



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPSAC**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**CAMILA MARQUES DA SILVA OLIVEIRA**

**A BONITEZA E A FEALDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO COTIDIANO**  
**DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FORTALEZA – CEARÁ**  
**2015**

CAMILA MARQUES DA SILVA OLIVEIRA

A BONITEZA E A FEALDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO COTIDIANO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em saúde e Humanidades.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

FORTALEZA - CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Oliveira, Camila Marques da Silva.

A boniteza e fealdade da produção do cuidado no cotidiano da atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Camila Marques da Silva Oliveira. - 2015.  
1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 110 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acolhimento. 3. Trabalho em Saúde. 4. Saúde Coletiva. I. Título.

CAMILA MARQUES DA SILVA OLIVEIRA

A BONITEZA E A FEALDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO COTIDIANO  
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: "Política, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades"

Aprovada em: 15 de dezembro de 2015

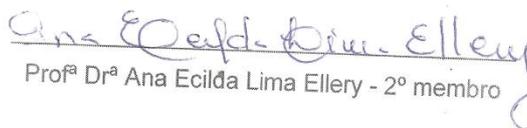
BANCA EXAMINADORA:



Profª Drª Maria Rocineide Ferreira da Silva – UECE - Orientadora



Profª Drª Maria Margarete Sampaio de Carvalho Braga - 1º membro



Profª Drª Ana Ecilda Lima Ellery - 2º membro

Profº Drº Raimundo Augusto Martins Torres – Suplente

*Este trabalho de pesquisa é dedicado aos trabalhadores e às trabalhadoras dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza pela força com que se implicam na produção cotidiana do cuidado em saúde e na defesa do SUS de qualidade.*

## AGRADECIMENTOS

Despertar para o que está diante de si como missão pode parecer simples e lógico. Outras vezes, são as pessoas com as quais trilhamos o caminho do cotidiano que nos dizem que é, de fato, necessário fazê-lo. A vivência se dá em coletividade e, por esta razão, para se realizar um feito, este feito também é coletivo. Tenho muito a agradecer às coletividades que me compõem e recompõem ciclicamente. Por esta razão, gostaria de agradecer a algumas pessoas em especial, sendo que meu desejo é que todos se sintam contemplados nessa afetuosidade.

À professora Doutora Maria Rocineide Ferreira da Silva, pelo incentivo, pela amorosidade precisa, pelo respeito ao meu tempo/modo de caminhar nos estudos, pelo entusiasmo com que se dispôs a me ensinar estes conceitos. Agradeço por me mostrar uma sala de aula solidária e por me fazer crer ser possível haver uma dialogicidade na prática.

À professora Doutora Margarete Sampaio, pela maneira solidária e afetiva com que ministrou a disciplina de Pedagogia e Didática deste curso de Mestrado Acadêmico. Pude compreender os saberes necessários à tessitura deste trabalho de pesquisa. Agradeço por provocar verdadeira revolução das ideias que eu estabelecia antes como primordiais, flexibilizou o que eu acreditava antes ser de pedra. Por me apresentar os autores e conceitos que deram novo sentido a esta pesquisa, obrigada.

À professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge, pela aguerrida defesa do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Aos meus pais, Rosangela Marques e Antonio Adairton, mestres incansáveis, acolhedores fortes e fontes perenes de afetos. Quando as empreitadas as quais me dispus a realizar começam a pesar, sei que posso encontrar resguardo nesses colos. Encontro firmeza e conforto. Junto de vocês, aprendo sempre a positivar o difícil e que isto exige esforço, garra e estudo. Obrigada por me ensinarem que a ética e a justiça são condições essenciais da existência humana.

Aos meus irmãos Bruno Marques e Denise Marques, pela força que nos mantém unidos para desfrutarmos sempre das companhias e das ideias uns dos outros.

Ao meu companheiro amado, Romário Oliveira, por acreditar em mim e na potência desta empreitada desde o começo. Agradeço a paciência, as opiniões, as discordâncias, as concordâncias e as leituras. Porém, como se fosse possível, agradeço o amor compartilhado, que se transforma agora em novos projetos, novas caminhadas, mas sempre juntos.

Às minhas amigas “do PSF de Fortaleza”, minhas amigas de vida, Glaucilândia Nunes e Érica Duarte. Saúdo-as por haverem me acolhido, me ensinado o Saúde da Família, por terem me feito crer na minha potência de enfermeira e por, juntas, nos incentivarmos mutuamente a pensar certo a saúde.

Aos colegas do Centro de Saúde da Família Recamonde Capelo, por se mostrarem engajados e solícitos na criação de espaços coletivos de saúde.

Aos meus primos-amigos-irmãos Cinthia Arruda, Vinícius Arruda e José Haroldo, pela festividade dos encontros, pelo fortalecimento da certeza de sermos todos uma só família.

Às minhas tias Norma Arruda e Vera Lúcia, por se fazerem sempre figuras maternas, ressignificando os laços de familiaridade. Saúdo-as por suscitarem em mim, entre tantas outras coisas, a ideia do “faça você mesma”. Sempre mestras, obrigada.

À Débora Dantas, com quem dividi a orientação da Prof.<sup>a</sup> Rocineide. Obrigada pelas forças compartilhadas na caminhada.

Aos líderes e colegas do grupo de pesquisa do LAPRACS, por compartilharem seus saberes e práticas que contribuíram para ampliar minha visão acerca da saúde coletiva.

Aos colegas do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Nossa turma é uma inspiração. Saúdo-os pela generosidade, pela festividade, pela intelectualidade instigante de cada um.

À Maria, pela atenção, pela escuta zelosa e pelo cuidado constante com os discentes do Mestrado do PPSAC.

“Ensino porque busco,  
porque indaguei,  
porque indago e me indago.  
Pesquise para constatar. Constatando,  
intervenho.  
Intervindo, educo e me educo.  
Pesquise para conhecer o que ainda não  
conheço e comunicar ou anunciar a novidade.”  
(Paulo Freire)

## RESUMO

Compreendemos que o trabalho em saúde aciona mecanismos diversos para a produção afetiva e efetiva do cuidado. Fazemos uso de maquinários e conhecimentos cientificamente validados, mas, fundamentalmente, de relações interpessoais que são construídas e consumidas no momento da produção do cuidado. O presente estudo investigou os valores e crenças acerca do trabalho na atenção primária à saúde à luz das relações de trabalho e da produção de cuidado. Para tanto, nos propusemos a verificar como o trabalhador se percebe na produção de cuidado e analisar os processos de trabalho em saúde, implicados nessa produção. Foi possível, com isto, identificar potencialidades e situações limitantes no desenvolvimento do trabalho na APS. Tratou-se de uma pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, realizada com 17 profissionais de saúde de uma unidade de atenção primária em Fortaleza, Ceará. A coleta das informações aconteceu entre agosto e setembro de 2015, em três encontros conduzidos através do uso de círculos de cultura. No campo da saúde, os círculos de cultura são utilizados para discussão de assuntos temáticos advindos das falas dos participantes. Dessa maneira, foi possível proporcionar um ambiente de pesquisa favorável a uma discussão problematizadora a respeito do cotidiano, a fim de promover tomada de consciência e fomentar a autonomia e o protagonismo dos participantes. A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob o número 1.115.332. As falas dos sujeitos foram organizadas para Análise de Enunciação de Bardin (2011) por meio de categorias. O grupo era formado majoritariamente por mulheres com idade entre 25 e 62 anos, além de servidores públicos. As polifonias produzidas revelam que o trabalhador da saúde encontra seus processos de trabalho fundamentados em ações produtoras de *data* para parametrização de atividades e tomada de decisões de saúde. No entanto, não se percebem com autonomia para planejarem as ações de saúde necessárias às suas comunidades e aos seus territórios. Foi possível compreender a lógica da organização dos processos de trabalho em saúde na atenção primária de Fortaleza vinculada às exigências do mercado. Apesar de se sentirem diminuídos em suas dimensões cuidadoras, os profissionais desenvolveram estratégias de resistência. As potencialidades se demonstraram, então, formas de resiliência, pautadas pelo agir ético no trabalho, para o trabalho e com os colegas de trabalho. Como exemplo disso, citam a promoção do autocuidado entre os pacientes, a fim de impulsionar a corresponsabilização e a coparticipação terapêutica. Além disso, valorizam o trabalho em equipe e o estreitamento das relações profissionais para promoção de um cuidado do coletivo de cuidadores. Consideramos, por fim, que o ato de

cuidar se expôs marcado pelo afeto. Os trabalhadores se mostraram disponíveis para novas produções e encontros mediados por círculos de cultura, entendidos como espaços de dialogicidade e criticidade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Trabalho em saúde. Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

As we study, we understand that working in health segment triggers several mechanisms for affective and effective care production. We use of machinery and scientifically validated knowledge, but fundamentally interpersonal relationships that are built and consumed in act of care production. The present study investigated values and beliefs about primary health care in under the aspects of labor relations and careful production. Under these scopes, we set out to see how the worker can be seen on care production and analyze the health working processes involved in this production. It was possible to identify potential and limiting situations in the development of work in APS. This was an research-action with qualitative approach, accomplished with 17 health professionals from a primary care unit in Fortaleza, Ceará. Collecting data took place between August and September 2015, in three meetings conducted through the use of crop circles. In the health field, the crop circles are used to discuss thematic issues arising from the speeches of the participants. Thus, it was possible to provide a research environment conducive to a problem-solving discussion about the daily working life in order to promote awareness and encourage the autonomy and the role of the participants. The study was approved by the Ethics Committee of the Universidade Estadual do Ceará under number 1115332. The subjects speeches were organized to Enunciation Analysis of Bardin (2011) by categories. The group was consisted mainly of women, between 25 and 62 years, and civil servants. The polyphony produced reveals the health worker finds their work processes based on data-producing actions for parameterization of activities and making health care decisions. However, they do not perceive themselves with autonomy to plan health actions necessary to their communities and their countries. It was possible to understand the logic of the organization of health work processes in primary Fortaleza linked to market requirements. Although they feel diminished in their dimensions of caregivers, professionals have developed resistance strategies. Then, the potential is demonstrated in forms of resistance, guided by ethical behavior at work, to work and with co-workers. For example, they have quote the promotion of self-care among patients in order to boost co-responsibility and co-participation during therapy. In addition, value teamwork and the development of close working relationships to promote a collective care of caregivers. We believe, finally, that the act of caring exposed himself marked by affection. The workers showed available for new productions and meetings mediated by circles of culture, understood as spaces for dialog and criticality.

**Keywords:** Primary health care, Health working, Public Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b>	Esquema comparativo entre atenção médica convencional e APS .....	20
<b>Gráfico 1</b>	Quantidade de estabelecimentos de saúde em Fortaleza, Ceará .....	44
<b>Figura 1</b>	Componentes que caracterizam um sistema de saúde baseado pela APS.....	21
<b>Figura 2</b>	Conceito de integralidade dentro da estratégia SUS .....	26
<b>Figura 3</b>	Engrenagem da produção de cuidado.....	32
<b>Figura 4</b>	Critérios para definição de uma pesquisa-ação .....	35
<b>Figura 5</b>	Divisão geopolítica, por Secretaria Regional. Fortaleza, Ceará, 2007 .....	45
<b>Figura 6</b>	Mapa esquemático geográfico da SER III, 2014 .....	46
<b>Figura 7</b>	Organograma das redes de atenção.....	47
<b>Figura 8</b>	Temas enunciados das falas dos participantes.....	53
<b>Foto 1</b>	Produção do círculo de cultura 2 .....	72
<b>Foto 2</b>	Produção círculo de cultura 2 .....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEACC	Célula de Atenção às Condições Crônicas
CEADT	Célula de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
CEAES	Célula de Atenção Especializada à Saúde
CEAPS	Célula de Atenção Primária à Saúde
CEASM	Célula de Atenção à Saúde Mental
CEAUE	Célula de Atenção às Urgências e Emergências
CELAF	Célula de Assistência Farmacêutica
COPAS	Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LAPRACS	Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
SER	Secretarias Regionais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	14
1.1	IMPLICAÇÃO COM A TEMÁTICA EM ESTUDO .....	14
1.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL .....	18
1.3	OBJETIVOS .....	23
<b>1.3.1</b>	<b>Geral</b> .....	23
<b>1.3.2</b>	<b>Específicos</b> .....	23
<b>2</b>	<b>O TRABALHO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	25
2.1	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: FORMAS DE ORGANIZAR PROCESSOS DE TRABALHO .....	25
2.2	TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	27
<b>3</b>	<b>DESENHO METODOLÓGICO</b> .....	34
3.1	PERCURSO METODOLÓGICO .....	34
3.2	A BUSCA DAS PALAVRAS E DO ENCONTRO COM O OUTRO .....	35
<b>3.2.1</b>	<b>Conhecendo o círculo de cultura</b> .....	36
<b>3.2.2</b>	<b>A interface do círculo de cultura e do campo da saúde</b> .....	39
3.3	SUJEITOS ENVOLVIDOS .....	41
3.4	CENÁRIO DAS DISCUSSÕES .....	43
3.5	COLETANDO AS INFORMAÇÕES .....	46
3.6	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS .....	50
3.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	53
<b>4</b>	<b>ACHADOS E DISCUSSÃO</b> .....	54
4.1	PERCEPÇÕES DO ESPAÇO-TEMPO DA PESQUISA .....	54
4.2	CAT. 1 - PRODUZIR CUIDADO PARA GERAR CORRESPONSABILIZAÇÃO .	55
4.3	CAT. 2 - “BURROS DE CARGA, BUCHA DE CANHÃO!” .....	62
4.4	CAT. 3 - O AGIR ÉTICO D AFETIVO NO TRABALHO EM SAÚDE .....	69
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIM. LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	91
	<b>APÊNDICE B – SUGESTÃO DE ROTEIRO PARA PROPOSTA DE PESQUISA DE UNIVERSO VOCABULAR EM CÍRCULO DE CULTURA</b> .....	93

<b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO B - TARJETAS DE APOIO AO CÍRCULO DE CULTURA .....</b>	<b>96</b>

## APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

### 1.1 IMPLICAÇÃO COM A TEMÁTICA EM ESTUDO

A saúde é, provavelmente, a dimensão da vida social que mais conchama atenção na conjuntura política do Brasil na atualidade. Entendemos por política, aqui, como sendo os processos de tomada de decisão, escolha de prioridades e diretrizes de ação, organização de setores e imposição, pelo poder do Estado, das decisões sociais relevantes (COHN, 2006).

Movimentos sociais, no contexto histórico recente do país, trazem à tona pautas de discussão de suma importância, que demonstram algum grau de indignação da sociedade. Poderíamos citar aqui a educação, a escolarização, o meio ambiente, a mobilidade urbana, a segurança pública, a ética na política e, de maneira incisiva, a saúde em suas mais diversas vertentes. Discute-se o número de vagas em leitos de UTI, o quantitativo de profissionais médicos disponíveis, o acesso aos serviços de saúde, o uso dos recursos materiais, as condições de trabalho e demais outras pautas mais amplas ou mais específicas, de acordo com cada interessado em discutir. Esses aspectos se interpõem no cotidiano do trabalhador da saúde, uma vez que são parte da forma como os serviços de saúde se organizam e desenvolvem processos de trabalho.

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, desde 2006, servidora pública, há muito busco por compreender os processos de trabalho em saúde envolvidos na produção do cuidado. Movimentos de mudanças de gestão do sistema municipal de saúde contribuíram para imprimir uma necessidade de formular perguntas e responder algumas questões. A temática vem me implicando a pesquisar as formas de se trabalhar na saúde e, desta maneira, optei pela especialização em saúde da família e comunidade. Imersa no serviço no posto de saúde, consolidei uma afetividade ao trabalho como prática social e coletiva. Foi através das leituras e aprendizados de conceitos importantes exercitados no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva que foi possível desenvolver essas questões e dar-lhes a criticidade necessária para a superação de inquietações ingênuas.

Os serviços de saúde são constituídos por estruturas molares e moleculares, que os dão forma e movimento de produção e consumo, tanto para trabalhadores da saúde quanto para usuários do serviço, uma vez que estão continuamente implicados. Entendo como os

conceitos de “molar” e “molecular” as definições de Feuerwerker (2014). Em suas leituras de Deleuze e Foucault, a autora permite-nos conceituar o plano do que é molar como sendo a estrutura social historicamente produzida, que efetivamente se opera e age sobre os indivíduos sociais. Já o plano molecular age nos momentos de micropercepções que cada indivíduo produz e que se operam de maneira flexível, de acordo com uma comunicação, uma inventividade própria.

Importante destacar, contudo, que a autora afirma que os segmentos molares e moleculares não se distinguem em tamanho — um grande, outro pequeno —, mas que o molecular opera no detalhe e passa por pequenos grupos, mas também é coextensivo a todo o campo social enquanto organização molar (FEUERWERKER, 2014). Na prática, podemos exemplificar se pensarmos em uma estrutura grande, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem a organização fundamental orientada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), mas é viva no cotidiano dos territórios e relações.

Acredito que é no cotidiano do trabalho em saúde que estas relações, ou melhor, essas molecularidades, se manifestam em movimentos para geração de produções concretas de cuidado em saúde. A partir destas é que as molaridades, que são geradoras de políticas de saúde, podem movimentar grandes segmentos proponentes de estratégias para o campo da saúde.

O trabalho na ESF, agora trespassado pelo conceito de atenção primária à saúde em rede, trouxe uma série de interrogações pertinentes, como veremos a seguir, naturais ao trabalhador submerso no exercício de suas funções, qual seja, a principal, produzir cuidado. A vivência do cotidiano do trabalho proporciona enxergar particularidades, minúcias, que tornam complexa a teia entre os saberes e a prática envolvidos na produção de saúde individual e coletiva.

Mas, para trilhar o caminho em busca dos modos produzir cuidado, foi necessário que a pesquisadora ingressasse no grupo de pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva, do Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde (LAPRACS), da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Este grupo de pesquisa é composto por professores, estudantes e trabalhadores da saúde militantes das resistências e lutas sanitárias. Lá são promovidas leituras e discussões pertinentes, entre outras, a questão da micropolítica e de que maneira as relações de poder, realizadas no plano cotidiano das conexões interpessoais, poderiam se interpor nos processos de trabalho em saúde. Assim, foi possível subsidiar estudos que pudessem organizar o pensamento acerca da produção cotidiana e singular do cuidado na APS.

A produção do saber a partir do vivido tem sido constante tema de debate da saúde coletiva entre as universidades e sistemas e serviços de saúde. A proposição de modelos tecnoassistenciais e de atenção à saúde que promovam garantia de direitos de saúde tem gerado discussões importantes e proposições recentes (FEUERWERKER, 2005).<sup>1</sup>

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a vertente tecnológica não se resume à escolha dos recursos técnicos científicos, mas são modulados pela aproximação da realidade com as necessidades sociais e o contato com as diversidades locais. Enquanto isso, ainda de acordo com o MS (BRASIL, 2005), as modalidades assistenciais não dizem respeito apenas às alternativas de atendimento ambulatorial/hospitalar, mas “ao conjunto de conceitos operados para cuidar, tratar e escutar as necessidades e direitos de atenção à saúde e o foco das propostas de trabalho”.

Reforçamos, diante dessas informações, que a escolha dos modelos tecnoassistenciais que melhor respondam às demandas em saúde devem atender aos princípios do SUS:

assegurar universalidade de acesso; integralidade da atenção; descentralização da gestão; regionalização da atenção; alta resolubilidade em cada serviço ou em sua articulação em rede intercomplementar; integração intersetorial; [...] controle social e educação permanente (BRASIL, 2005, p. 82).

Dentre as propostas de reformulação de serviços de saúde, alguns aspectos permanecem como consenso, quais sejam: a noção de território; a amplitude do conceito de saúde; a busca pelo conhecimento sistemático das situações de saúde da população; a programação de ações interventivas e a avaliação do impacto dessas ações sobre os problemas identificados; a revisão dos conceitos de hierarquização dos serviços de saúde e a democratização da gestão. De posse destas informações, destaco o que vivemos no cotidiano da atenção primária à saúde de Fortaleza.

