2018; Feuerwerker, 2014).

En contextos históricamente marcados por vulnerabilidades, como las comunidades quilombolas, estas tensiones se hacen más evidentes. En tales escenarios, la gestión del cuidado se sustenta menos en la rigidez normativa y más en la movilización de tecnologías blandas y en la capacidad de los trabajadores para generar arreglos situados frente a las demandas concretas (Merhy, 2002). Aunque han avanzado los debates sobre la gestión del cuidado en la APS, aún son escasos los estudios que analicen procesos participativos de implementación en contextos quilombolas.

Ante las tensiones entre el trabajo prescrito y la realidad cotidiana de los servicios, la Ciencia de la Implementación (CI) cobra relevancia al postular que la efectividad de las prácticas e intervenciones depende del contexto en que se producen (Eshriqui et al., 2023), y de la implicación de los sujetos en los procesos de cambio. Desde esta perspectiva, la investigación-intervención, fundamentada en el Análisis Institucional (AI) (Lourau, 1996), se aproxima a la CI al utilizar la construcción participativa como estrategia capaz de movilizar movimientos instituyentes y ampliar la sostenibilidad de las transformaciones del proceso de trabajo.

OBJETIVO

Analizar cómo la construcción participativa de un modelo de gestión del cuidado opera como dispositivo de implementación en la Atención Primaria de Salud en una comunidad quilombola.

MÉTODO

Se trata de una investigación-intervención en curso, de enfoque cualitativo, orientada por el Análisis Institucional y de la Micropolítica del trabajo en salud. El escenario es una Unidad de Salud de la Familia (USF) situada en un territorio quilombola del interior del estado de Alagoas. Participan trabajadores del equipo multiprofesional y representantes de la comunidad.

La producción de información se realiza de manera procesual, mediante mesas de diálogo, diario de campo y observación participante. Este recorte corresponde a la etapa de diagnóstico participativo, desarrollada entre marzo y abril de 2026, con 12 participantes: 8 trabajadores del equipo y 4 residentes de la comunidad.

Se realizaron instancias de inserción institucional, acuerdos con el equipo y una mesa de diálogo centrada en el análisis colectivo del proceso de trabajo, las necesidades del territorio y las posibilidades de reorganización de la gestión del cuidado. Las intervenciones verbales fueron transcritas y sometidas a análisis interpretativo basado en los conceptos de analizadores institucionales e implicación, buscando identificar nudos críticos, potencialidades y dinámicas relacionales de la gestión del cuidado.

El estudio integra el proyecto "Consolidación del derecho a la salud: acciones intersectoriales orientadas a la promoción de la salud de una comunidad quilombola", vinculado al Programa de Investigación para el SUS (PPSUS) y aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CAAE: 89743025.7.0000.5013).

RESULTADOS

La fase diagnóstica evidenció que el propio diseño participativo de la investigación-intervención actuó como dispositivo de implementación en la APS. La rueda de conversación propició un espacio de análisis colectivo, históricamente debilitado en la rutina del equipo, que permitió la circulación de la palabra y el surgimiento de analizadores institucionales, entendidos como

acontecimientos que desestabilizan normas cristalizadas y visibilizan las contradicciones del trabajo (Lourau, 1996).

El análisis idrntificó tres categorías centrales de analizadores: 1) Precarización estructural y burocratización de la atención; 2) Movimientos instituyentes producidos en el trabajo vivo; y 3) Dimensiones subjetivas y territoriales relacionadas con la identidad quilombola. Estas categorías evidencian barreras y potencialidades institucionales que inciden en la gestión de lo cuidado.

En la primera categoría, los testimonios revelan fuerzas instituidas que rigidizan la vida cotidiana y generan desgaste físico y emocional en los trabajadores (Lourau, 1996). La insuficiencia de tecnologías duras y semiduras traslada responsabilidades de gestión y costos operativos al ámbito privado del profesional, como relata la Trabajadora 2: "tenemos que llevar nuestra computadora personal. Eso dificulta bastante las cosas".

La fragilidad normativa y los largos tiempos de espera para exámenes especializados también surgieron como nudos críticos. La Trabajadora 1 señaló: "mi problema es la demora en los exámenes; por ejemplo, un paciente espera un año para una ecografía". Esta brecha genera barreras de acceso y limita la resolución clínica y la continuidad de la atención. La falta de equipamiento, las limitaciones tecnológicas y las trabas regulatorias contribuyen al agotamiento laboral, como expresa la Trabajadora 3: "Atiendo por pura misericordia [...] con una rabia tremenda, porque no tengo transporte [...] y, para no sufrir un infarto, simplemente lo dejo pasar".