Numa gestão municipal anterior (Luizianne Lins, 2005 – 2012, PT), as atividades tecnoassistenciais desenvolvidas eram programáticas e estavam em consonância com a ESF. Havia o objetivo de construir, promover e ampliar a integralidade através da ênfase na promoção da saúde (FORTALEZA, 2007). A ESF foi assumida com o pressuposto de transformar as formas de trabalho em saúde e produção de cuidado, com vistas a superar o modelo biomédico, curativo, individual e desconexo do contexto territorial/social. Sim, a

---

<sup>1</sup> Um desenho tecnoassistencial diz respeito ao modo como são organizadas as ações para intervenção na interface saúde-doença-rede de atenção. Este desenho comporta aspectos de tecnologia e aspectos de assistência.

lógica do modelo com foco no centro de saúde se inverteu para dar visibilidade ao território e suas potências de saúde e cuidado.

Os entraves percebidos à época, de maneira empírica, estavam relacionados ao acesso espontâneo aos serviços de saúde da cadeia ascendente de níveis de atenção, com grave dificuldade de articulação. Este atendimento, chamado de acolhimento pela Política Nacional de Humanização (PNH), foi suscitado pela urgência de respostas à identificação e satisfação das necessidades do usuário do SUS e para construir um caminho de qualificação da relação profissional/paciente.

Silva, Pontes e Silveira (2012) revelam a limitação da ESF em atender a população adscrita do território para além dos programas previstos, o atendimento à demanda espontânea. Os autores perceberam, em seus estudos realizados na ESF de Fortaleza, a falta de ofertas aos usuários que procuram o centro de saúde, a dificuldade de relações entre os vários sujeitos implicados e o forte enfoque dado ao modelo de atenção que se pauta por uma lógica médica cartesiana (processo decisório médico centrado, racionalização do atendimento de saúde e medicalização dos corpos). Trabalhadores e usuários assinalaram que o acolhimento no Centro de Saúde da Família revelou-se espaço de compartilhamento de afetos, mas também de ação medicalizada e como fator desumanizante no trabalho (SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012).

Na atual gestão municipal dos serviços de saúde, (Roberto Cláudio, 2013 – 2015, PDT) com a aplicação de um novo modelo technoassistencial, baseado fortemente no atendimento ao paciente em demanda espontânea, encontramos, de maneira empírica, o entrave nas atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a deficiência na articulação das atividades programáticas típicas da ESF como forma de atenção primária à saúde.

Diante da observação de minha práxis,<sup>2</sup> em vista de novos processos de trabalho na tentativa de produzir cuidado, me questiono se o pronto atendimento na atenção básica, também chamado de acolhimento, acarreta descontinuidade da atenção, limitando o impacto sobre as doenças crônicas e favorecendo a redução, por parte dos usuários, da adesão às estratégias de promoção da saúde. Além disso, percebo séria dificuldade de se efetivar o trabalho em equipe, com demonstrações de reduzida responsabilização sanitária, dificuldades de articulação espaço-temporal da equipe e perda da dimensão cuidadora em atos de saúde.

---

<sup>2</sup> Entendemos como práxis o sentido da ação concreta adquirida por meio da reflexão do espaço-tempo político, econômico, social e moral.

O trabalhador da saúde se vê direcionado a prestar um atendimento em saúde baseado no modelo biomédico, onde o paciente busca saúde e o profissional oferece tratamento, em vez de cuidado. Modelo este que já deveria ter sido superado tendo em vista tantas lutas pela saúde do Brasil, destacando-se a Reforma Sanitária.

Minayo (2010) afirma que o pesquisador é, dialeticamente, autor e fruto de seu tempo histórico, e que as crises, conflitos e contradições são promotores de desenvolvimento sócio-econômico, cultural e científico. Bardin (2011) salienta que o pesquisador precisa estar em constante vigilância crítica quanto mais ele tenha sensação de familiaridade face ao seu objeto de análise.

Dito isto, nesta pesquisa, creio que foi fundamental promover uma discussão acerca da percepção dos trabalhadores da saúde sobre seus próprios processos de trabalho em saúde, especificamente, na Atenção Primária à Saúde (APS). Este fato teve relevância quando percebemos o quanto é essencial ao trabalhador da saúde se sentir pertencente e implicado no seu trabalho, bem como entender a concretude de suas ações promotoras de saúde. Vimos, também, que este campo de pesquisa ofereceu-nos a possibilidade de analisar como se comportam os atuais serviços de saúde, como se dá a produção do cuidado, mas também como subsidiar a formulação de novos arranjos na organização da assistência, tornando-os justos, equitativos e integrais. Sem a ideia de generalizar processos, aprofundamos questões numa unidade de atenção primária a fim de contribuir com um projeto de conscientização e potencialização de seus trabalhos.

## 1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Em 1978, como resposta a décadas de demandas sociais no campo da saúde relacionadas à busca por aproximar da população o trabalho em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão. De acordo com a Declaração Oficial desta Conferência, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser fundamentada na assistência sanitária aos indivíduos, famílias e comunidades, com plena participação e custos que a comunidade local e o país puderem suportar. A APS, portanto, corresponderia ao núcleo do sistema de saúde do país e evoluiria em conjunto com seu desenvolvimento econômico e social (OMS, 1978).

No Brasil, a atenção básica surgiu aos poucos, como forma de prestar atendimento ambulatorial de saúde à população de uma determinada área de abrangência; não por coincidência, àquela de baixa renda, cuja aceitação foi imediata. As principais formas de atenção à saúde estavam fortemente vinculadas à prevenção da mortalidade infantil e perinatal, através do destaque para a imunização infantil, o acompanhamento pré-natal e a puericultura (ROSEMBERG, 2013).<sup>3</sup>

A APS surgiu de uma tradução da expressão inglesa *primary health care* e nos dá a ideia de primeiro contato do paciente com o serviço de saúde, a partir de uma necessidade inicial. Didaticamente, Giovanella (2013) afirma que não há consenso sobre o conceito de APS, mas destaca três eixos de circulação conceitual:

- 1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; 2) um dos níveis de atenção que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; 3) de forma abrangente, uma concepção de um modelo assistencial e de organização do sistema de saúde (GIOVANELLA, 2013, p. 576).

As primeiras experiências de APS nas últimas décadas do século XX, principalmente em regiões periféricas dos grandes centros econômicos mundiais, traduziam ao pé da letra a proposta de Alma-Ata. Desta forma, realizavam serviços de saúde com atividades restritas cobrindo necessidades de saúde previamente programadas de grupos populacionais de extrema pobreza.

No Brasil, a APS teve adaptação relativamente confortável, principalmente porque se harmonizava com os princípios das lutas pela Reforma Sanitária. Giovanella (2013) revela que se promovia o uso de tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitas, com destaque para a participação comunitária e democratização do conhecimento, incluindo práticas tradicionais de saúde, parteiras e agentes comunitários, reduzindo o paradigma do saber médico.

---

<sup>3</sup> Gostaríamos de destacar, que encontramos na literatura brasileira tanto o uso da expressão “atenção básica” quanto da expressão “atenção primária à saúde” como sinônimos. Em nosso trabalho, utilizamos a expressão “atenção primária à saúde” em consonância à nomenclatura utilizada pela atual gestão do serviço de saúde municipal. Acreditamos, ainda, que o termo “atenção básica” remete-se pejorativamente à simplificação da complexidade das atividades realizadas neste campo da saúde. Paim (2013) nos alerta que este equívoco pode ser atribuído aos programas de medicina simplificada patrocinados por organismos internacionais interessados em reproduzir a ideologia de que se trataria de uma forma primitiva de atenção à saúde.

Muito tempo depois das primeiras ondas de movimentos democrático-sanitários no Brasil, pelos anos 2000, foi que se pôde sedimentar o que apropriadamente se desejava para a APS brasileira, como a redução da mortalidade infantil e vinculação das comunidades aos centros de saúde. Estes métodos de trabalho em saúde que permitiram a adaptação do que propunha a APS para a realidade socioeconômica e cultural brasileira.

Em sua produção, Starfield (2002) contribuiu para definir o escopo da APS tal como é compreendida hoje. Adaptamos um quadro para visualizar as propostas de mudança paradigmática da APS.

Quadro 1 - Esquema comparativo entre atenção médica convencional e APS

<b>Convencional</b>	<b>Atenção primária à saúde</b>
<i>Enfoque</i>	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção, cura
<i>Conteúdo</i>	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
<i>Organização</i>	
Especialistas	Clínicos gerais/médicos da família
Médicos	Grupos multiprofissionais
Consultório individual	Equipe
<i>Responsabilidade</i>	
Apenas do setor saúde	Colaboração intersetorial
Domínio profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: STARFIELD, 2002, adaptado por OLIVEIRA, 2015.

Starfield (2002) ainda produz uma série de conceitos que, como vimos na atualidade, formam os pilares de um sistema de saúde bastante aplicado em todo o Brasil, que é a Estratégia Saúde da Família. A ESF surgiu em meados dos anos 1990 de uma tensão paradigmática provocada pelo discurso do Movimento de Reforma Sanitária e pela práxis gerada na implantação de modelos de atenção à saúde, alternativos ao modelo médico assistencial privatista. Em princípio, foi fácil, especialmente nas áreas remotas do Nordeste do Brasil, a aplicação de um modelo tecnoassistencial, de acordo com os princípios norteadores do SUS e que não fosse centrado na figura do médico (ANDRADE, 2012).

A ESF hoje está presente em 5.503 municípios do Brasil, atendendo a cerca de 123 milhões de pessoas, com cobertura de cerca de 63% da população brasileira. Há aproximadamente 43 mil equipes de ESF no Brasil. (ANDRADE, 2012). A ESF abriga

mudanças na dimensão organizacional do modelo de assistência no momento em que constitui a equipe de saúde da família, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território, define o generalista como o profissional médico da atenção básica; institui novos profissionais, os ACS, os enfermeiros e, *a posteriori*, os cirurgiões dentistas, voltados para a atuação comunitária, ampliando, assim, a atuação da equipe sobre os determinantes do processo saúde-doença (ANDRADE, 2012; BRASIL, 2012; PAIM, 2013).

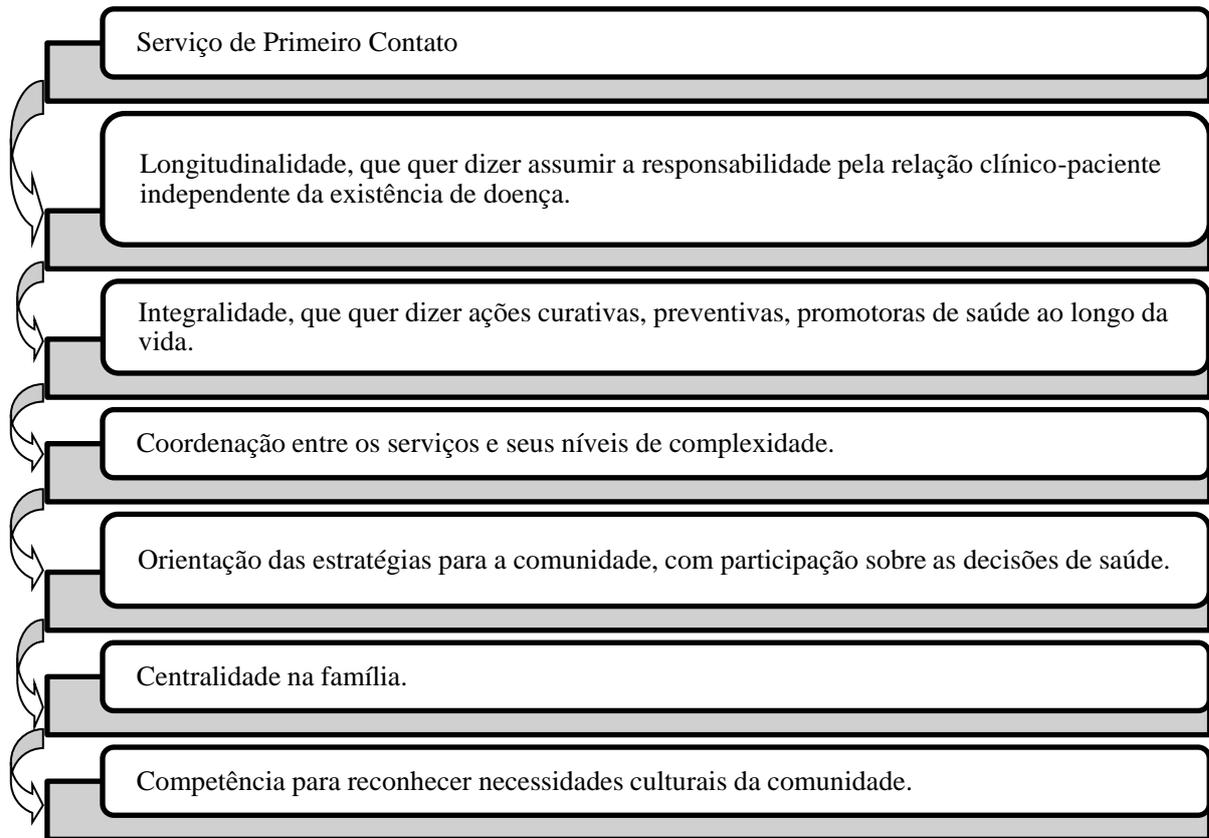
Essa ideia inicial de equipe multidisciplinar perdurou por algum tempo, devido à integração com os ACS, que, à época, já atuavam em campo, e à supervisão de enfermeiros, através do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); até que, dando prosseguimento às exigências de mercado, foi tensionada a presença central da figura profissional médica (ANDRADE *et al*, 2012).

Andrade (2012) ainda nos ressalta que, mesmo com os resultados expressivos de melhoria dos indicadores de saúde na população beneficiada pelo Programa, não se pôde generalizar o êxito ou o insucesso da estratégia. Isto porque:

a ESF encontrada nas mais diversas comunidades brasileiras é o resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar proposto e primeiramente financiado pelo governo federal. A nosso ver, essa diversidade de experiências da ESF nas cidades brasileiras é especialmente resultante da variedade de tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de apoderamento comunitário (ANDRADE *et al*, 2012, p. 811).

A seguir, caracterizamos os pilares que Starfield (2002) utiliza para conceituar APS, mas que, por afinidade, contribuem para conceituação também da ESF.

Figura 1 - Componentes que caracterizam um sistema de saúde baseado pela APS



Fonte: Adaptado da leitura do livro de Starfield (2002), capítulo 2.

A OPAS (2005) deixa claro que, para a construção, mas também para o seguimento de uma APS faz-se necessário que cada país desenvolva sua própria estratégia em consonância com a vivência de suas realidades política, econômica, administrativa e histórica do setor saúde. O Brasil atual é, contudo, um país composto por grandes centros urbanos (IBGE, 2013). Neste contexto, a espinha dorsal da ESF, que é promover saúde individual e comunitária, encontrou sérias barreiras.

Escorel *et al* (2007) investigou 17 equipes em dez capitais brasileiras com a ESF implantada. Este estudo revelou, a partir do acompanhamento de usuários aos serviços, a existência de barreiras de acesso decorrentes de horários inadequados e dificuldades em atender à demanda espontânea. Heimann *et al* (2011), em estudo realizado na Região Metropolitana de São Paulo, reconhece a ampliação da oferta e da cobertura das ações básicas de saúde através da ESF. No entanto, os autores detectaram vários desafios centrais que persistem para a ESF se constituir em estratégia organizadora do sistema, entre os quais a qualificação da atenção e da gestão, o desenvolvimento do sistema de referência e contrarreferência e a formação dos trabalhadores para APS.

Como dito em momento anterior, em Fortaleza, a quinta capital brasileira em urbanidade, segundo dados de 2014 do IBGE, a ESF deu lugar às redes de atenção à saúde, com enfoque máximo nas queixas agudas. Entende-se que a configuração tradicional para produzir assistência à saúde tem como centro o saber médico e uma clínica baseada no biológico, onde os processos de trabalho estão centrados no ato prescritivo, agindo mais como “produtores de procedimentos” do que “do cuidado” propriamente dito (MERHY, 1998).

Como vimos, a inversão do modelo de assistência pressupõe sensíveis alterações no modo de se conceber um novo jeito de agir em saúde. Precisa-se de um processo de trabalho multiprofissional e, mais do que isso, uma alteração nas tecnologias de trabalho usuais.

Peduzzi e Schaiber (2008) conceituam processo de trabalho como algo que diz respeito à dimensão microscópica do trabalho cotidiano, por conseguinte, a prática dos trabalhadores da saúde, dentro do cotidiano da produção e consumo dos serviços de saúde. As mesmas autoras ainda ressaltam que esta conceituação deve ser utilizada para as mais diferentes áreas que compõem o campo da saúde, de modo a permitir a abordagem de práticas sociais, para além de áreas profissionais específicas.

Mehry (1998) considera, nos seus estudos, que, para aplicação de ação sobre o sujeito e, desta forma, produção de saúde, nos utilizamos de tecnologias divididas em três dimensões: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves.

As tecnologias duras são representadas pelos equipamentos, maquinários e móveis que são utilizados para procedimentos na área da saúde. As tecnologias leves-duras seriam então aquelas que diriam respeito ao conhecimento científico, técnico e teórico do trabalhador da saúde para a geração do produto saúde.

Há uma outra tecnologia presente nos processos produtivos, chamada por Mehry de tecnologia leve. Esta surgiu da movimentação das relações entre profissionais, usuários, gestores, entre categorias profissionais e por considerar que o trabalho em saúde é todo relacional, de modo que ocorre sempre a partir do encontro entre sujeitos individuais e coletivos. As tecnologias leves se demonstram fundamentais na produção do cuidado, uma vez que são representadas por uma prática de produção de cuidado (MEHRY, 1998). Podemos dizer que as tecnologias leves de produção de cuidado se manifestam no diálogo entre pacientes e profissionais, na esteticidade da forma de cuidar, na afetividade da escuta e no respeito mútuo às culturas.

Com esses conceitos em mente, me vieram algumas perguntas: *como o trabalhador da APS percebe o seu trabalho como produção de cuidado? Que ações e*

*relações se realizam no cotidiano de trabalho, no tocante ao cuidado de sujeitos? Como o trabalhador da saúde se relaciona com a produção de cuidado no seu espaço/tempo de trabalho? Neste contexto, de acordo com as definições de Franco (2006), a respeito do agir cotidiano dos sujeitos na relação entre si e no cenário em que se encontram, me questiono, ainda: qual o conhecimento que esse trabalhador teria sobre a existência do movimento relacional promotor de atos de cuidar?*

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Geral

Investigar os processos de trabalho desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde, à luz das relações de trabalho e produção de cuidado.

#### 1.3.2 Específicos

- a) Verificar como o trabalhador se percebe como produtor de saúde, na APS;
- b) Analisar os princípios e valores implicados na produção de cuidado em APS.
- c) Identificar potencialidades e situações limites no desenvolvimento do trabalho na APS.

## 2 O TRABALHO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: FORMAS DE ORGANIZAR PROCESSOS DE TRABALHO

O Brasil atravessou diversas formas de organizar e orientar as ações e serviços de saúde desde a sua formação. No início do século XX, com o reforço da concepção da multicausalidade das doenças, promoveu-se o modelo de medicina sanitarista, com a ampliação da intervenção do Estado sobre o meio ambiente e sobre os corpos. Não foi à toa, diante de intervenções tão veementes, que obtivemos a Revolta da Vacina e o surgimento das comunidades alocadas em morros no Rio de Janeiro para afastar as doenças do centro da capital federal à época (PAIM, 2013; GIOVANELLA, 2013).

Paralelo a este modelo, surgiu o modelo médico-hegemônico, cujas atividades de saúde são voltadas para a clínica, baseadas em procedimentos e serviços especializados. Segundo Paim (2013), é um modelo muito prestigiado pela mídia, pela categoria médica, por políticos e pela população medicalizada. Seu objeto é a doença ou o doente, seu agente é o médico, sobretudo o especialista, seus meios são as tecnologias médicas e a principal forma de organização do serviço é o hospital. Podemos dizer que, embora haja todo o esforço em desconstruir este modelo, ele permanece ainda vigente sob muitos aspectos.

O movimento sanitário brasileiro entrou neste contexto em busca de, em princípio, suscitar um debate acerca do acesso universal aos serviços de saúde para todo indivíduo. Este foi o momento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e da busca pela promulgação das bases do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que, *a posteriori*, mas em breve, serviria como molde para o SUS. Dessa maneira, o modelo de atenção biomédico e hospitalocêntrico foi fortemente criticado e os modelos de atenção primária à saúde e de promoção da saúde passaram a ser defendidos (PAIM, 2013; TEIXEIRA, 2002).

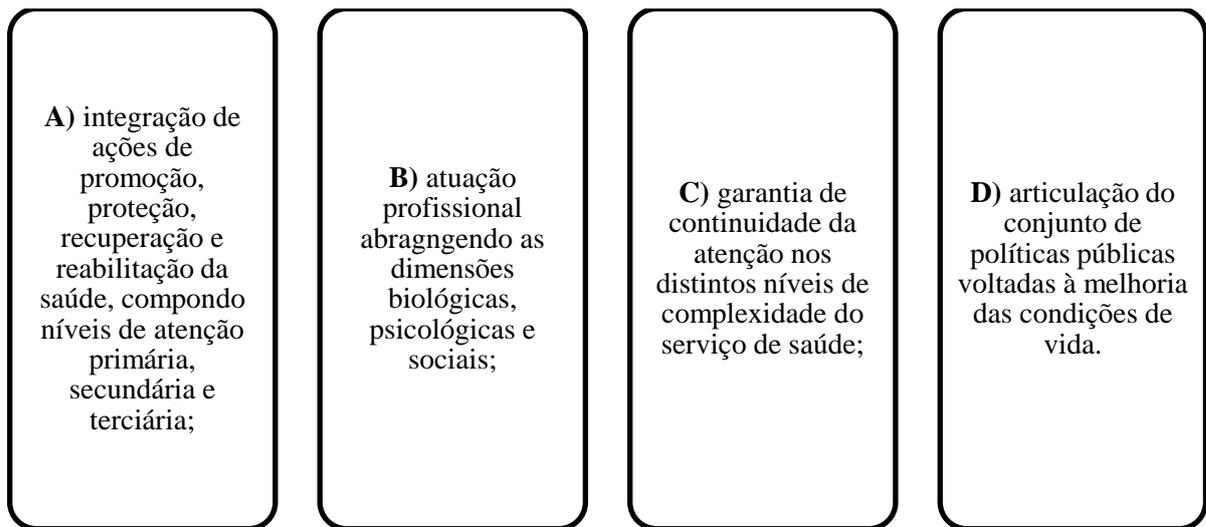
Diante do avanço dos gastos do Estado com promover assistência médica, a comunidade científica começou a enfatizar que determinados estilos de vida e formas de organização do meio ambiente seriam mais determinantes no perfil epidemiológico de uma comunidade que a capacidade de receberem assistência médica (TEIXEIRA, 2002).

A Carta de Ottawa, de 1986, reforçou o surgimento do modelo com enfoque na promoção da saúde quando enfatizou que as condições para se ter saúde são: a paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Estes seriam os determinantes da saúde. Dessa forma, a promoção da saúde viria a

garantir que as ações políticas sociais e de saúde fossem direcionadas mais para criar meios que permitissem às pessoas a desenvolver por completo os seus potenciais de saúde.

Percebe-se fortemente a presença do conceito de promoção da saúde num dos pilares do SUS: o princípio da integralidade.

Figura 2 - Conceito de integralidade dentro da estratégia SUS



Fonte: Adaptado de Giovanella (2013).

Tendo em vista a integralidade, iniciou-se no Brasil pós-Constituição de 1988 um processo de organizar modelos de prestação de serviços de saúde — centros de saúde, policlínicas, hospitais — e formas de organizar processos de prestação de serviço — atendimento à demanda espontânea, oferta programada, vigilância em saúde, adscrição territorial (PAIM, 2013).

Outro princípio norteador do SUS também se fez presente ao se pensar na organização do serviço: a descentralização/municipalização. Este princípio responsabilizou os municípios como gestores plenos dos recursos da saúde, mas também reconheceu suas capacidades de organizar, coordenar, negociar, planejar, controlar, avaliar e auditar a saúde local. Foi o SUS, dando conta de que as diversidades econômicas, sociais, climáticas e culturais que potencializam e limitam as ações de saúde no Brasil.

MATTOS (1999) nos leva a compreender que a descentralização implementada pelo SUS gerou uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde, diferentes entre si quanto à provisão de serviços do SUS, quanto às configurações de rede adotadas e quanto à participação no setor privado, fatos que influem grandemente nos modelos gerenciais e na sua diversidade. Sabemos, então, que o município de Fortaleza, como qualquer outro município

do país, detém a gestão plena do serviço de saúde em atenção primária à saúde. Portanto, tem a responsabilidade de operacionalizar o atendimento em saúde do município.

Classificamos então, baseado na leitura de Paim (2013), que Fortaleza vem utilizando o modelo de atenção gerenciada da saúde. Se observarmos criticamente onde se funda o modelo de atenção atual do sistema municipal, iremos visualizar que dialogam a base econômica — de análise de custo-benefício e custo-efetividade das ações de saúde — e a medicina baseada em evidências,<sup>4</sup> o que leva à construção de um modo de produção de cuidado centrado em atores sociais distintos: financiadores, provedores, consumidores do serviço de saúde, administradores e captadores de recurso.

O uso de protocolos assistenciais adquiriu grande relevância na gestão do modelo atual em Fortaleza. Com a meta de realizar estratificação de risco de 100% das gestantes, 40% dos hipertensos, 30% dos diabéticos e 100% das crianças menores de dois anos, a Secretaria Municipal de Saúde acredita que irá gerar um relatório gerencial de assistência a esses grupos elencados como prioritários (FORTALEZA, 2014).

Nossa crítica aqui se fundamenta no fato de que acreditamos que o modelo de atenção gerenciada preserva muitas características do modelo biomédico, especialmente por tratar o processo saúde-doença como mercadoria, fortalecer o biologicismo e a subordinação dos consumidores/usuários ao sistema de saúde. Entendemos que essa atenção gerenciada da saúde atende aos interesses do capital financeiro no setor saúde porque reduz custos, direcionando as ações de saúde curativas para onde são solicitadas pelos protocolos estabelecidos e gera efêmera efetividade. Mehry (2014) fortalece a nossa opinião ao dizer que este modelo tende a atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato na sua capacidade de produzir cuidado.

## 2.2 TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Inicialmente, para falarmos de trabalho em saúde, precisamos compreender alguns aspectos acerca dos modos de produção do trabalho na perspectiva histórica. Dessa maneira, vemos o modelo de produção industrial, que teve início exitoso na Inglaterra do século XIX, ter sua ampliação com o surgimento do modo de desenvolvimento americano de produção industrial em massa, também chamado de fordismo. Consolidado pelos americanos no pós-

---

<sup>4</sup> Para esclarecer, a medicina baseada em evidências tem o enfoque de suas ações de saúde e vigilância na epidemiologia clínica, na informática e na bioestatística, propiciando a sistematização e a informatização dos conhecimentos em ciência da saúde para orientar a tomada de decisão clínica. Tem como propósitos fundantes a racionalização dos custos e a redução de erros. Apoiar-se em protocolos, consensos, meta-análises e guias.

Primeira Guerra, o modelo vigente entrou em crise econômica e política, por volta dos anos 1960 (PIRES, 1996). Este contexto temporal coincide com o milagre econômico brasileiro e o acirramento pelas lutas pró-redemocratização.

Esta crise, bem localizada nos países centrais do mercado produtor, levou ao surgimento de estratégias para elevar o consumo de bens e serviços, a produtividade e o comércio (PIRES, 1996). Para se adaptar, o mercado exigia uma mudança na postura dos países por meio de programas de transferência de renda, sutil distribuição de renda aos assalariados e promoção de um breve acesso aos elementos de desenvolvimento econômico. Este momento serve, então, como um marco para o avanço do setor serviço no mercado mundial.

O setor de serviços inicia suas atividades com a aplicação no trabalho de princípios tayloristas, como gerência científica, estudos sobre o tempo de execução de tarefas, registro de quantidades de trabalho realizado, rotinização, ambiência e divisão parcelar do trabalho. Apesar de o setor de serviços não estar diretamente relacionado com a produção material industrial, a tendência foi aplicação de uma mesma racionalidade, tendo em vista que o trabalhador deste setor produtivo também não detém igualmente nem independência econômica nem ocupacional e não tem acesso algum aos processos de trabalho que levam à execução do serviço (RIBEIRO *et al*, 2004).

No momento em que a demanda pelo setor econômico referente aos serviços se eleva no Brasil, afeta diretamente a produtividade do trabalho neste setor. Com o acréscimo da demanda por serviços, afetam-se as relações de trabalho no setor saúde. Segundo Pires (1996), o setor saúde é parte destes serviços e compartilha, com o setor terciário da economia um processo produtivo semelhante, embora contenha algumas características específicas.

RIBEIRO *et al* (2004) alertam ainda que há uma distinção importante do setor serviço de outros: a dificuldade de planejamento de custo/benefício. Ora, dizem os autores, essa dificuldade vem da incerteza de quando as necessidades serão demandadas, uma vez que os serviços precisam estar à disposição da sociedade. Exemplo claro disso é a demanda pelos serviços de atenção à saúde.

Dessa forma, vemos o desenvolvimento de um modo de produção hegemônico que interfere no modelo de organização do trabalho em saúde. Pires (1996), em sua tese, nos fala que não se trata apenas de uma opção técnica, mas de todo um desenvolvimento econômico, organizacional e cultural das forças produtivas que dão forma ao modo de produção do setor. O estudo de Pires (1996) quer afirmar que o trabalho em saúde, apesar de fortemente caracterizado pelos atos produtores de cuidado — e, por isto mesmo, relacionais

—, ainda assim, tem sofrido influência dos modos de organização produtiva da economia para se tornar mais mecanizado.

Mehry (2014), ao tecer uma crítica ao estudo de Pires, já que estava em sua banca examinadora da tese, afirma que esta reestruturação produtiva da saúde surge não só através da entrada de modelos marcados pela tecnologia de equipamentos, mas por uma gestão de processos de trabalho mecanizadores da mão de obra. Afirma ainda estar em consonância com o modelo hegemônico vigente. O autor quer destacar que, muito além das tecnologias de maquinário são as tecnologias de encontro — os processo relacionais dos atos de saúde — que se encontram transfixadas pelas exigências da economia de mercado.

Pires (2000) retoma o assunto “trabalho em saúde” para trazer uma definição mais definitiva sobre modos de produção no setor saúde. A autora apresenta que:

[...] o trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor serviços. É um trabalho da esfera da produção não material que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável. O produto é indissociável do processo que produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 2000, p. 255).

Com essa compreensão, podemos nos sentir implicados na busca por alternativas anti-hegemônicas com relação ao projeto de serviço de saúde imbricado em comercialização e mercadologia de processos. As lutas agora se direcionariam mais apropriadamente para a organização de processos de trabalho democráticos, com partilha dos processos decisórios e compromisso com a lógica usuário-centrada.

Enquanto isso, observamos modelos de atenção e de gestão dos serviços de saúde que reduzem a capacidade decisória do trabalhador (SANTOS-FILHO, 2007). Acreditamos que esta pouca governabilidade de suas ações implica redução de sua autonomia e percepção de pertença ao trabalho, porém atende aos valores do modelo produtivo.

O modelo vigente nos serviços de saúde, na prática, operacionaliza a manutenção de atividades curativas, mecanizadas, que valorizam as especialidades médicas e são cada vez mais dependentes de tecnologias de maquinário, atendendo, assim, a interesses macroeconômicos legitimados pela mídia. Campos (1997) denunciou, ainda, que o trabalho das equipes de saúde sofria influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, orientadas pela crença ingênua de padronizar o conjunto total do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde é algo que só tem sentido quando criado no campo do que é coletivo e, portanto, longe de homogeneizações. É praticado por uma multiplicidade de categorias profissionais que realizam atividades necessárias para a manutenção da esfera institucional (AZEVEDO, 2013).

Na legislação vigente, o Brasil demonstra coerência com a fundamentação teórica democrática através da efetivação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), cuja redação mais recente data de 2011. A PNAB surgiu como forma de fomentar a APS como instrumento promotor da integralidade das ações de saúde no país de forma regular. Para tanto, a PNAB versa a respeito das formas de acesso aos serviços de saúde, a respeito das garantias de saúde aos usuários, mas também a respeito da organização dos processos de trabalho na APS, de modo a garantir êxito na prestação do cuidado.

Especificamente quanto ao trabalhador da saúde, a PNAB se destaca por tratar da qualificação da mão de obra como forma de prestar o melhor serviço ao usuário. Ressalta que a educação permanente é uma vertente de extrema importância para a promoção e consolidação do trabalho exitoso na APS.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante 'estratégia de gestão', com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá 'no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho' (BRASIL, 2011, p. 39).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) afirma que a educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição e atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parta dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas cotidianas reflexivas. Trata-se, portanto, de uma iniciativa voltada para a formação em serviço, mas que permita ao trabalhador poder decidir e reafirmar sua prática de maneira coletiva e cotidiana, configurando um processo de trabalho no qual tenha voz ativa. Uma educação permanente, propõe a PNAB, que deva ser eminentemente emancipatória.

A PNAB traça, então, importante estratégia para promover a educação do trabalhador em serviço. Acreditamos que foi pensada para dar corpo a dialogicidade e promoção da capacidade decisória do trabalhador da saúde em seu espaço de trabalho. Contudo, Fertoni *et al* (2015) nos alertam em sua pesquisa que é preciso voltar os olhares para o processo de formação do trabalhador ainda na academia. Os autores afirmam que o

modelo biomédico hegemônico tem influenciado a formação dos profissionais de saúde desde a graduação, além de orientar a organização dos serviços de saúde e direcionar a produção do conhecimento em saúde. Estes fatos têm origem, segundo os autores, na publicação do Relatório Flexner, em 1910, no Estados Unidos, que reforça o paradigma cartesiano para orientação das ciências da saúde.

Consideramos que muito do que o trabalhador aprende e conhece do seu trabalho é vivenciado no cotidiano. No dizer de Freire (2010), é um saber de experiência feito. Este saber, segundo o mesmo autor, que resulta, de início, de uma curiosidade ingênua, pode vir a criticizar-se e aproximar mais metodicamente do seu objeto de estudo, para, superando-a, gerar uma curiosidade epistemológica. Muda, portanto, de qualidade, mas não de essência.

Para Freire (2010), é com este rigor crítico epistemológico, mas baseado no saber de experiência feito, que podemos nos defender dos excessos produzidos pelo nosso tempo altamente tecnologicado. Porém,

não vai nesta consideração nenhuma arrancada falsamente humanista de negação da tecnologia e da ciência. Pelo contrário é consideração de quem, de um lado, não diviniza a tecnologia, mas, de outro, não a diaboliza. De quem olha ou mesmo a espreita de forma criticamente curiosa (FREIRE, 2010, p. 32).

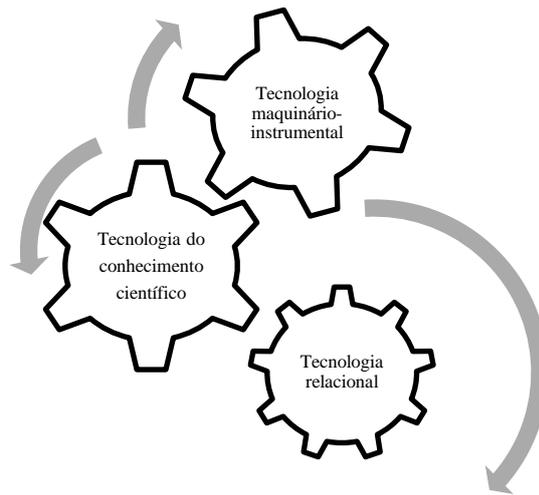
Isto nos remete ao fato de que o trabalho em saúde detém uma tecnologia singular de produção de cuidado. Quando o usuário se apresenta com um problema de saúde, o trabalhador da saúde acessa o espaço de adoecimento do outro e, com seu conhecimento científico, mas também com criticidade, criatividade, disponibilidade e dialogicidade, propõe a construção de uma terapêutica que permita o enfrentamento ao adoecimento.

O trabalho em saúde é processual e só é possível mediante o encontro. Dizemos que o trabalho em saúde é processual porque requer etapas para elaboração do produto saúde, analogicamente como no processo de produção industrial. O trabalhador da saúde deve portar um conhecimento científico e executar tarefas de modo a produzir saúde, seja para o indivíduo, seja para as coletividades. Não se pode, contudo, deixar de dizer que o trabalho em saúde é eminentemente relacional. Brasil (2005, p. 69) reforça que “esse encontro é permeado pela dor, o sofrimento, os saberes de saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos trabalhador e usuário”.

Com isto em mente, apreendemos que, para a produção efetiva e afetiva do cuidado, o trabalho em saúde deve fazer uso de equipamentos e de conhecimento científico, mas fundamentalmente da tecnologia das relações. Mas essas relações não são como outras

quaisquer. Precisam se estabelecer no sentido de produzir assistência e cuidado em saúde. Percebemos, desse modo, que há uma engrenagem abstrata da produção de saúde que nos permite visualizar como se estabelece o ciclo do cuidado.

Figura 3 - Engrenagem da produção de cuidado



Fonte: Adaptado de Mehry (2014) e Brasil (2005).

Com a literatura (PIRES, 1996; ESCOREL, 2007; MEHRY, 2014; FEUERWERKER, 2014), observamos o avanço das tecnologias que envolvem conhecimento científico e de equipamentos, em detrimento das relações produtoras de saúde. Isto enferruja as engrenagens e dificulta a circulação das atividades produtoras de saúde.

Significa dizer que, em muitos casos, o trabalhador valoriza (ou é levado a valorizar) mais o instrumental, a anamnese e o protocolo de atendimento do que a escuta e o diálogo com o usuário. Mehry (2014) nos fala que, no momento em que o trabalhador segue um roteiro de entrevista do usuário, recorre aos seus arquivos mentais para produção de diagnóstico e faz uso de instrumentos para gerar terapêutica. O trabalhador da saúde estaria, então, produzindo trabalho morto. Isto reduz sobremaneira o campo de cuidado aos usuários.

Porém, o que torna o trabalho vivo, ainda segundo Mehry (2014), é o ato da atividade produtiva, dialógica e interativa da saúde. É quando o trabalhador se permite a, junto com o usuário, criar uma terapêutica inventiva, singular e participativa. O usuário passa a ser protagonista do seu processo de adoecimento e cura. Mehry (1998) nos fala que, na verdade, é a partir do protagonismo de cada sujeito, individual ou coletivo, na cena da produção da saúde, que se produz o cuidado de fato. Este é, portanto, o lugar da micropolítica.

A micropolítica é o espaço/tempo em que se permite a manifestação da subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo, em destaque o trabalhador da saúde e o usuário (BRASIL, 2005).

Recapitulando, o indivíduo que procura o produto saúde precisa do trabalho do trabalhador da saúde. Há modos de produzir saúde, através do uso equilibrado entre trabalho vivo e trabalho morto. Mehry (2014) sugere que o trabalho vivo em ato não pode, no decorrer do processo de trabalho, se desgarrar do trabalho morto, mas pode comandá-lo, questioná-lo e implicá-lo no sentido de reinventar a lógica produtora de cuidado. O equilíbrio entre o aproveitado do trabalho vivo e do trabalho morto, segundo Franco (2013), depende da própria postura do trabalhador frente ao seu trabalho. Aqui colocamos que, para isto, o trabalhador deve possuir certa autonomia sobre seus processos de trabalho, a fim de decidir o modo mais adequado de empregar assistência.

Porém, a literatura evidencia desarticulação entre os trabalhadores da saúde e os elementos dos seus processos de trabalho. Alertam que há uma tendência na gestão atual de adotar políticas de desproteção do trabalho e do trabalhador e que esta tendência, no caso da saúde, interfere diretamente nos processos de cuidado (SCHRAIBER, 1999; JUNQUEIRA *et al*, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2012; NUNES *et al*, 2014). Esse panorama nos convida à reflexão sobre o cuidado à saúde que deve acontecer na perspectiva do encontro entre profissional de saúde e usuário. Pressupomos que deve haver o deslocamento da força curativista que se produz e reproduz no cotidiano dos serviços de saúde para a construção do momento importante de apreensão das necessidades do usuário do SUS, que não se reduzem à prevenção de doenças e controles de agravos.

Assim como Campos (1997), nos posicionamos em defesa de uma radical autonomia de profissionais e instituições administradoras de recursos humanos para potencializar o trabalho em saúde. O autor se refere à aposta na corresponsabilidade dos sujeitos e na gestão participativa dos serviços de saúde de maneira essencial para reaproximar o trabalhador do resultado de seu trabalho.

Foi possível pensar, por meio deste estudo, que é fundamental ao trabalhador da saúde contemplar a visão crítica e epistemológica de seus processos de trabalho como produtores de cuidado; que estes profissionais precisam ciclicamente perceber as situações limitantes do seu trabalho, mas que possam descobrir potencialidades de trabalho vivo em ato.