El mapeo colectivo de estas barreras contextuales es necesario para superar modelos de gestión descontextualizados (Eshriqui et al., 2023), una premisa central para el éxito de las intervenciones en el campo de la Ciencia de la Implementación. En contraposición a esta rigidez burocrática, la segunda categoría reveló movimientos instituyentes sustentados por el "trabajo vivo en acto", que comprende la dimensión relacional y micropolítica del servicio (Merhy, 2002).

Ante las carencias estructurales, los profesionales movilizan intensamente tecnologías blandas —acogida, escucha y vínculo— como estrategias de resistencia para garantizar la atención. Esta corresponsabilidad informal y solidaria se expresa cuando la Trabajadora 4, residente de la comunidad, afirma: "Yo misma he llegado a pagar exámenes para las personas [...] o bien organizo colectas y voy puerta a puerta pidiendo para el examen".

La dinámica relacional y las tecnologías blandas emergen como potencialidades en la cotidianidad de las relaciones en el territorio. Esta lectura relacional dentro del equipo fue compartida por la Trabajadora 5, residente de la comunidad, al destacar que: "ella [la técnica de enfermería] me toma el dedo con amor y cariño [...] Para trabajar con gente, tienes que tratarla como gente". Cabe resaltar que esta exposición relacional y el estrecho vínculo con las vulnerabilidades imponen una severa sobrecarga subjetiva a la fuerza laboral, dinámica sintetizada en el relato del Trabajador 6, también residente, al señalar que "el agente de salud es como una esponja" en la cotidianidad del servicio.

Las dimensiones subjetivas y territoriales relacionadas con la identidad quilombola, expresadas en la tercera categoría, revelan que el dispositivo participativo propició importantes desplazamientos instituyentes al permitir problematizar experiencias históricas de discriminación racial e invisibilización social. La valorización de la identidad surge como un elemento constitutivo de la gestión del cuidado, desafiando modelos homogéneos que pasan por alto las singularidades culturales.

Esta recuperación de la ancestralidad se materializa en el testimonio de la Trabajadora 7, perteneciente a una comunidad quilombola, al declarar: "¡Negra con mucho orgullo! Antes me avergonzaba de mi color. Hoy me siento muy orgullosa de él". La implicación del equipo y de los usuarios del servicio generó dinámicas de compromiso colectivo, fundamentales para fortalecer la participación de los sujetos en los procesos de transformación (Monceau, 2013).

La investigación-intervención participativa se revela como un potente dispositivo de implementación, al permitir que la propia fuerza laboral identifique, analice y estructure sus estrategias de resistencia y cuidado, rompiendo con la recepción pasiva de modelos de gestión. Para la gestión sanitaria, este dispositivo aporta elementos clave para la planificación de flujos regulatorios descentralizados. En el contexto de las poblaciones vulnerabilizadas, la participación de la comunidad quilombola cualifica el proceso de implementación al fundamentar intervenciones culturalmente sensibles, equitativas y alineadas con las necesidades locales.

CONCLUSIÓN

La construcción participativa del modelo de gestión del cuidado evidencia que la transformación de las prácticas en la APS no se sustenta en la incorporación normativa de protocolos, sino que implica la creación de dispositivos colectivos para el análisis compartido del trabajo. Al poner en tensión la brecha entre lo prescrito institucionalmente y lo vivido en la cotidianidad, el estudio contribuye a la construcción de estrategias participativas de gestión del cuidado más sensibles al territorio y alineadas con los principios del SUS.

Los procesos generados guardan cierta afinidad con los postulados de la Ciencia de la Implementación, al poner de manifiesto que la efectividad de los cambios depende de las singularidades territoriales, de las relaciones cotidianas y de la implicación de los sujetos en los procesos de transformación. Se concluye que el diseño participativo actúa como un potente dispositivo de implementación, capaz de fomentar el compromiso colectivo y de fortalecer la autonomía y los espacios horizontales de toma de decisiones en la vida cotidiana de los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CECÍLIO, L. C. O. La gestión del cuidado en la Atención Primaria. Rev. Bras. Enferm., 2018.

ESHRIQUI, I. et al. Utilización de la ciencia de la implementación para evaluar una intervención en salud mental: propuesta metodológica. Acta Paul Enferm., 2023.

LOURAU, R. El análisis institucional. Petrópolis: Vozes, 1996.

MERHY, E. E. Salud: la cartografía del trabajo vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONCEAU, G. La socioclínica institucional para la investigación en educación y salud. In: L'ABBATE S; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. (Org.). Análisis institucional y salud colectiva en Brasil. São Paulo: Hucitec, 2013.

Palavras-chave: gestão do cuidado; atenção primária à saúde; pesquisa-intervenção; comunidade quilombola; dispositivo de implementação.