### **3 DESENHO METODOLÓGICO**

#### **3.1 PERCURSO METODOLÓGICO**

A pesquisa surge de uma indagação, um questionamento, acerca de algo que provoca o pesquisador e dispara debates em seu plano imaginário e ideológico. Surge de sua inserção num contexto real e produtivo. Surge, ainda, da identidade entre sujeito e objetivo de investigação.

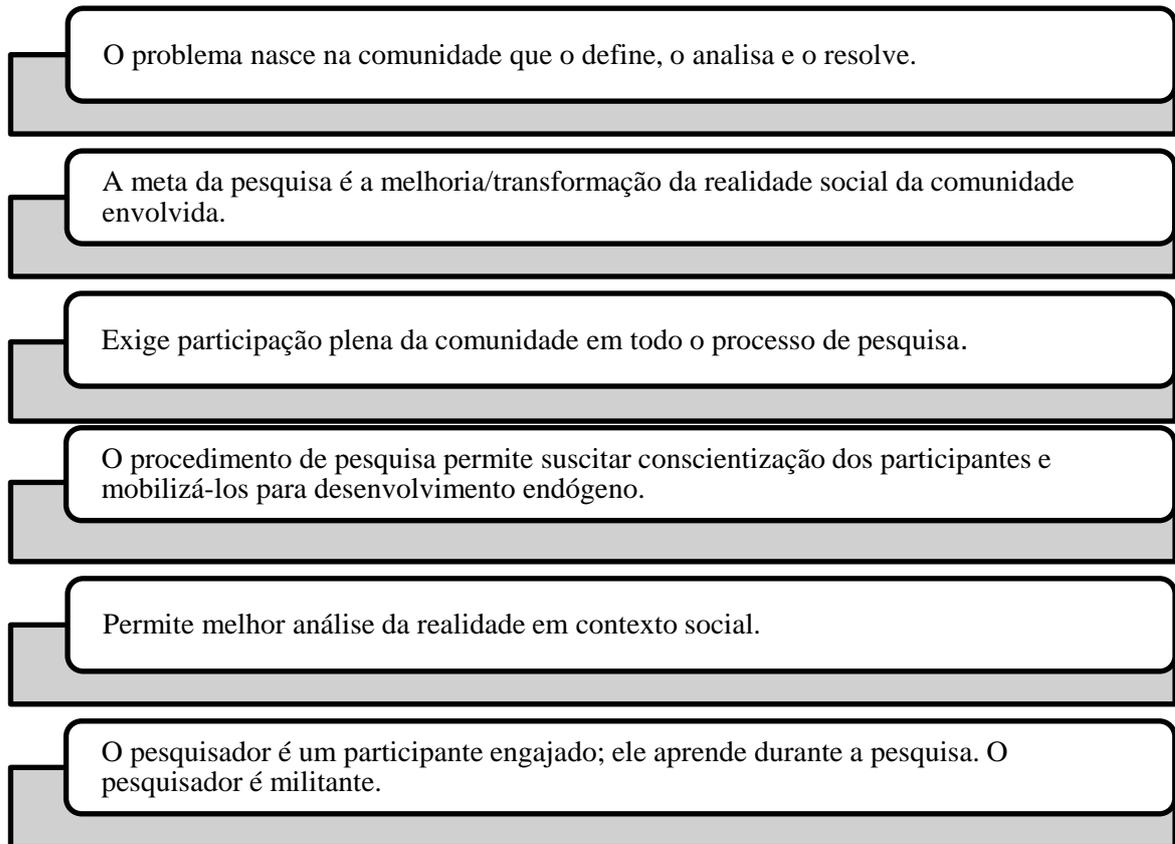
Em Minayo (2010), apreendemos que a pesquisa é motivada pela relação entre sujeito investigador e sujeito investigado, implicados no processo de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento, no qual estão historicamente conectados. Para esta pesquisa, a qual nos dispusemos investigar os processos de trabalho e produção de cuidado na APS, nos pareceu coerente o uso da pesquisa qualitativa, com enfoque na pesquisa-ação.

A pesquisa qualitativa nos é descrita por Minayo (2010) como sendo o tipo de pesquisa que faz uso de métodos de investigação qualitativos. Desta maneira, o uso destes métodos nos permite compreender a lógica de grupos, instituições e atores quanto a valores culturais, discursos, perfis construídos social e historicamente, relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais e, ainda, processos históricos, sociais e de implantação de políticas públicas e sociais.

A pesquisa-ação, por sua vez, é uma linha de pesquisa, dentro da abordagem qualitativa, que visa a promover intervenções e aplicabilidades sobre diversas formas de ação coletiva e é orientada no sentido da resolução de problemas ou, ainda, na transformação de campos de atuação. Thiollent (2004) defende a pesquisa-ação definindo-a como uma proposta metodológica capaz de responder com maior eficiência aos problemas do pesquisador e, de maneira particular, formular diretrizes de ação transformadora daquela realidade. Trata-se de organizar a busca de soluções aos problemas reais. Thiollent (2004) afirma que, para se trabalhar no formato da pesquisa-ação, os pesquisadores e os participantes devem estar envolvidos cooperativa e participativamente.

Outra estudiosa da pesquisa-ação, Barbier (2007) estabelece critérios didáticos que definem uma pesquisa ação, como veremos na figura esquemática a seguir.

Figura 4 - Critérios para definição de uma pesquisa-ação, segundo Barbier (2007)



Fonte: A pesquisa-ação, volume 3, René Barbier (2007, p. 61).

Importante, contudo, salientar que a pesquisa-ação como procedimento metodológico tem um alcance limitado a grupos de trabalho e coletividades de pequeno a médio porte. A proposta de nosso estudo casou com a pesquisa-ação porque, durante a própria coleta das falas, fomos levados a compreender que o coletivo de trabalhadores daquela Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) é um movimento fortemente implicado e militante, comprometido com a discussão da práxis e aplicação de ações que visem à qualificação da atenção prestada, bem como à melhoria das suas condições de trabalho, com resultado direto na produção de cuidado.

### 3.2 A BUSCA DAS PALAVRAS E DO ENCONTRO COM O OUTRO

Segundo Barbier (2007), a pesquisa-ação nasce de um contexto de grupo em crise, onde o pesquisador não a provoca, mas constata-a e seu papel consiste em ajudar a coletividade a definir os detalhes pertinentes ao problema por meio de tomada de consciência dos atores envolvidos no problema, através de ação coletiva.

A pesquisa-ação visa a auxiliar na promoção de mudança desejada/necessária e pressupõe percepção crítica tanto por parte dos sujeitos investigados quanto dos sujeitos investigadores dos problemas próprios e dos fatos que os determinam para estabelecer os objetivos e as condições de pesquisa (CHIZZOTTI, 2006). Nos propusemos, então, a, neste estudo, contribuir para a tomada de consciência dos sujeitos desta pesquisa. Através deste exercício de percepção e auto compreensão, foi possível apreender mais da fala emancipada e autônoma destes sujeitos, contextualizar e problematizar para a tomada de consciência e gerar aprendizagem, autonomia e emancipação.

Nessa direção, a pesquisa-ação é considerada eminentemente pedagógica e política. Ela serve à educação do homem, do trabalhador, preocupado com seus espaços coletivos (BARBIER, 2007, p. 19).

[a pesquisa-ação] serve por excelência à categoria da formação, quer dizer, a um processo de criação de formas simbólicas interiorizadas, estimulado pelo sentido do desenvolvimento do potencial humano.

Para a realização da pesquisa-ação, adaptamos um elemento nuclear do método freiriano de alfabetização de adultos: o círculo de cultura.

### **3.2.1 Conhecendo o círculo de cultura**

Chamamos de círculos de cultura uma estratégia de formação alfabetizadora de jovens e adultos que emergiu na década de 1960. O criador da estratégia didática, Paulo Freire, ansiava por uma educação para a decisão, responsabilidade social, participação política e com a prática da liberdade, título este de um de seus livros (FREIRE, 2014c). Imaginou o autor estruturar uma didática de ensino que pudesse substituir a escola tradicional disciplinarizante e infantilizadora por uma engrenagem de circulação e apropriação do conhecimento pela conquista da linguagem (WEFFORT, 2014).

A conquista da linguagem estava, então, sendo anunciada como um momento de dar-se conta das palavras, dos signos e significados, mas também e, principalmente, daquilo que realmente queriam dizer ou escrever. Weffort (2014) nos ajuda a compreender o mote dos círculos de cultura quando diz que os participantes não são uma minoria de aristocratas dedicada à especulação, mas homens e mulheres do povo. Compreendemos que, para estes homens e mulheres, as palavras têm vida, porque dizem respeito ao seu trabalho, à sua dor, à sua fome e aos seus modos de viver e entender a vida.

O contexto histórico brasileiro de quando esta estratégia de ensino-aprendizagem foi aplicada era marcado pelo posicionamento antidemocrático e alienante das mais diversas instituições. A situação de pobreza extrema da população dificultava a compreensão da relevância da educação como alavanca para a quebra do ciclo da pobreza. A situação política e econômica da época em que Paulo Freire questionou as formas de agir pedagógico havia incorporado (como hoje, inclusive) na força de seu discurso ideológico a operacionalização de uma prática pedagógica orientada pelo individualismo e pela competitividade.

Deixando de lado a postura de espectador, menos através de textos de estilo acadêmico e mais como denúncia do mal-estar produzido pela ética própria do mercado implicada na dominação e automatização dos sujeitos, Freire (2010) anunciava a solidariedade enquanto compromisso histórico das pessoas e também como forma de luta para superação da dura realidade imposta. Suas ideias ganharam força com a expansão do movimento popular brasileiro em busca da redemocratização, que, por sua vez, emergiu das interações sociais, nas quais homens e mulheres problematizavam a realidade e, à medida que ia desvelando-a, se empoderavam para transformar as relações sociais de dominação (SOUZA *et al*, 2014).

De início, a meta era a alfabetização de jovens e adultos. Havia uma urgência fortemente relacionada a este determinado momento histórico para que se pudesse atacar de frente o analfabetismo, situação muito identificada com recorte de classe social. Dessa maneira, o trabalho de alfabetização por meio dos círculos de cultura, incentivado por pilotos realizados na educação básica da Prefeitura de Recife, nos anos 1910, foi primeiro realizado na cidade de Angicos, Rio Grande do Norte, para depois ser teorizado nos textos acadêmicos. Ainda sensível aos abismos sociais brasileiros, Paulo Freire priorizou a aplicação da estratégia na região Nordeste do Brasil, notadamente a região mais pobre até o nosso tempo, como podemos avaliar diante do fato de que o IDH do Nordeste, em 1970, só chegava a 0,47 (IBGE, 2014).

O IDH é o Índice de Desenvolvimento Humano e corresponde, a longo prazo, a uma medida resumida do progresso, de um país, estado, cidade, em três dimensões básicas: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Sua variação é de zero a 1, sendo que, quanto mais desenvolvido, mais próximo de 1; e quanto menos, mais próximo de zero. De lá para cá, o IDH da região Nordeste evoluiu para 0,68 (IBGE, 2014).

É possível reconhecer a sensibilidade de Freire na construção de sua estratégia de ensino. Uma vez formados os educadores no círculo de cultura, despertara neles também uma dimensão cada vez mais estética do seu trabalho, o que não poderia ser diferente. A beleza que havia na estratégia da atividade era marcada pelo respeito à liberdade dos educandos, que jamais eram chamados de analfabetos, mas sim de alfabetizandos (WEFFORT, 2014). Estes eram identificados como sujeitos com potencialidades que acumulavam um saber prévio, um saber da experiência.

Diante da necessidade de formação de educadores facilitadores da sua atividade de ensino aprendizagem que logo deixaria de lhe pertencer para ganhar o mundo, Freire (2010) considerou alguns saberes indispensáveis para prática docente de educadores críticos. Para o autor, ensinar exige rigorosidade metódica, pesquisa e criticidade para que possamos nos considerar aptos à produção do conhecimento. Exige também ética e estética, no sentido de decência e boniteza andarem juntos no caminho contrário a desvios fáceis e de ausência de cuidado. Exige corporificação das palavras pelo exemplo. Exige risco, aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação; afirma a importância do reconhecimento da identidade cultural das pessoas e dos grupos de pessoas (FREIRE, 2010).

Freire (2010) afirmava que ensinar não era um ato de transferir conhecimento. Acreditava o autor que o saber que havia na prática docente aproveitava o saber de experiência feito do educando, tornando-o implicado na reflexão crítica. Havia a esperança de que estes alfabetizandos se tornassem multiplicadores da prática do círculo de cultura. Não obstante, foi exitoso este esperar porque milhares de trabalhadores foram alfabetizados em poucos meses e milhares de jovens foram preparados para a tarefa de educadores.

O educador (ou o coordenador do círculo) não exercia as funções de professor, mas de disparador de diálogos entre os alfabetizandos. No método de ensino, seria possível reconhecer algo da maiêutica socrática, pois, tal como em Sócrates, a conquista do saber se dava pelo exercício tanto livre quanto possível das consciências (FREIRE, 2014a).

Destacamos a relevância desta tomada de consciência como mote da pesquisa-ação a que nos propusemos realizar. Em uma fala colhida nas experiências de círculos de cultura em Santiago, Chile, uma certa mulher, moradora de um cortiço, disse: “Gosto de discutir sobre isso, porque vivo assim. Enquanto vivo, porém, não vejo. Agora sim, observo como vivo” (FREIRE, 2014a). Da mesma maneira, ousamos permitir que o trabalhador da APS possa discutir suas vivências no trabalho para, então, se enxergar vivendo e fazendo este trabalho.

O ponto de partida para o trabalho em círculo de cultura estava em reunir até 25 educandos para estabelecer um grupo de trabalho ou debate. Seu interesse central aqui é o debate da linguagem no contexto da prática social livre e crítica, que não pode se limitar às relações internas do grupo, mas deve se apresentar como tomada de consciência que se realiza de sua situação social (WEFFORT, 2014).

De início, cabe ao educador apresentar algumas imagens, sem palavras, para que se propicie o debate sobre as noções de cultura e de trabalho. A meta não é atingir a elucidação de conceitos, mas que os participantes se reconheçam nos transcurso da discussão. Este debate prévio à alfabetização abre os trabalhos e inicia a tomada de consciência.

A primeira etapa do processo de alfabetização corresponde à investigação do universo vocabular, a partir do qual são extraídas palavras geradoras que emergiram do debate acerca das figuras trazidas pelo educador. A etapa seguinte corresponde à tematização. As palavras geradoras são codificadas e decodificadas pelo educador ou partícipe atuante no processo, a fim de buscar a consciência do saber vivido e da possibilidade de agir criticamente sobre essas experiências. Sucede-se, então, a etapa da problematização. Esta é a etapa em que os participantes irão discutir os problemas surgidos da observação da realidade e buscar em conjunto as contradições e explicações que ajudem a superá-la (FREIRE, 2014b). Para Melo e Dantas (2012), a problematização representa um momento decisivo da proposta e busca superar a visão ingênua através de uma perspectiva crítica, capaz de transformar o contexto vivido.

O debate tem como foco os problemas comuns. No momento seguinte, acontecia a identificação de situações-limite que dificultavam seus modos de vida e o fazer seus trabalhos, mas também não se encerrava o círculo de cultura sem antes identificar as potencialidades e êxitos advindos desse processo de reflexão da práxis (WEFFORT, 2014). Nesse contexto, as pessoas participantes do círculo de cultura vivenciam experiência de democratização das formas de pensar, das linguagens, das formas de vida, dos jeitos de levar a vida e seus trabalhos.

### **3.2.2 A interface do círculo de cultura e do campo da saúde**

No mesmo espaço-tempo histórico em que tomam praça os movimentos sociais e a busca pela democratização da educação, surge o movimento de reforma sanitária brasileira que almeja trazer à discussão a democratização do acesso à saúde de qualidade. Várias frentes

populares, quais sejam, sindicatos, movimentos de cultura popular, comunidades eclesiais de base, começavam a colocar a classe média em real contato com o povo (WEFFORT, 2014).

Destas maneiras, este mesmo autor identificou a criação um conceito geral chamado de atmosfera ideológica em vários setores da sociedade, não diferentemente na área da saúde. A reforma sanitária surgiu nesse contexto de lutas e a expressão foi cunhada para se referir ao conjunto de mudanças necessárias ao setor saúde da época. Como na educação, estas mudanças não alcançavam apenas progresso do sistema de saúde, mas também melhoria das condições de vida da população. Por isso, ganharam força os pensadores da reforma sanitária que vinham das bases e da academia, através das conferências de saúde desde o nível local até a nacional.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, já traz para o crescente processo de redemocratização a clareza do que a sociedade almejava para a saúde, tendo incluído considerações importantes inclusive na nascente Constituição Federativa de 1988. Este momento histórico de efervescência democrática contribuiu para a instituição no Brasil do direito à saúde aos cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, no momento da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões consolidadas na VIII Conferência de Saúde e concretizadas na Constituinte ofereceram à população brasileira a possibilidade de efetivação e fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2011).

De acordo com Muller Neto e Artmann (2014), a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde possibilitou a participação da sociedade na definição das políticas de saúde, constituindo um princípio norteador da organização do sistema público no Brasil. Esse princípio foi incorporado como norma constitucional e legal na configuração do Sistema Único de Saúde no país, na forma de conselhos e conferências de saúde em todas as esferas de governo. As conferências municipais de saúde são vistas por atores sociais da esfera pública sanitária como espaços públicos fundamentais e efetivos no sentido de promover a cidadania e a democracia e como controle da sociedade sobre a gestão pública da saúde.

Marcado pela participação popular, o SUS nasceu do desejo coletivo de garantir acesso universal à saúde, mas com equidade, integralidade, resolubilidade, descentralização e respeito às características socioculturais de produzir saúde em cada região do país. Aos profissionais de saúde, cabia pensar novas maneiras de pensar a produção da saúde e de oferecer cuidado de maneira que pudesse se coadunar com os princípios do SUS.

Resgatando as ideias de Paulo Freire e realizando interface com o campo da saúde, acreditamos que também do profissional de saúde exige-se metodologia e criticidade de sua práxis para a produção do conhecimento da saúde. Exige-se também ética e estética,

para a promoção da saúde de qualidade e eficaz. Exige corporificação das palavras pelo exemplo para que o indivíduo e comunidade possam perceber que o trabalho em saúde é eminentemente relacional e que é imprescindível formar vínculos com a equipe de saúde. Exige, ainda, reconhecimento da identidade cultural das pessoas, das famílias e das comunidades para que as atividades de promoção da saúde possam ser criadas a partir das demandas e necessidades de saúde percebidas e dialogadas.

Os vínculos do trabalho de Paulo Freire com a ascensão popular dos desejos de democracia, solidariedade e participação são claros. Essas lutas aproximaram a temática da saúde e da educação. Os círculos de cultura, na educação, foram utilizados com grande êxito, obtendo a alfabetização de milhares de jovens e adultos, bem como a tomada de consciência política e social. Compreendemos que, na área da saúde, a mesma metodologia dialógica e reflexiva pode ser aplicada pelas potencialidades já reveladas com os diálogos com a promoção da saúde individual e das coletividades.

Na atualidade, diversos autores nos trazem experiências exitosas com o uso de círculos de cultura na pesquisa em saúde, quer seja tendo como sujeitos da pesquisa profissionais da área da saúde (MARTINS, 2009; FERNANDES, 2010; SILVA, 2012; ALVES *et al*, 2012; MELO, 2012; CIAFFONE, 2014;) quer seja tendo como sujeitos os usuários (AYRES, 2002; MONTEIRO, 2007; FERREIRA, 2010; BESERRA, 2011; DURAND, 2013; NAU, 2013; PINTO, 2013; HEIDEMANN 2011/2014, NETO, 2014; SANTOS, 2014). E, ainda, mais recentemente, o uso do círculo de cultura vem sendo aplicado não só na pesquisa, mas na formação de trabalhadores para o SUS (GÓES, 2015; MASSAROLI, 2015).

Acreditamos, também, ser o círculo de cultura um espaço-tempo de busca da compreensão de situações-limite e de potencialidades das realidades apresentadas e é um jovem e forte aliado na metodologia de pesquisa qualitativa, sobretudo no desenvolvimento desta pesquisa-ação.

### 3.3 SUJEITOS ENVOLVIDOS

Para fins de produção do conhecimento, nesta pesquisa centralizamos o sujeito como ator do processo de apreensão da realidade, para, deste modo, preservar seu ser gente, sem remetê-lo à condição de objeto (BOURGUIGON, 2008). Considerando esta forma metodológica de agir e tendo como norte os objetivos de nosso trabalho, realizamos três círculos de culturas com grupos de que variaram de 9 a 15 participantes em cada encontro.

Fazem parte da UAPS RC 56 funcionários, sendo 03 equipes da ESF e 01 equipe da estratégia de agentes comunitários de saúde. Há quatro enfermeiros, quatro médicos, quatro auxiliares de enfermagem, 03 cirurgiões-dentistas, 03 ASB, e 26 ACS. Os demais formam o apoio administrativo gestor da unidade. Não dispomos de equipe de NASF.

Os sujeitos da pesquisa que compõem a força de trabalho em APS desta unidade de saúde onde a coleta das falas se realizou foram incluídos segundo os critérios a seguir:

a) critério de inclusão: trabalhadores de nível médio e superior da referida UAPS com qualquer forma de vínculo empregatício, que estivessem na vivência direta da assistência de saúde e produção de cuidado, que estivessem há pelo menos um ano trabalhando com a equipe e que desejassem participar livremente da pesquisa;

b) critério de exclusão foi aplicado aos trabalhadores, que estivessem de férias ou de licença, durante o período da coleta de dados.

O grupo, a cada encontro, era composto majoritariamente por mulheres, sendo que houve um encontro com apenas um participante masculino. A faixa etária dos participantes variava entre 25 e 62 anos. A renda média salarial variava entre um e oito salários mínimos.

A categoria profissional mais presente em todos os encontros foi a de ACS, condição que se justifica por ser a categoria proporcionalmente de maior quantidade de profissionais na assistência direta ao paciente.

Em todos os círculos, a maioria dos participantes era composta de servidores públicos, a não ser pela auxiliar de saúde bucal, que participara do primeiro e do terceiro círculo. Esta funcionária, bem como as atuais auxiliares e técnicas de enfermagem, não possuíam, até o momento da coleta de dados desta pesquisa, qualquer vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Fortaleza, tendo seu salário mensal recebido pela sigla RPA, que faz referência ao “Recibo de Pagamento Avulso”. Neste ano de 2015, foi realizado concurso público municipal para provimento de cargos de nível médio para estas categorias profissionais.

Como forma de evitar a identificação pessoal dos sujeitos, seus nomes foram suprimidos. Suas falas foram identificadas de maneira genérica pela letra T maiúscula. Esta letra foi pensada para fazer referência à palavra “trabalhador”. Como não tínhamos o objetivo de mensurar os sentimentos, falas e expressões baseados na escolaridade, dispensamos a identificação “nível médio” ou “nível superior” dos participantes. Para codificar o trabalhador que fizera esta fala, os organizamos por números, o que não faz referência à classificação de qualquer ordem.

Assim, no momento da organização das falas, o participante que compareceu ao primeiro encontro recebeu como identificação a letra T e, em seguida, por exemplo, o número 1. Caso este mesmo participante tenha comparecido novamente ao terceiro encontro, permaneceu identificado como T1.

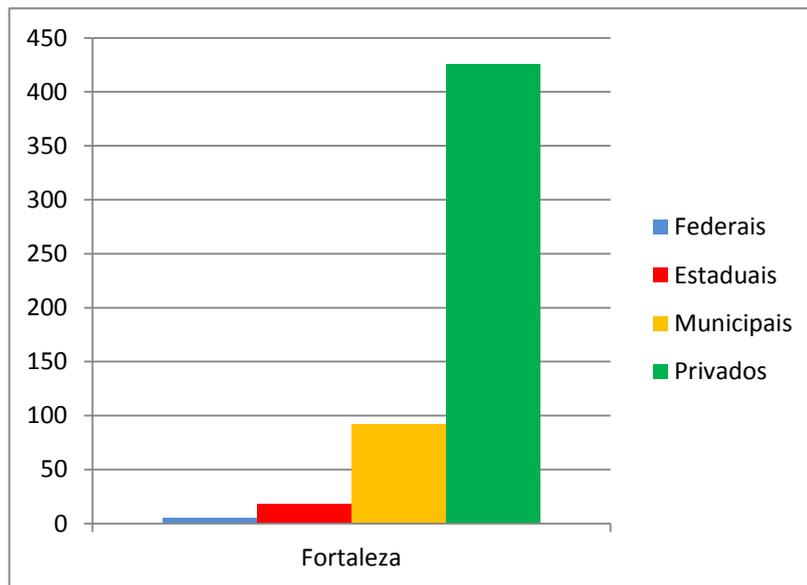
As falas produzidas no primeiro círculo de cultura receberam a nomeação de C1, do segundo, C2; e do terceiro, C3. Dessa maneira, foi possível localizar os temas desenvolvidos em cada encontro.

Não foi possível contar com a presença dos profissionais médicos no momento da coleta das falas porque os mesmos estavam envolvidos com o atendimento de demandas programadas e espontâneas ao centro de saúde e não se dispuseram a participar da pesquisa, quando convidados.

### 3.4 CENÁRIO DAS DISCUSSÕES

Esta pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, Ceará; de maneira mais específica, numa Unidade de Atenção Primária à Saúde, no bairro Bom Sucesso, que faz parte da área de abrangência geográfica da Secretaria Regional 3. Importante se faz descrever o lugar desta pesquisa. Fortaleza, a capital do Ceará e a cidade mais populosa do Estado, tem 2.591.188 habitantes e conta com densidade demográfica de 7.7866 pessoas por quilômetro quadrado, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2015. A cidade conta ainda com cinco estabelecimentos de saúde federais, 18 estaduais, 92 municipais e estima-se 426 estabelecimentos de saúde privados, de acordo com dados de 2013, também do IBGE.

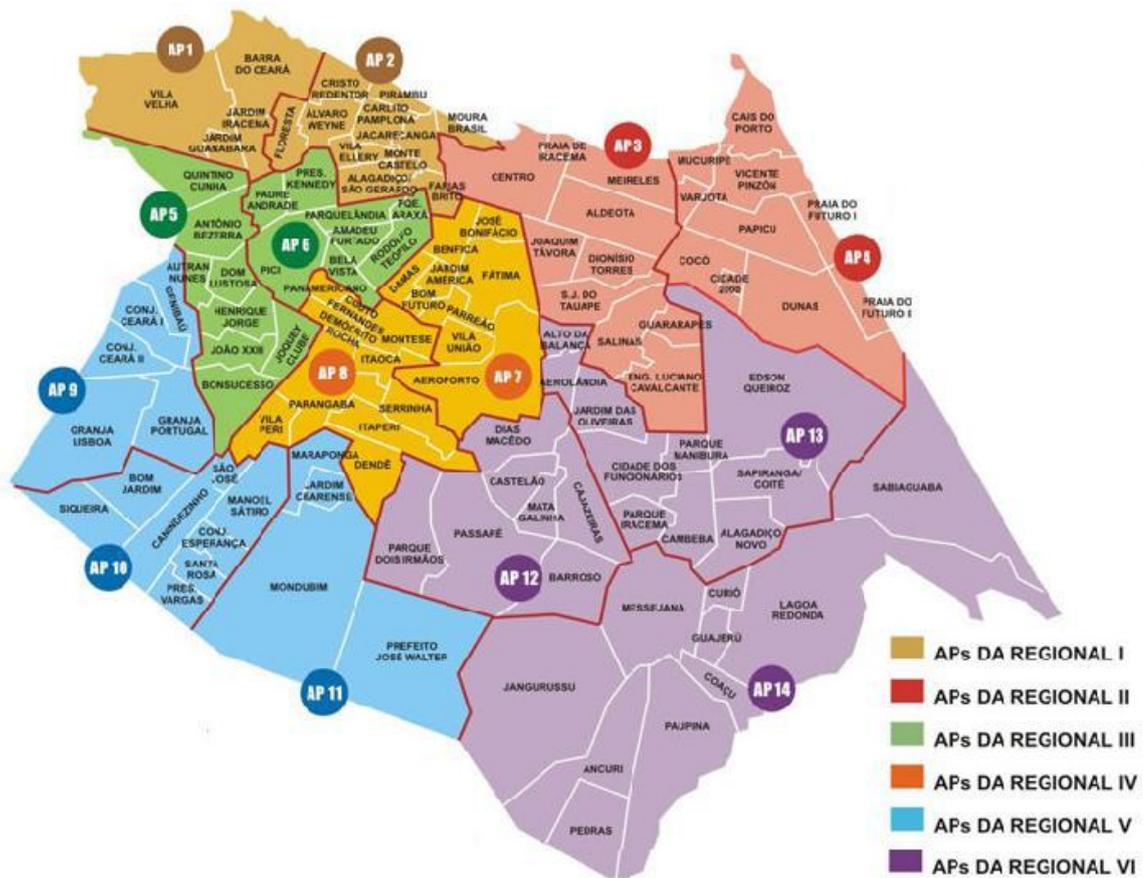
Gráfico 1 - Quantidade de estabelecimentos da saúde em Fortaleza, Ceará



Fonte: IBGE (2013).

Outros dados ainda são relevantes para demonstrar o crescimento da cidade em urbanidade. A frota de veículos automotores é composta por 536.895 carros e 247.794 motos. Existem cerca de 828.662 domicílios com abastecimento de água e parcial sistema de saneamento básico (IBGE, 2015). Existem seis Secretarias Regionais que configuram a administração descentralizada executiva da cidade de Fortaleza. A distribuição dessas secretarias geograficamente pode ser observadas a seguir.

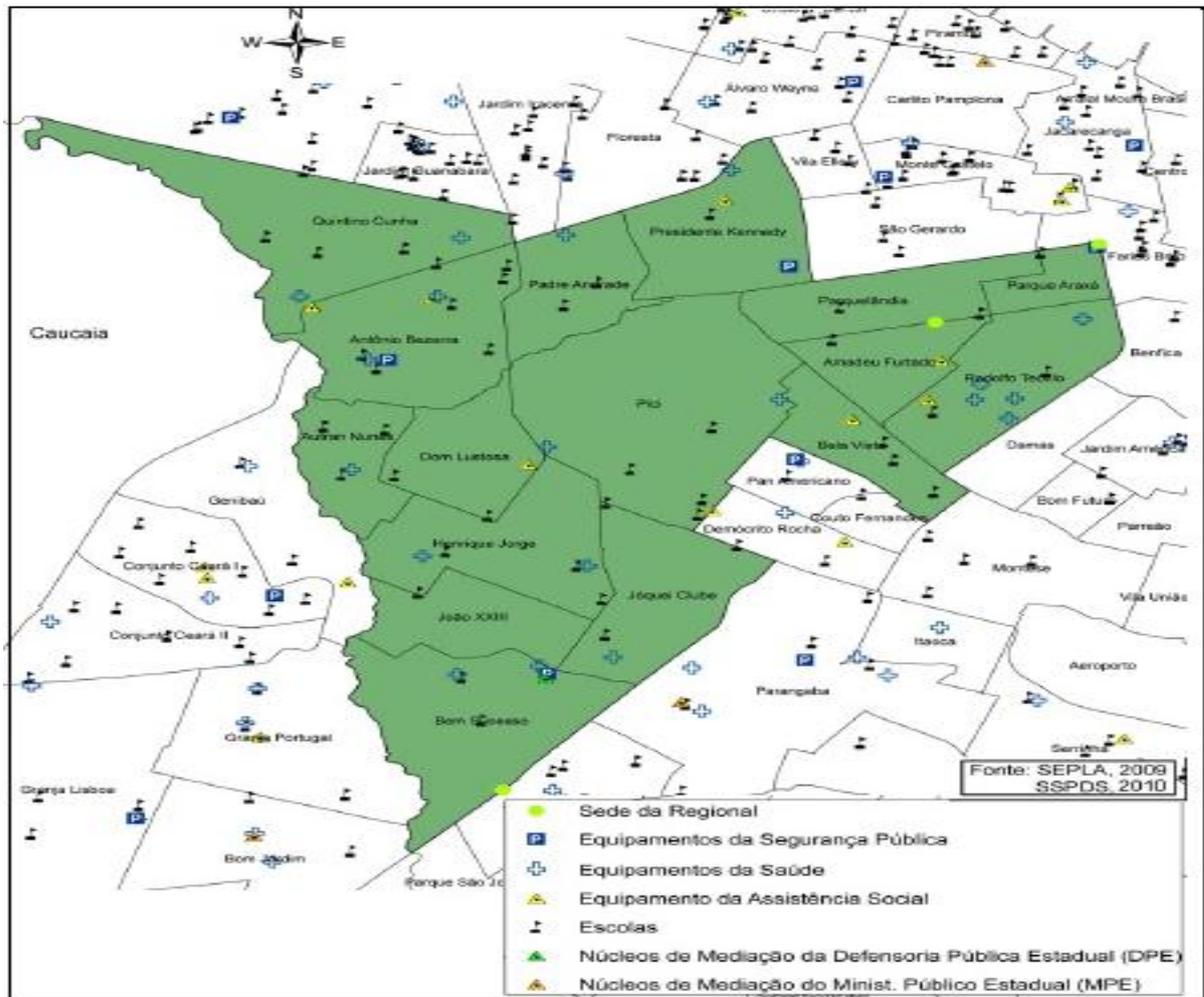
Figura 5 - Divisão geopolítica, por Secretaria Regional, Fortaleza, Ceará



Fonte: SMS/APLAN (2007).

A Secretaria Regional III, SR III, que é uma subdivisão administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza, é constituída por 16 bairros, quais sejam Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Parquelândia, Presidente Kennedy e Rodolfo Teófilo, Autran Nunes, Bom Sucesso, João XXIII, Pici e Quintino Cunha. O bairro mais extenso e mais populoso é o Pici, com 51.921 habitantes. Em segundo lugar vem o bairro Quintino Cunha, com 50.289 habitantes e, em terceiro, o bairro Bom Sucesso, com 45.258 habitantes. Os bairros da Regional III concentram 16,5% da população do Município e 50% da população tem até 28 anos.

Figura 6 - Mapa esquemático geográfico da SER III, 2014



Fonte: LabVida/COVIO, UECE (2011).

Com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 0,754, o município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Contudo, dentro da cidade de Fortaleza, há diferenças graves entre bairros. Exemplo desse fato, no bairro Meireles, o IDH é de 0,953, enquanto que no bairro do Bom Sucesso apenas 0,199 (IBGE, 2014).

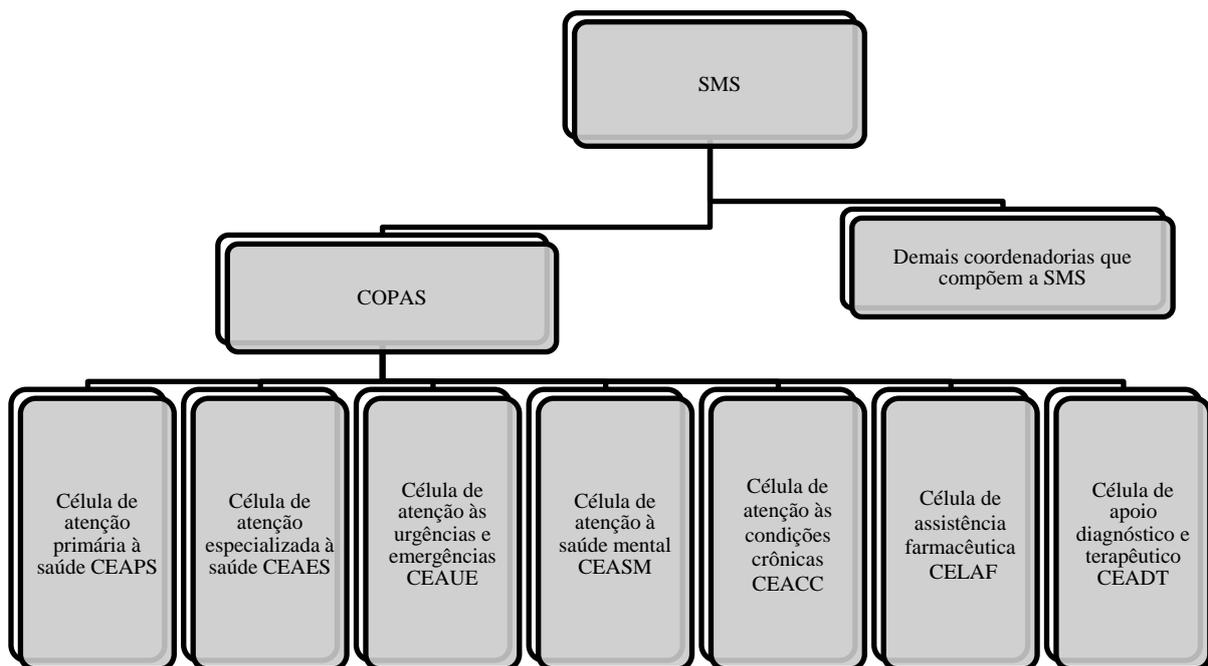
Sucessivas pesquisas afirmam que os abismos socioeconômicos se refletem nos tipos mais comuns de doenças que acometem os grupos populacionais, a frequência com que procuram os serviços de saúde e a forma de distribuir serviços de saúde a estas pessoas. A Secretaria de Saúde do Município (SMS) dividiu-se em coordenadorias, com o objetivo de

proporcionar melhor alcance às atividades administrativas, financeiras, de gestão de pessoas, educação permanente, redes de atenção à saúde, tecnologia de informação e vigilância à saúde (FORTALEZA, 2013).

Uma dessas coordenadorias é a de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde (COPAS), localizada no nível central da SMS, que tem como competência estabelecer políticas, planejar, coordenar, articular, acompanhar e avaliar as ações e serviços nas áreas da atenção à saúde, primária, especializada, urgência e emergência, saúde mental, na assistência farmacêutica e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para a organização das redes de atenção à saúde (FORTALEZA, 2013).

Para operacionalizar esta macroestrutura, a COPAS disponibilizou para cada Secretaria Executiva uma célula específica, cujo conjunto, por sua vez, é regido uma Coordenadoria Regional de Saúde (CORES). Para fins didáticos, veremos o organograma a seguir.

Figura 7 - Organograma das redes de atenção, COPAS, 2013



Fonte: SMS, adaptado (2013).

Há, no contexto demonstrado neste organograma, a CEAPS da SER III, que realiza a gestão de 16 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Na SER III, os bairros contemplados com UAPS são: Parquelândia, Bela Vista, Padre Andrade, João XXIII, Autran

Nunes, Henrique Jorge, Antonio Bezerra, Rodolfo Teófilo, Pici, Jóquei Club, Quintino Cunha, Bom Sucesso e Dom Lustosa. Entre estas, há a unidade a que nos propomos realizar a incursão da pesquisa em campo, àquela chamaremos a partir de então de UAPS RC, localizada no bairro do Bom Sucesso. O local escolhido se deve à particular implicação da pesquisadora com o seu espaço de trabalho.

### 3.5 COLETANDO AS INFORMAÇÕES

Como também é trabalhadora e componente da equipe de saúde da UAPS RC, há 9 anos, há pertinência, engajamento e vinculação com o espaço e com a equipe. Este fato, certamente, facilitou a entrada da pesquisadora, que pôde iniciar a pesquisa de campo através de convites sistemáticos individuais e por meio de cartaz em flanelógrafo de avisos na sala de reuniões da UAPS, além de oferecer, sempre que perguntada, informações acerca do assunto a ser discutido e da metodologia a ser desenvolvida.

Entretanto, pensamos que tamanha aproximação do objeto poderia vir a permitir submersão contextual completa. Implica dizer que algumas nuances da cena observada poderiam passar despercebidas ao pesquisador, devido à sua naturalidade com o contexto e com o ambiente — fato que provavelmente não aconteceria a um pesquisador não familiarizado com o lugar da pesquisa. Para evitar este viés, optamos pela a manutenção de um *diário de campo*, a fim de permitir o registro das experiências vividas na feitura desta pesquisa, uma vez que nos percebemos na busca pelas concepções de nossos atores-sujeitos da pesquisa, extraídos da nossa própria experiência de campo.

Barbier (2007), por sua vez, vai chamar este diário de campo mais apropriadamente de diário de itinerância. Nas palavras do autor:

O diário de itinerância pode ser [...] comparado ao diário de bordo do etnólogo. Tudo se passa como se o escritor transversalista percorresse sua vida e a vida de outrem com o mesmo espírito de implicação e curiosidade (BARBIER, 2007, p. 135).

Estes escritos foram muito úteis nestes movimentos de aproximação e distanciamento com os sujeitos e o *locus* da pesquisa porque nos proporcionavam centralizar a atenção no contexto do espaço-tempo presente de cada expressão corporal ou da fala, dificultando o fluxo de consciência em experiências remotas, mas também permitindo o

alcance de certas familiaridades muito peculiares de quem trabalha em equipe. Após terem assentido sua participação por meio da leitura coletiva em voz alta e assinatura individual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os sujeitos da pesquisa puderam se juntar em grupo para aplicação do método.

As falas do grupo foram coletadas por meio de gravação de voz e vídeo com três equipamentos dispostos em posições diferentes da sala de reuniões, a fim de que fosse reduzida a sobreposição das expressões e falas fossem perdidas. Foram realizados três encontros entre agosto e setembro de 2015. O espaço físico, uma sala de reuniões, apesar da alta temperatura local, era bem ventilado e reservado, o que dificultava interferências externas. Havia uma mesa de mais ou menos dois metros de comprimento, o que permitia os elementos do grupo se sentarem todos à mesa, junto com a pesquisadora.

#### *1º encontro seguido do 1º círculo de cultura*

Realizamos, em princípio, uma exposição dialogada acerca dos propósitos do trabalho que vínhamos realizar, a constituição desse grupo e esclarecimentos sobre a forma de agir da pesquisadora nesse momento. O diálogo foi colocado como ponto imprescindível da estratégia do encontro, pois era necessário que cada pessoa se sentisse confortável em falar ou silenciar. Pactuamos, também, o respeito à fala do outro, com a possibilidade de concordar e discordar dentro do seu momento de fala. Informamos sobre a nossa disponibilidade em contribuir com o enfrentamento de problemas que pudessem ser identificados e sobre nossa vontade de provocar transformações na unidade.

Durante o início do encontro, antes do disparo da conversa por meio de uma pergunta geradora, as conversas informais e entroncadas dos trabalhadores faziam referência à vontade de verbalizar “tudo aquilo que estava entalado na garganta faz é tempo”. Enunciavam de maneira livre que a falta de espaço para serem ouvidos era um elemento fortemente gerador de estresse e frustração. Ressaltavam ainda que dispunham de liberdade para dialogar com a pesquisadora, visto que ela, outrora, sempre se mostrou disposta a ouvir demandas e sugerir soluções.

Para *levantamento do universo vocabular*, trouxemos tarjetas individuais, onde os participantes utilizaram para anotações acerca da questão disparadora: *que palavras lhes vêm a mente quando se fala em produzir cuidado?* Em seguida, realizamos a identificação das palavras geradoras que emergiram da observação e leitura destas tarjetas.

Olhando o que fora produzido, os trabalhadores puderam perceber expressões comuns e enxergaram as *expressões-temas* provocadoras, o que se traduziu no momento da *problematização*. Aos participantes, foi possível reconhecer como situação limitante da sua produção de cuidado a força do modelo biomédico e a medicalização dos corpos agindo em sentido contrário às suas vontades de promover autocuidado na perspectiva de garantir autonomia de seus processos de cuidado. Reconheceram, ainda, que a recente mudança do modelo de atenção, com reestruturação dos processos de trabalho, dificultou a operacionalização tanto do trabalho em equipe de saúde da família, quanto do trabalho nos territórios. A discussão, neste rumo, se tornou acalorada, produzindo reverberações de desafeto com as atividades laborais que vêm sendo atualmente realizadas. Entre os participantes, foi o sonoro o anúncio do fim da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza. Apesar da frustração, quando perguntados a respeito de como permanecer produzindo saúde, os trabalhadores elencaram o afeto do trabalho em equipe como elemento de *potencialidade*.

O primeiro círculo contou com 14 participantes, sendo dois enfermeiros, um auxiliar de saúde bucal e 12 agentes comunitários de saúde. Uma representante da gestão local esteve presente no momento inicial da exposição dialogada, mas precisou se ausentar e, desta maneira, não pôde contribuir com a fala, mas considerou até oportuna sua ausência, para não influenciar as discussões realizadas a partir de então.

### *2º círculo de cultura: o trabalho afetivo*

Este segundo encontro teve como objetivo discutir um ponto de destaque do encontro anterior: a necessidade que os trabalhadores tinham de desenvolver seu trabalho com afetividade. Essa afetividade foi estabelecida como potência de que dispõem e lançam mão para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Iniciamos o encontro separando os oito participantes em duas equipes de tamanho igual. Foi solicitado que cada equipe pensasse uma maneira de representar graficamente num painel, dispondo de papel-madeira e caneta-pincel, o significado de trabalho com afetivo. Nesse momento, muitas questões foram pontuadas, mas, de certa forma, cada equipe mantinha sua voz mais baixa. Ao serem interrogados a respeito desse fato, membros das duas equipes sorriram, dizendo temer ter suas ideias copiadas. Ao término deste momento, solicitamos que, quem se sentisse a vontade, deveria socializar a produção do grupo.

O fato de os dois desenhos produzidos em grupos diferentes apresentarem ideia de complementaridade por meios das palavras-geradoras provocou ecos e movimentos de

integração. O grupo apontou situações limitantes do trabalho afetivo, porém, mais forte foi a descoberta da potencialidade. Faz-se necessário, segundo o grupo, aperfeiçoar seus conhecimentos teóricos e práticos para potencializar seus processos de trabalho. Freire (2010) poderia dizer que, neste momento, os trabalhadores puderam dar-se conta da importância do salto de passagem de uma curiosidade ingênua para uma curiosidade crítica epistemológica sobre a práxis. Participaram dessa oficina um enfermeiro, um dentista e seis agentes comunitários de saúde.

### *3º encontro: o agir ético no trabalho*

Este encontro foi permeado pela discussão do que é ser ético no trabalho e como esse agir interfere na produção de cuidado. Os próprios participantes elegeram este tema como expressão disparadora de debate porque acharam que não havia sido discutido a fundo no encontro anterior.

Foi-se construindo o diálogo primeiro no sentido de gerar um consenso conceitual acerca do que é a ética e, em seguida, do que vem a ser agir eticamente. Discutiu-se o agir ético entre colegas trabalhadores, entre trabalhadores e pacientes e dos pacientes entre si. O momento da discussão entre o agir de maneira ética entre os colegas de trabalho fez aparecer muitos desafetos. Foi problematizado que há dificuldade de lidar com conflitos entre colegas, no entanto, afirmou-se que a ética estaria exatamente em saber resolver conflitos com respeito. Relembrou-se o período em que havia a obrigatoriedade de se realizar uma roda em grupo quinzenalmente e que esta estratégia evocava constantemente enfrentamentos entre os trabalhadores, de modo geral.

O agir ético, para estes trabalhadores, é capaz de promover a confiança entre os colegas de trabalho e de despertar o compromisso com a profissão. Percebemos que, apesar da ausência das gestoras locais, não houve discussão sobre o agir ético entre trabalhadores e gestores ou entre gestores e usuários. O grupo optou por permanecer no diálogo e, desta vez, não produzir elementos gráficos. Participaram deste encontro uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e sete agentes comunitários de saúde.

Foram atividades provocativas também para a pesquisadora, uma vez que habitar este coletivo constituído é se perceber implicada nas falas escutadas. Foi-nos possível ver com clareza as situações limitantes ratificadas na pesquisa, mas também alvissarar a boniteza das potencialidades de seus modos de produzir cuidado.

### 3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS

Os círculos de cultura realizados nesta pesquisa foram registrados em áudio, vídeo e fotografia, com a aquiescência por escrito de todos os participantes. Pautamos nossa fase analítica pela proposta de Bardin (2011) de se realizar uma análise temática de enunciação. Por isso, foram seguidos alguns passos metodológicos que compõem esta estratégia de análise, como descreveremos a seguir.

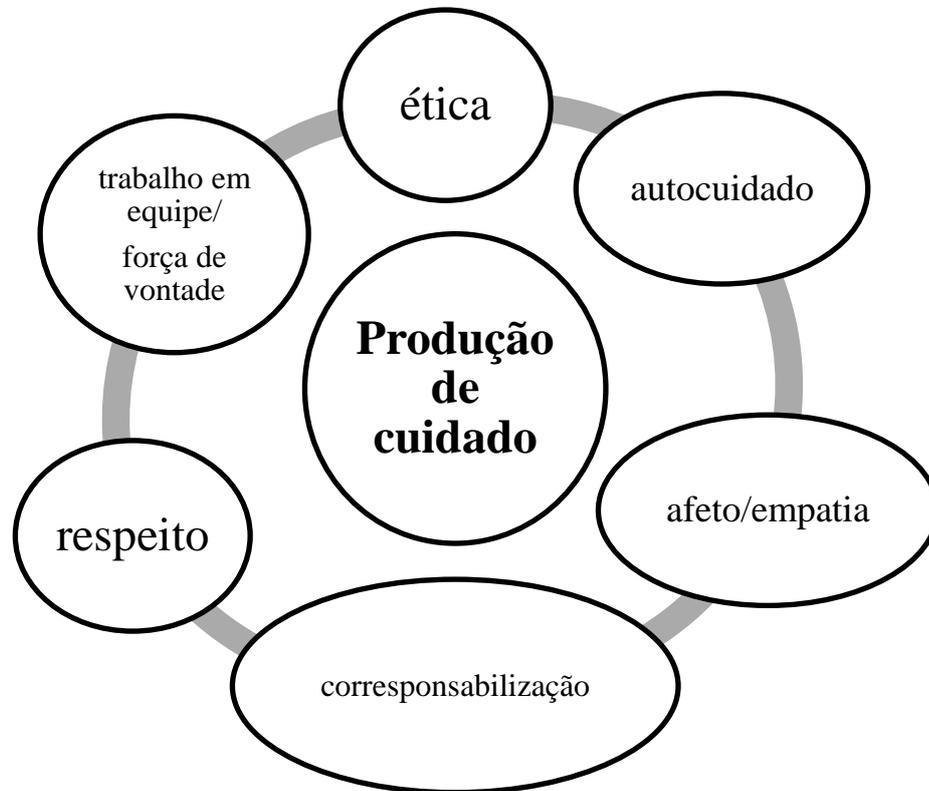
Realizamos a transcrição das gravações e das imagens produzidas pelo grupo, bem como dos registros do diário de campo compõem o *corpus* da pesquisa. Estes foram os primeiros movimentos realizados no sentido de tratamento dos dados obtidos. A esta fase, Bardin (2011) chamou de pré-análise.

Realizamos leitura inicial das informações transcritas, deixando-se invadir pelas primeiras impressões e orientações. Em busca de compreender a força dos enunciados, fomos à fase de exploratória, que Bardin (2011) define como sendo aquela onde são realizadas leituras sistemáticas a fim de buscar conexões e desconexões entre os dados e apreender as relações obtidas.

Bardin (2011) nos orienta que, a cada leitura, devemos determinar pontos de recorte do texto em unidades de registro agrupáveis em categorias. Essas categorias devem ter sentido de pertinência temática e contextual. Para a autora, dessa maneira, o pesquisador tem à sua disposição resultados significativos e fiéis para propor inferências e desenvolver interpretações a propósito dos objetivos previstos.

Para que pudéssemos proceder na análise temática, foi imprescindível descobrir os núcleos de sentido que compõem cada comunicação transcrita, porque a frequência de aparição ou mesmo a simples presença de algum tema poderia ter algum significado analítico. O tema é uma forma de gerar unidades de registro para estudar as motivações, opiniões, crenças, valores e tendências pessoais e do grupo. Destacamos aqui os temas mais recorrentes enunciados em torno da ideia central inicial da produção do cuidado entre os trabalhadores da saúde.

Figura 8 - Temas enunciados das falas dos participantes



Fonte: elaboração da autora.

A fase de categorização é operacionalizada pela classificação de elementos agrupados por critérios semânticos, sintáticos, léxicos ou (como utilizados em nossa pesquisa) expressivos. A regra básica é a pertinência ao campo teórico definido. A análise temática de enunciação de Bardin (2011) considera que na produção da palavra é possível elaborar um sentido e perceber onde se operam as transformações nos sujeitos. Podemos dizer, portanto, que um discurso nunca é um produto acabado, mas em criação de significados, com tudo que isso abrange em termos de contradições e imperfeições.

Em nossa pesquisa, foi possível apreender do texto de comunicação três categorias analíticas, que discutiremos em tópico apropriado: a) produzir cuidado para gerar corresponsabilização; b) “Burros de carga, buchas de canhão!” e c) o agir ético e afetivo no trabalho em saúde. Para a definição das categorias analíticas de que dispomos, foi necessário leitura exaustiva, mas gratificante das falas dos sujeitos envolvidos. As falas nos permitiram perceber o trabalhador da saúde em constante produção de inéditos viáveis em sua práxis. Em

que consistem esses inéditos viáveis? Trata-se de um conceito de Freire (2014) que surgiu para designar um conjunto de ações dialógicas e, portanto, coletivas de descobertas libertadoras, vontades de luta e superação de situações-limite para concretização do que antes era inviável. Percebemos o trabalho em equipe na ESF como sendo o trabalho vivo em ato e como sendo um espaço produtor de afetos, mas também de desafetos.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Durante toda a confecção deste material foi mantido o compromisso de respeitar o que foi postulado pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução versa sobre a manutenção dos princípios da bioética voltados ao indivíduo e às coletividades, quais sejam, a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade (BRASIL, 2012). O Projeto desta Dissertação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e teve sua aprovação sem pendências obtida com CAAE 42543015.3.00005534, cujo o número de parecer consubstanciado do CEP é 1.115.332.

Os atores foram informados dos objetivos desta pesquisa, bem como sua justificativa e a relevância de suas contribuições para seu pleno desenvolvimento. Foram, ainda, informados que dispunham de livre assentimento, assim como livre possibilidade de desistência a qualquer momento. Garantimos o anonimato e a privacidade dos participantes, protegendo suas imagens, assinaturas e características físicas. Respeitamos os valores culturais, religiosos, morais e sociais de cada sujeito, assim como sua autonomia, liberdade e dignidade. Garantimos, ainda, que esta pesquisa não envolvia risco aos participantes.

Foi proposto aos sujeitos da pesquisa a realização, em um momento apropriado, por ocasião do encerramento da pesquisa, uma devolutiva da análise produzida. Acreditamos que esse momento será extremamente valioso tanto para os sujeitos quanto para o pesquisador. Vimos o quanto a pesquisa foi disparadora de processos de tomada de consciência e, desta forma, pode provocar reconhecimento de cada envolvido como criador de ciência.

## 4 ACHADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 PERCEPÇÕES DO ESPAÇO-TEMPO DA PESQUISA

Ao se observar atentamente as imagens do primeiro círculo de cultura, verificamos a presença da pesquisadora de pé e sempre em movimento, afastada da mesa de reuniões retangular, onde os participantes estavam sentados. Essa forma distante e nervosa de se dispor em cena foi, com o passar do tempo, dando lugar a um movimento discreto de aproximar-se *de e para quem* a voz se dirigia. Por fim, a pesquisadora se mostrou mais próxima dos demais participantes.

À medida que os encontros em grupo iam se sucedendo, mais confiante, a pesquisadora se encontrava sentada junto com os participantes. Adquirindo uma postura menos de ensinante e mais de facilitadora do processo de discussão, a pesquisadora conseguiu adquirir autoconfiança para se expressar, silenciar e pertencer ao grupo. Essa confiança surgiu, principalmente, pela percepção de que o grupo tinha o desejo de se expressar, não seria um grupo apático. Constatamos que a própria dinâmica da atividade do círculo de cultura proporcionava engajamento dos participantes.

Na gestão municipal de saúde anterior, (Luizianne Lins - PT, 2005 até 2012) havia a estratégia de ser realizada uma roda entre os funcionários para promover dialogicidade e buscar melhorias dos processos trabalho em saúde. Esta atividade foi fomentada por aquela gestão com base no método de cogestão de coletivos organizados para o trabalho, com base em Campos (2010): o Método Paidéia. Na teoria, o método tinha como pressuposto a construção da democracia organizacional, por meio da promoção de espaços e tempos de diálogos, análises e intervenções sobre os processos de trabalho de maneira coletiva. Na prática, as rodas se mostraram, nesta UAPS, segundo os participantes desta pesquisa, um momento de conflitualidade.

Entretanto, quando perguntados por que este encontro de pessoas, em roda, vinha dando certo, uma trabalhadora foi rápida em dizer, entre risos gerais, que a pessoa que “mais faz confusão” havia faltado. Uma outra trabalhadora, ponderou e refletiu mais um tempo e respondeu que estava dando certo porque havíamos todos percebido aquele espaço como democrático e dialógico e que estavam discutindo tópicos cujo interesse em discutir, refletia o desejo geral de aprendizado. O grupo reconheceu, contudo, que, mesmo assim, poderia surgir alguma demanda que pudesse trazer indisposição ao diálogo.

Conforme foi pactuado com a gestão local, para não prejudicar o andamento das atividades assistenciais, os círculos foram realizados em horário muito próximo do almoço, agendado encontro, então, para às 11 horas da manhã. Para se solidarizar com os trabalhadores e trabalhadoras que se dispunham a participar da atividade proposta, a pesquisadora trouxe, no primeiro dia, uma salada de frutas. O grupo decidiu, pelo avanço da hora, iniciar a reunião pelo lanche e, em seguida, se organizaram à mesa para dar início ao círculo de cultura. No momento de dispersão do primeiro dia, uma trabalhadora sugeriu que cada participante, desde que se sentisse à vontade, pudesse contribuir com algum gênero alimentício para, segundo ela, “fortalecer mais ainda as próximas rodas!”.

Desde então, cada reunião se iniciava por compartilharmos uma refeição leve, breve e repleta de sonoridade, com encontros de linguagens corporais e fonéticas. Ficou implícito que este momento tinha a peculiaridade de gerar muitas outras conversas para além da discussão que viria a seguir. Compreendemos que estas vocalizações eram parte do universo de ideias a serem projetadas em breve na pesquisa. Bakhtin (2011) nos leva à reflexão quando afirma que tudo que é dito não pertence somente a quem falou, mas possui interindividualidade, quer dizer, pertence tanto a quem falou quanto aos demais que a ouviram. Assim, podemos dizer que o círculo de cultura, de maneira empírica, já tomava forma neste encontro inicial.

#### 4.2 CATEGORIA 1 - PRODUZIR CUIDADO PARA GERAR CORRESPONSABILIZAÇÃO

Esta primeira categoria foi identificada pela percepção de que a pergunta inicial, gerada no primeiro círculo de cultura (“O que lhes vêm à mente quando se fala em produzir cuidado?”) produziu ecos nos demais encontros. Os participantes se sentiram impelidos em, primeiramente, conceituar a produção de cuidado, para, com o desenvolvimento dos círculos, procurarem dar visibilidade aos seus próprios modos de produzir cuidado em suas dinâmicas de trabalho.

Pra mim, é fazer com que as pessoas se sintam capazes de se cuidar, ser responsáveis pela sua saúde [...] tem que buscar estimular nele essa responsabilidade, para que ele possa se sentir agente do processo de saúde [...] de ser responsável pelo seu autocuidado (T3 C1).

O nosso trabalho, de todos nós, é levar saúde através de quê? De orientações e informações. Mas sabendo que cada um é realmente responsável pela sua saúde (T6 C1).

Ele (o paciente) é responsável pela saúde dele; nosso trabalho é educar (T15 C2).

Franco e Mehry (2013) reafirmam que os processos de trabalho em Saúde da Família são, por si, sua grande questão, já que a produção do cuidado à saúde ocorre fundamentalmente pelas dinâmicas relacionais e suas aplicabilidades, como também pelas tecnologias de trabalho. Os autores apontam a necessidade de os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família reaprenderem os seus trabalhos a partir de dinâmicas relacionais que possibilitem a soma dos diversos conhecimentos.

É por isso que acreditamos que a aplicação dos círculos de cultura foi vantajosa no sentido de reativar produções desejantes e promover a percepção acerca das maneiras como o trabalho no posto de saúde vem sendo desenvolvido. Como ponto de partida, identificamos que os trabalhadores da UAPS RC se percebem produzindo cuidado ao seu paciente quando suscitam nele a autoestima, a autoconfiança, o autocuidado e a certeza de que ele, o paciente, também é responsável pelos seus próprios cuidados em saúde.

Para promoção da autonomia dos sujeitos e do autocuidado, o SUS desenvolveu a PNH, que, entre outros elementos, reconhece essa necessidade dessa forma de democratização dos serviços de saúde como requisito fundamental para a humanização. Para tanto, prevê a transversalidade das ações sociais e de saúde, a busca pela autonomia e pelo protagonismo de coletivos que integram o SUS, sejam eles gestores, trabalhadores e pacientes (BRASIL, 2008).

Ao verbalizarem que se preocupam com a capacidade do paciente ter cuidado e responsabilidade com a própria saúde, em educá-los para o autocuidado, os trabalhadores estão pensando em novas formas de produção e circulação de poder no âmbito da saúde. Além disso, acreditamos que estão procurando agir em consonância com aquilo que suscita a PNH: a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos a quem o SUS se destina.

Campos (2005) valida esse pensamento quando afirma que não é possível haver projeto de humanização da saúde sem que se leve em conta a democratização das relações interpessoais. O autor defende formas democráticas de trabalho nas instituições para aumentar a capacidade decisória do usuário do SUS, frente às autoridades sanitárias. Produzir autonomia dos pacientes como forma de produzir cuidado é um movimento de gestão coparticipativa das ações de saúde. Da mesma forma, podemos dizer que também é

compartilhar saberes e práticas que os qualifiquem para fazer escolhas que promovam saúde para si.

Contribuir para a produção de autonomia do usuário do SUS pressupõe disponibilizar meios para que o paciente possa se afirmar diante das intervenções formuladas para ele por parte dos profissionais de saúde, trazendo, assim, para a assistência, seus conhecimentos e seu potencial de cuidado (FRANCO *et al*, 2009).

O debate sobre democratização institucional da saúde e o princípio da corresponsabilidade está mais fortemente presente nas diretrizes da ESF do que da APS tradicional. A ESF, como um dispositivo peculiar de APS, aposta na produção de subjetividades, sem pressupor equivalência, indiferenciação ou homogeneização dos indivíduos e comunidades. Nos modelos tradicionais de APS, no entanto, prevalecem paradigmas que homogeneizam o atendimento de primeiro acesso ao serviço de saúde.

Citamos um artigo de reflexão de Silva *et al* (2015) em que os autores participaram da assistência à saúde de uma paciente em pós-operatório de retirada da mama devido a um câncer. No artigo, a equipe de Saúde da Família realiza visitas à paciente até que ela decide por interromper seu tratamento medicamentoso. A paciente demonstrara gratidão pelos cuidados da equipe até então e revelara que sua única tristeza era a ausência de sua família naquele momento. A repercussão na equipe, em princípio, foi muito ruim. Posteriormente, em processo de ressignificação em grupo, foi possível montar uma nova estratégia de cuidados, voltados para as reais necessidades daquela paciente: afeto, amparo familiar. Apreendemos deste artigo que o cuidado ultrapassa a oferta de ações e de serviços de saúde; transversalizam-se as ações de saúde, de serviço social de espiritualidade, entre tantas outras, para alcançar o cuidado que precisa ser feito, não obstante, o que é esperado.

É importante sempre considerar que, no trabalho em saúde, lidamos com sujeitos, seus modos de viver e suas perspectivas de cuidado produzidas de modo singular. Cremos que o cuidado em saúde não pode ser subjugado aos procedimentos, às rotinas e aos protocolos assistenciais. Em Saúde da Família, o cuidado possível é realizado em equipe. Os trabalhadores da saúde tendem a troca de experiências para redução das angústias e o fortalecimento mútuo diante do contato tão próximo com a doença, a dor e a morte. Promover de maneira compartilhada ações de saúde para os indivíduos e para a comunidade, como veremos a seguir, faz com que nossos trabalhadores tenham se permitido transitar entre a interdisciplinaridade característica da ESF:

Eu acho que produzir cuidado tem a ver com promoção da saúde e a prevenção das doenças. E aí, a gente chega na casa da pessoa, procura saber a situação (de saúde) da pessoa, e acaba consultando [risos]. A gente se torna uma médica na vida dessa pessoa: “faça assim, faça assado pra que sua saúde melhore” (T7 C1).

A trabalhadora crê que esta maneira de agir gera vínculo e promove saúde. A democratização do saber-fazer médico entre às múltiplas profissões da saúde é, sem dúvida, no campo teórico, ainda motivo espinhoso de disputas de poder e território. O contexto econômico extremamente competitivo contribui para instituir reserva de vagas aos detentores do saber médico. Porém, como foi possível perceber na fala, na prática, as vivências em campo na saúde legitimam que as relações entre as demais profissões de saúde e pacientes sejam mais iguais e mais próximas, portanto, menos hierarquizadas.

Contrapomos, agora, a posição da trabalhadora porque encontramos no seu pensamento sinais de que a compreensão acerca do saber/fazer médicos são alicerçados, enquanto modos de produzir cuidado, pela medicalização e pela prescrição de atos saudáveis. A fala ilustra que, embora tenham uma compreensão de que precisam se orientar por uma produção dialógica do cuidado, os trabalhadores externalizam formas de trabalho que tendem a hierarquizar saberes e medicalizar os corpos. Vocalizações demonstram o quanto os profissionais ainda estão detidos em formas de trabalho que produzem assujeitamentos e tecnicização de atos; mantêm o foco na doença e na visão potencial de tratá-la. Assumir uma forma de agir, desvinculada do pensamento crítico e reprodutora protocolos de prescrição do dificulta a construção de diálogos e limita o encontro de soluções que impliquem em efetiva resolução das questões da saúde.

Não é coerente, portanto, pensar a produção de cuidado de maneira dialógica e democrática e, em seguida, tomar promover ações de saúde medicalizadoras, prescritoras. É preciso romper com as formas de pensar as ações de saúde que não requerem reflexão e que só contribuem para manutenção do ciclo de exclusão dos pacientes do protagonismo que detém de seus processos de vida, saúde e doença. Dessa forma, o discurso vai ser mais parecido com a prática.

Retomando, então, a questão da interprofissionalidade, acreditamos que trabalhar em equipe requer estar disposto a vivenciar esse desafio sem melindres. Ellery, Pontes e Loiola (2013) concluíram em sua pesquisa que a integração de saberes disciplinares diversos trazem resultados positivos substanciais à população, além de favorecer laços de satisfação e solidariedade entre profissionais da saúde. Compreendemos que proporciona um ambiente de trabalho saudável que se permite escutar as demandas e reais necessidades de pacientes e

colegas de trabalho. A dúvida agora se volta para como proporcionar espaços e tempos de escutar, dentro da rigidez de atendimentos protocolares.

Trad e Esperidião (2009) tomam posição ao dizer que, a despeito dos desafios que conceitos e práticas podem produzir, é preciso criar as bases de um movimento realmente institua a humanização no âmbito da saúde, desde que se reconheça a necessidade de democratização dos serviços de saúde e do protagonismo dos sujeitos que o compõem.

Para promover cuidado ao usuário do SUS, Tavares *et al* (2009) ponderam ser importante a valorização do princípio da integralidade. Os autores contemplam a noção de que é fundamental permitir a troca de poderes e permear o encontro entre os vários atores envolvido no cotidiano das ações de saúde capazes de produzir acolhimento, vínculo, respeito e dignidade.

No nosso trabalho, é muito necessário sentir empatia pelo outro. Reconhecer nele o que você é. Reconhecer na outra pessoa o que você poderia ser (T17 C1).

O profissional tende a se despende de certas regras e normas, orientando-se pela natureza da relação adoecimento/necessidade para prestar sua forma de atendimento de saúde e, como primordial na ESF, marcar sua presença participativa na vida daquela pessoa, ou família, ou comunidade. A vinculação entre profissionais e pacientes é percebida como um momento de cuidado transversalizado por afetos e subjetividade. Neste contexto, caem por terra saberes absolutos e práticas intervencionistas. Silva *et al* (2015) dizem que, além de institucional e físico, o território do cuidado é afetivo e produtor de singularidades.

Produzir cuidado é cuidar do outro como se fosse cuidar de mim. Porque, de uns anos pra cá, depois que eu passei pelas mãos do Dr. Adalberto Barreto<sup>5</sup> eu venho trabalhando dessa forma: eu cuido das pessoas como eu gostaria de ser cuidada. (T8 C1)

Essa proximidade resulta, segundo as trabalhadoras a seguir, em que o profissional busca adquirir conhecimento, capacitação e constante reestruturação dos seus conhecimentos em saúde.

---

<sup>5</sup> Adalberto Barreto é PhD professor da Universidade Federal do Ceará, Doutor em psiquiatria pela Universidade René Descartes de Paris, França, Doutor em Antropologia pela Universidade Católica de Lyon, França. Elaborou a metodologia da Terapia Comunitária, na qual a própria comunidade pode, de maneira dialógica e metodológica, tratar vítimas de transtornos psíquicos e emocionais. A Terapia Comunitária alia saberes populares e conhecimento científico para criar espaços de tratamento nos quais os principais remédios são a palavra e o toque. Em grupos de 30 a 40 pessoas, compartilham vivências, experiências, problemas e aprendem em conjunto a lidar com suas dificuldades. Fonte: Adaptado do currículo Lattes de Dr. Adalberto de Paula Barreto.

Tem que ser firme sem ser agressivo; falar para fazer ele entender. E também falar quando se tem certeza. Buscar se aprimorar, buscar se capacitar pra que o paciente tenha sempre confiança no que você diz (T17 C3).

Procurar cuidar das pessoas é ir em busca de conhecimento, dentro e fora do território. Porque fora do território a gente procura técnicas, procura se aperfeiçoar. Enquanto que dentro [do território] na comunidade, você aprende com vivência [...] tudo no território é aprendido (T2 C2).

A certeza das informações oferecidas para gerar um cuidado menos paternalista e mais consciente de ser uma ação promotora de cuidados de saúde corrobora com o pensamento de Freire (2010), que suscita aos trabalhadores o cultivo dos vários saberes necessários à prática educativa transformadora. O autor acredita que, quanto mais criticamente estes profissionais exerçam a capacidade de querer aprender, mais se constrói e desenvolve a curiosidade epistemológica e o vínculo com sua prática.

Educar faz parte de um trabalho afetivo. É agir ético. É agir certo. [...] porque muitas vezes você tem que insistir tanto com o paciente pra ele entender o que precisa ser feito! Não pode desistir (T16 C2).

Agir eticamente com esse paciente passa também por você dar todas as orientações lá no consultório e perceber na consulta seguinte que o paciente fez tudo ao contrário do que você disse [...] então você precisa ir atrás de estudar uma abordagem melhor pra que possa conquistar esse paciente pra você (T17 C2).

Freire (2010) acredita, como os profissionais destacados, que pensa certo e age certo quem conhece o conhecimento existente e, ao mesmo tempo, está apto à produção do conhecimento ainda não existente. Dessa maneira, o trabalhador da saúde que opta por estar em constante formação se desvencilha da arrogância de crer já deter todas as informações de saúde. Busca, sim, constantemente, estratégias de relacionar o saber de experiência feito do cotidiano de sua comunidade, com o saber produzido metodologicamente. Este é, portanto, para o autor, o pensar certo. Podemos dizer que o trabalhador da saúde pensa certo tanto quando respeita a percepção do seu paciente, com relação à própria saúde, como quando o estimula em sua capacidade criadora de cuidar de si.

Aprendemos das falas que os trabalhadores direcionaram suas práticas de saúde para ações preventivas e de promoção da saúde, com a afirmação de vínculos de compromisso e corresponsabilização entre os sujeitos: profissionais e paciente. Esta vertente da ESF

promove um campo privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Costa *et al* (2014) assinalam que as práticas de educação em saúde podem contribuir para a formação de pessoas responsáveis, prudentes, ativas e protagonistas de sua qualidade de vida, além de se tornarem disseminadores dos conhecimentos adquiridos e agentes de transformação do meio em que vivem.

Proporcionar um espaço-tempo de escuta é essencial para dar-se a conhecer e para conhecer o outro. Este é um momento de percepção do paciente como sujeito e objeto da produção de cuidado.

[...] é (porém) na escuta que você ganha a confiança do paciente. Quando você abre espaço para ele falar, ele vê sua solidariedade e percebe que pode confiar (T3 C2).

É verdade! O paciente muitas vezes se sente aliviado só em falar, eu não preciso (...) nem trazer uma solução (T9 C2).

Escutar é um exercício democrático que depende de respeitar as diferenças, se preparar e aprender a se colocar diante das ideias de outrem, mesmo que não seja necessário tomar uma posição imediata. O exercício da escuta é uma ferramenta crucial para o acolhimento, fortalecimento do vínculo e apropriação da dimensão cuidadora. Porém, no que tange ao cotidiano do trabalho, os participantes são unânimes em reconhecer tempo *versus* produção quantitativa como limitantes da escuta em seus processos de trabalho.

Às vezes podem nem ser um paciente, pode até ser um colega, precisando tanto de que a gente escute ele. Mas passa (despercebido) porque não dá tempo (T7 C2).

A escuta, não é que atrapalhe, pelo contrário. Mas entenda que prejudica um pouco porque demanda tempo (T15 C2).

Infelizmente o sistema (de saúde), o ministério (da saúde) trabalha com números. Têm que mostrar os números lá fora, nas reuniões internacionais. Se você não fizer aquela quantidade de visita, eles chamam a atenção da gente. Praticamente, não se trabalha em prol da qualidade e sim pela quantidade (T16 C2).

Foi preciso reconhecer as restrições advindas da governabilidade no âmbito do setor público e o peso das forças institucionais sobre a capacidade produtiva do trabalhador da saúde. A explicitação dessa dificuldade demonstra apenas um obstáculo que tensiona a

equipe. As ações institucionalizadas para quantificar a produção de saúde parecem engessar os movimentos desejantes de subjetivação da produção de cuidado.

Acreditamos que os trabalhadores percebem, ainda, que as relações entre si e deles mesmos com os pacientes ainda seguem modelos tradicionais de assistência à saúde, como o forte intervenção institucional do setor público e a divisão técnica social de seus trabalhos. Foi importante aos participantes fazerem essa reflexão crítica para desenvolverem a capacidade de desnaturalização do que fora instituído. Desfazer aquilo que se apresenta como “normal” é importante para dar lugar à criatividade e à ação de inventar alguns outros modos de fazer saúde.

#### 4.3 CATEGORIA 2 - “BURROS DE CARGA, BUCHA DE CANHÃO!”

Percebemos o empenho dos profissionais de saúde em mudar a forma como as pessoas podem cuidar de sua saúde e acreditarem no cuidado de si. A cooperação, a solidariedade, a disponibilidade em se abrir para o outro para buscar o que ele não sabe ou o que lhe falta parecem permear a fala dos trabalhadores entrevistados. Contudo, no processo de trabalho que vem sendo aplicado recentemente ainda existe pesada concentração de esforços em respaldar a produção de modelos biomédicos, de inspiração mecanicista, curativa e baseada em procedimentos.

Acreditamos que essas abordagens são produtoras, sim, de visibilidade, porque se fazem mostrar por meio do aumento de maquinário e mão de obra, como número de mamógrafos e leitos de UTI. Não queremos, com esta reflexão, desmerecer a importância desses avanços em tecnologias duras e leve-duras para o progresso da assistência à saúde. Entretanto, a urgência em dar resolutividade a questões de ordem mecânica e organizacional do sistema de saúde parece querer tentar dar vazão às ansiedades que a sociedade, como um todo, tensiona como sendo o problema da saúde pública no Brasil.

Longe ainda de alcançar respostas resolutivas à sociedade para as questões limitantes do sistema de saúde, as instituições gestoras do serviço procuram moldar modelos de atenção que promovam, ao menos, o aumento quantitativo de pessoas atendidas na porta de entrada do sistema. Isso interfere diretamente nas formas do profissional realizar seu trabalho, na sua participação no processo de trabalho, nas suas paixões, na sua vontade de fazer saúde. Não poderia ser de outra forma. Não se poderia esperar comportamentos solidários de sujeitos que não conseguem enxergar no sofrimento e na fragilidade do outro a sua própria precariedade e insuficiência, como podemos ver na fala a seguir:

Ninguém quer saber o que o profissional pensa. Quando a mudança é pensada lá em cima, nos gabinetes, quem vai implementar as ações de saúde somos nós. E em nenhum momento nós somos convidados a fazer parte desse processo elaborativo (dos processos de trabalhos para as ações de saúde). Burros de carga, bucha de canhão! É assim que eu me sinto diante desse processo. Como servidores públicos, nós temos que realizar o trabalho como é solicitado, mas não que a gente goste (T3 C1).

Nenhuma categoria profissional foi convidada para fazer parte desse remodelamento do serviço de saúde. Simplesmente foi decidido assim (T15 C1).

A desvalorização de sua capacidade clínica (aviltada pela qualidade única de prescritor), a perda do olhar da clínica ampliada para a promoção mecanizada do trabalho em saúde comprometem a produção que o trabalhador verbaliza desejar. O sofrimento intenso no trabalho, representado pela expressão “burros de carga” e “buchas de canhão”, está diretamente relacionado a questão de que, ao trabalhador da saúde da APS de Fortaleza, foi legado o exercício de uma função, e não o exercício de uma profissão.

A diferença entre exercer função e exercer profissão se encontra, basicamente, na autonomia do trabalhador. Os profissionais de saúde sentem falta de partilhar um projeto institucional de saúde. Relatam, em suas falas, a ausência total de autonomia porque as suas presenças humanas, presenças técnicas e presenças éticas foram sombreadas no momento de pensar um novo modelo de saúde, mas não no momento de executá-lo. Entendemos que a dimensão intersubjetiva do trabalho foi aquilo que mais escapou às estratégias de controle gerencial da saúde. Portanto, o trabalho vivo em ato de Mehry (1998) foi dissociado dos demais componentes do trabalho pela atual gestão do serviço de saúde municipal (Roberto Cláudio – PDT, 2013 até os dias atuais).

Quando eles (os gestores de saúde) querem algo da gente, eles não querem nem saber se há condições desse determinado trabalho ser realizado. Dessa forma atropelada, a saúde toda sente (T2 C1).

Há um contexto desfavorável com que vislumbramos a gestão das organizações públicas de saúde. O que foi dito até aqui nos faz dar conta do alerta de Azevedo (2013) quanto ao culto ao atendimento de urgência, quanto ao déficit do uso de ideias da coletividade, quanto ao individualismo e quanto ao conformismo que favorecem princípios imediatistas de mercado e de ideário liberal, orientando a gestão dos corpos e dos serviços em detrimento da cidadania. É possível constatar, pelos depoimentos colhidos, a afirmação da

autora quando diz parecer que, pelo domínio do neoliberalismo, princípios de emancipação e autonomia parecem ter sido esgotados ou domesticados.

Quanto à domesticação da emancipação do sujeito trabalhador, Silva (2012) aquece a discussão quando nos suscita a pensar o quanto estes trabalhadores estão imobilizados pelo peso da instituição e pela dificuldade que demonstram em se manifestar para instituir novas ações que se propõem nos espaços que estão inseridos. Apesar de serem mantidos à margem dos processos gerenciais e decisórios do próprio trabalho e, apesar de terem sua autonomia negada, os profissionais de saúde parecem manter intacta sua criticidade. Quando observam o modo como é divulgado o serviço de saúde nas mídias, os trabalhadores fazem uma leitura coerente acerca do que há de concreto e o comparam com o devir da APS de Fortaleza, qual seja a produção de cuidado cujo conteúdo indica atenção continuada e abrangente, organizada em grupos multiprofissionais, sob a responsabilidade compartilhada intersetorial, que imprime na participação da comunidade e na auto responsabilidade seu acolhimento:

O impacto maior, a meu ver, é em virtude da mídia. A mídia mostra uma coisa que, nós, trabalhadores, sabemos que é outra. Na TV, diz assim: 'eu posso chegar a qualquer hora que sou maravilhosamente bem atendida.' Isto tem um impacto muito grande diante de uma comunidade carente dessa. Aqui, falta remédio, falta gaze, falta atadura; quer dizer, sabe o que é isso? Você se dar conta da realidade? (T11 C1).

O trabalhador aí se mostra sensível aos sinais de apelo de que a APS vai bem, quando, na verdade, a conhece por dentro e sabe que está deficiente. Os meios de comunicação veiculam, produzem e reproduzem notícias que procuram atingir de maneira direta as representações e expectativas dos indivíduos e comunidades já fragilizados pela negação de seus direitos fundamentais a saúde (SERRA *et al*, 2003). Dessa maneira, as estratégias discursivas adotadas pela mídia aumentam sobremaneira a frustração da população e contribuem para o descrédito que habitualmente se impõem sobre o serviço de saúde.

Eu acho que quanto ao atendimento, em termos de qualidade, o pessoal é muito bem atendido sim. O que falta é mesmo remédio. Mas todo mundo, médico, enfermeiro, dentista; atendem muito bem (T10 C1).

Essa mesma criticidade os faz perceber que atender bem e acolher é um espaço-tempo coletivo dentro do serviço não restrito somente aos profissionais de saúde em si. Os obstáculos ao acolhimento promovem risco de negação do sofrimento do outro,

burocratização das ações de saúde, além de causarem má impressão quanto ao vir a ser do serviço de saúde, o que, fatalmente, gera dificuldade de acessar novamente o paciente:

A gente orienta, escuta, dá toda a atenção, incentiva procurar o posto, dá todas as informações bem direitinho; quando chega aqui eles não tem a devolução do bom atendimento lá na recepção. [...] como nós somos uma equipe, era pra termos todos um bom atendimento, pra não queimar o filme da equipe inteira (T16 C2).

É mesmo. O pessoal lá da recepção não sabe dar uma informação nem procura saber. O paciente quer tudo bem direitinho, senão estraga o que a gente disse lá na casa dele (T8 C3).

A percepção dos trabalhadores da saúde é a de que a existência de problemas da macroestrutura da rede assistencial fragiliza a APS e o SUS, mas que estes fatos não são levados ao conhecimento do público usuário, o que gera mais frustração e descrédito quanto ao serviço de saúde pública quando constatada a realidade. Contudo, percebem ainda que a força da qualidade do serviço de saúde está no trabalho relacional com o paciente, no trabalho vivo em ato. Conclamam para o fortalecimento do trabalho das equipes de Saúde da Família orientado pelo compromisso com os usuários. Do contrário, não é possível fazer a saúde que se sonha, ou a saúde que se espera.

São os enfermeiros e médicos que respaldam a gente em tudo agora, mais do que em qualquer outro momento antes. A gente não tem como chegar pra gestão mais. Mas quando a gente chega pra enfermeira ou pro médico é aí que a gente consegue que alguma problemática do paciente seja resolvida (T13 C1).

Houve muitas mudanças e não teve respaldo suficiente para promover o trabalho [...] o grande problema é o sistema de saúde atual porque [...] ficaram pelo caminho às consultas de planejamento familiar, as prevenções... Eles não dão ferramentas pra gente trabalhar. Quando eu chego pra falar com a chefe maior, eu não tenho resposta (T1 C1).

Os trabalhadores se afetam por perceber que a mudança estrutural do serviço de APS de Fortaleza produziu em seu posto novos processos de trabalho que influenciaram negativamente naquilo que acreditam ser a essência promotora de cuidado de seus trabalhos. Uma trabalhadora produziu um dos depoimentos mais fortes, que proclamava o fim da ESF como forma de APS do município:

O programa saúde da família ficou perdido pelo caminho. Não existe mais. Nós ACS até que ainda somos. Mas enfermeiro só faz triagem e médico só

atende, praticamente. O atendimento do posto não é mais PSF, não tem mais horário, não tem mais programas, o paciente não sabe mais quando vai ser atendido. Então a gente sofre com isso, porque isso não supre a necessidade nem do paciente nem do trabalhador. Eu já passo na casa assim avisando: ‘olha, não tem mais PSF’! (T8 C1).

A trabalhadora sente a necessidade de se posicionar contra uma forma de atendimento em saúde que seja fortemente marcada pelo atendimento de demandas espontâneas em detrimento dos atendimentos organizados pelas necessidades da população, o planejamento com foco nas ações programáticas e com espaço-tempo para processos agudos que dão o tom do cuidado da ESF, como fica claro em seu discurso. A resistência é revelada por acreditar que fluxos de atendimento programados têm mais potência porque geram vínculos, confiança e são promotores de autocuidado, muito mais do que os cuidados imediatos.

A questão implícita no discurso da trabalhadora está para além de perceber melhor qualidade de assistência à saúde no atendimento da ESF ou da APS tradicional. Está em se posicionar a favor da formação de vínculos e construir a consciência junto com os usuários do SUS que a saúde se produz mais na coletividade dos territórios e menos na restrição do consultório.

Mendes (2012) é o mentor da mudança paradigmática da ESF de Fortaleza. Foi dado início a tantas mudanças pela substituição do nome dos centros de saúde da família para unidades de atenção primária à saúde. Essa sutil troca faz referência, na verdade, à mudança real da chancela de uma atenção voltada para a saúde da família e comunidade para uma atenção à saúde voltada para o atingimento de metas e seguimento de *guidelines*. O autor faz referência não ao fracasso da ESF, mas afirma que o ciclo onde ela nasceu se esgotou. Diz que havia baixa valorização política, econômica e social, fragilidade institucional, baixa densidade tecnológica e subfinanciamento. Defende o autor que o novo método de aplicação da APS foi pensado fortalecer a atenção básica e consolidar a ESF.

Num longo estudo em que defende mecanismos gerenciais de gestão da saúde, Mendes (2012) valida suas informações na afirmação de que os sistemas de saúde de países desenvolvidos já se utilizam das evidências nos processos decisórios e de formulação de políticas de saúde. Defende ainda que a grande inovação está assegurar padrões clínicos ótimos e, conseqüentemente, melhorar as práticas clínicas. O autor afirma que a gestão clínica é uma forte tendência e que dispõe de um conjunto de instrumentos tecnológicos que permite, verticalmente, integrar os modos de produzir saúde, capaz de prestar atenção no tempo certo,

com a qualidade certa e com o custo certo. Mendes (2012) acreditava que, organizando dessa forma o serviço de saúde, fortaleceria a ESF sobremaneira.

Os trabalhadores da UAPS RC parecem discordar pelo que estão vivenciando. Sentem-se desamparados na gestão e na operacionalização de seus novos processos de trabalho, além de perceberem grave redução de insumos e recursos para a saúde. Uma trabalhadora vem trazer o exemplo do trabalho precarizado de auxiliares e técnicos de enfermagem, apesar de não fazer parte dessa categoria profissional:

Eu sinto a mesma coisa que T8. O PSF não obedece mais os padrões que a gente começou. Mas a coisa que eu mais sinto é que o trabalhador não tem mais valor nenhum. Nesta gestão não está mais sendo percebido como trabalhador. Veja as auxiliares (de enfermagem): não receber (o salário) e nem sabem quando vão receber (T2 C3).

A trabalhadora pensa criticamente ao refletir que os mecanismos que precarizam o trabalho em APS — contratos temporários sem prazo determinado, ameaças de desemprego, incertezas quanto à remuneração — fragilizam o trabalho de promover a assistência à saúde das pessoas. Este desinvestimento nos recursos humanos pode ser sentido tanto no âmbito das políticas de desenvolvimento do sistema de saúde quanto na remuneração das forças de trabalho.

Azevedo (2013) reafirma estes fatos quando conclui que as crenças neoliberais que atravessam o Estado, neste contexto histórico, reduzem a vontade política de regular a produção social da saúde. Para Braga (1998), vontade política é a intenção configurada na ação. É perceptível que, ao Estado, mais interessa dar visibilidade às melhorias mecanizadoras do serviço de saúde que àqueles que nele trabalham. Recentemente, contudo, foi realizado concurso público, de acordo com edital nº 09/2015, para provimento de cargos efetivos de técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e técnicos de higiene dental no município (FORTALEZA, 2015). Esta tentativa pode ser percebida, em princípio, como uma vertente “desprecarizadora” do trabalho desta categoria profissional.

No entanto, gostaríamos de trazer um contraponto. Junqueira *et al* (2010) alertam que a expressão “desprecarização do trabalho” por meio de concurso público pode dar a falsa impressão de que o trabalhador pode vir a ser beneficiado pelo reparo no desatendimento de seus direitos e será mantido na função que já vem exercendo. No entanto, aqueles trabalhadores já “precarizados” pela irregularidade empregatícia tendem a não passar no concurso, pela dificuldade que têm de conciliar estudo com pesadas cargas horárias de

trabalho e, mais cedo ou mais tarde, devem deixar suas funções, sendo substituídos por trabalhadores regulares que ingressarão no sistema de saúde mediante concurso público.

Entendemos que a precarização dos vínculos trabalhistas tem repercussões não apenas na ineficiência das ações promotoras de cuidado, mas também na baixa produtividade, na baixa qualidade do serviço prestado e na baixa autoestima do trabalhador. Estas, porém, são hipóteses empíricas e, se transformados em perguntas problematizadoras, podem gerar nova pesquisa.

Atendo-nos novamente ao que vínhamos estudando, o trabalhador da saúde tem tido dificuldade de lidar com a ineficiência sistêmico-estratégica do SUS de planejar e gestar ações de saúde que não os incluam como co-protagonistas e instrumentadores de mudanças necessárias. Muitos autores têm se posicionado nessa polifonia indicando que o caminho da gestão coparticipativa pode e deve funcionar, que os aspectos micropolíticos/relacionais e comunicacionais do cotidiano organizacional da saúde têm papel fundamental na dinâmica da produção de cuidado (CAMPOS, 2010; MEHRY, 1998; SÁ, 1999; AYRES, 2001; ONOKO CAMPOS, 2005).

Outra contribuição que podemos destacar nas falas diz respeito à dinâmica do reconhecimento. Dejours (2007) nos orienta que a possibilidade de transformação do sofrimento em prazer no trabalho passa pelo reconhecimento. Este reconhecimento pode ser definido pela gratidão pelas contribuições dos profissionais à organização, sem as quais o trabalho prescrito não chegaria a bom termo.

Nesse momento, o que nós temos mesmo é a nossa força de vontade em fazer [...] Embora nós tenhamos empecilhos e entraves, nós estamos sempre tentando fazer o nosso melhor (T3 C1).

E nós também temos muita paciência pra suportar esse período de mudanças e tantas cobranças em cima da gente, sem nenhum retorno (T9 C1).

Esse retorno a que a trabalhadora se refere é o reconhecimento teorizado por Dejours (2007). A dinâmica do reconhecimento é importante condicionante de vínculos que o trabalhador exerce com seu trabalho e com a organização onde se insere. Fora questões de vaidade, o reconhecimento nos mobiliza ao trabalho motiva, aciona os motores da subjetividade, uma vez que permite visualizar a expressão da inteligência do trabalhador. É o *savoir-faire* valorizado. Os sentimentos expressos até aqui, no entanto, mostram que o trabalhador tem vivido uma normalidade sofrente, que é aquela em que o trabalhador

experiencia internalizar a aceitação/operacionalização de um *modus* de trabalho com o qual não concorda (DEJOURS, 2007).

É fundamental que as relações de trabalho fluam pra que a gente consiga exercer nossa função[...] não to falando de obedecer cegamente ordens, mas de se abrir espaço pro diálogo pra que as opiniões contribuam pra melhoria do sistema (de saúde) (T3 C3).

As estratégias coletivas de defesa contribuem sobremaneira para a coesão do coletivo de trabalho e para a fluidez a que o trabalhador acima se refere. Porque trabalhar é viver uma experiência coletiva, em comum, de enfrentar a resistência do real e construir sentido do trabalho realizado. Retomamos Freire (2014) para refletir que homens e mulheres aprendem mediatizados pelo mundo e, assim, vão reinventando modos de fazer seus trabalhos, suas potências, com os aprendizados do cotidiano, driblando comandos, superando situações-limites e produzindo inéditos viáveis. Aprendemos que, dessa maneira, é possível praticar o verbo esperar, cuja proposta é a de uma espera em ação, um diálogo fundante de novas ideias, expressões e considerações.

Outra trabalhadora faz uma ressalva. Para ela, essa união no trabalho, as estratégias de proteção em grupo e, mesmo, de amizade, devem se restringir ao espaço-tempo profissional; do contrário, podem causar conflitualidade.

O meu modo é muito particular. Eu não me relaciono pessoalmente com ninguém do trabalho. É tudo profissional para evitar conflitos (T8 C3).

Essa fala produziu grande discordância entre os participantes e foi difícil, até certo ponto, captar as polifonias em áudio. Mas quando centralizado em uma só pessoa, as falas discordantes puderam ter nitidez.

O problema não é fazer amizade. Não é ser pessoal ou profissional. As pessoas na verdade tem dificuldade de lidar com conflitos. Por que quando tinha as rodas eram muitas brigas? Porque se alguém tinha alguma crítica construtiva pra fazer, a outra pessoa não queria ouvir. O certo é ouvir com os ouvidos do coração e ver onde é que estou certa e onde é que estou errada (T10 C3).

É preciso revisitar os modos de ver a vida cotidianamente; não se trata de ser certo ou errado. Evidenciamos, portanto, que os trabalhadores percebem o trabalho em equipe com afetividade como sendo ponto essencial para a busca de um objetivo comum. Contudo, como o processo de trabalho acontece de forma parcelar, as funções e os afetos tendem a ficar

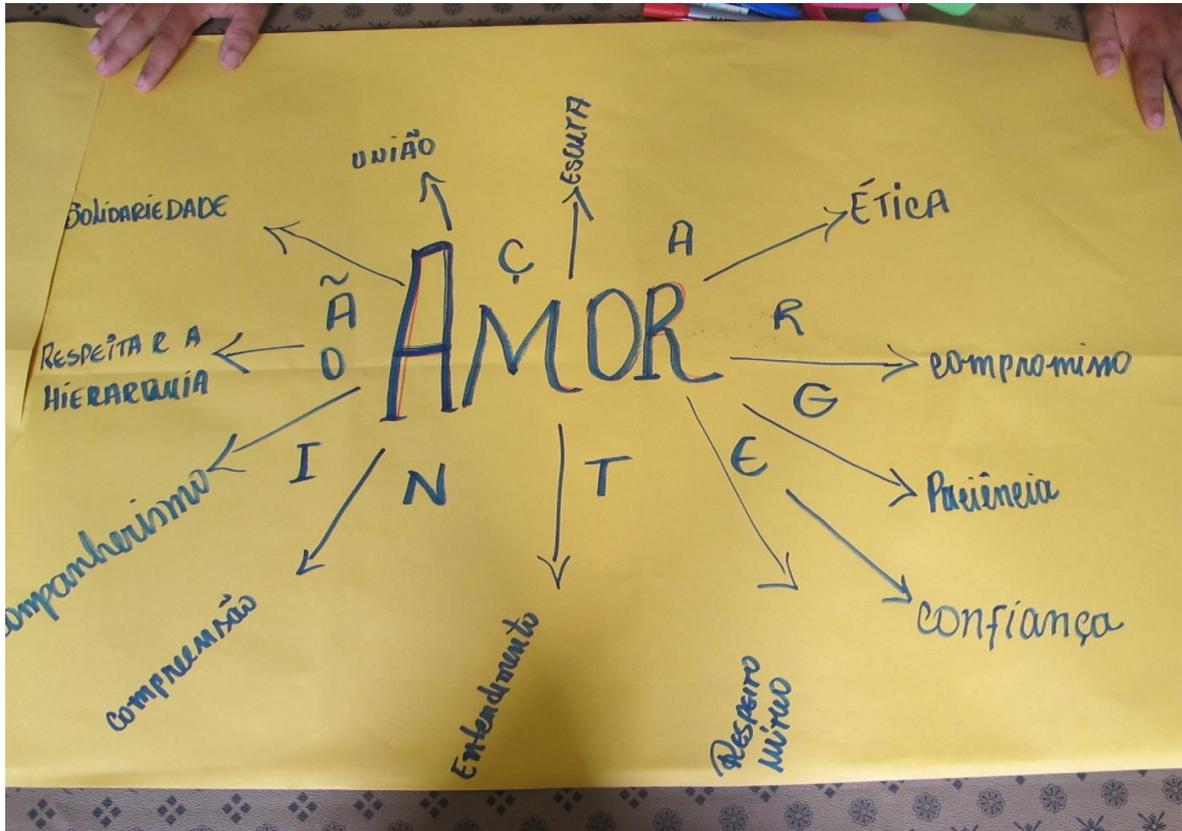
isolados ou compartilhados, mas não interativos e integrados. Os profissionais, portanto, expressaram, em sua maioria, a importância de orientar suas relações de trabalho para um campo comum onde seja possível criar projetos terapêuticos que atendam às necessidades da população. A produção de projetos coletivos e de planejamentos compartilhados de saúde precisa ser encarada com apoio pela atual gestão do sistema de saúde municipal, não apenas como uma possibilidade, mas como uma exigência do trabalhador da saúde para o bem-fazer de suas atividades.

#### 4.4 CATEGORIA 3 - O AGIR ÉTICO D AFETIVO NO TRABALHO EM SAÚDE

Explorar a dinâmica da produção de cuidado junto a estes trabalhadores nos fez seguir o rumo das trilhas afetivas que constroem, acreditam eles, o seu principal território de trabalho. Freire (2010) exaltaria as impressões dos trabalhadores a esse respeito porque, de acordo com ele, estariam se assumindo como seres históricos, pensantes, comunicantes, capazes de transformar, criar, realizar sonhos, de ter raiva e amar.

Na primeira fotografia, encontramos o cartaz que uma das equipes produziu. No miolo do cartaz, a palavra “amor” é circundada pela palavra “integração” e é de onde se emanam setas em cujas pontas são vistas palavras que os trabalhadores acreditam ser essenciais ao trabalho em saúde.

Foto 1 - Produção do círculo de cultura 2



Fonte: Oliveira (2015)

Já na segunda produção, temos como centro da fotografia a “comunidade”. Para a comunidade, apontam-se vetores em cujas raízes percebemos algumas palavras parecidas, já que seriam aquelas que compõem condições ótimas para um bem-servir na área da saúde. Mesmo assim, encontramos algumas particularidades.

Foto 2 - Produção círculo de cultura 2



Fonte: Oliveira (2015).

O amor não pode ser delimitado por barreiras físicas, ele precisa se expandir para produzir efeitos em todas as ações que permeiam o cotidiano da saúde. O profissional de saúde tem, como um de seus compromissos, assumir um pensar certo, um agir ético e coerente com seus esforços de trabalho. Por isso, a equipe elencou que o amor ao trabalho promove solidariedade, ética, paciência e o compreensão.

A Política Nacional de Educação Popular (PNEPS), é uma estratégia do SUS que visa reafirmar os princípios do SUS e suscitar a garantia dos direitos à saúde mediante a ampliação da participação popular nos processos decisórios e educativos no setor saúde. Entre os princípios teórico-metodológicos para efetiva implementação da PNEPS, destacam-se dimensões filosóficas, políticas e éticas do trabalho em saúde, as quais podemos citar: o diálogo, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, o compromisso com a construção do projeto democrático e popular e, transversalizando esses eixos, a amorosidade (BRASIL,2012). A valorização da amorosidade implica a incorporação de trocas emocionais para ampliação da sensibilidade e do diálogo nas relações produtoras de cuidado.

A PNEPS considera que, por meio do afeto e da humildade, se fortalece o reconhecimento e o acolhimento do outro enquanto sujeito portador de direitos e construtor de

saberes, cultura e história. Alerta-nos, ainda, que este princípio filosófico e ético que é a amorosidade não pode ser confundido com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado. Ao contrário, busca superar as situações de sofrimento em comum e a injustiça. À leitura de Silva (2012), podemos enxergar a fotografia com a vontade de pensar que os trabalhadores quiseram construir territórios de trabalho afetivo para promover uma produção desejante do cuidado e para desterritorializarem-se daquilo que lhes causa sofrimento e indignação.

Estando dentro do coração de cada trabalhador, a comunidade é, de acordo com a segunda equipe de trabalhadores, o lugar espacial e temporal para onde todas as forças produtoras de cuidado se voltam. A assiduidade, o trabalho em equipe, a busca pelo conhecimento, a responsabilidade fazem sentido porque é na comunidade que se operam as ações promotoras de saúde. Adicionam que, mantendo com a comunidade boa comunicação, podem obter êxito na integralidade do cuidado, porque, inclusive isso, será produto de uma construção coletiva e compartilhada.

Como vimos, a comunidade é aquilo que dá suporte e sentido ao trabalho em saúde da família, que continuaremos chamando de APS. Emanando o amor ao que faz e, em sentido contrário, concentrando na comunidade as palavras geradoras de sentido ético ao trabalho, os profissionais puderam expressar graficamente a consciência que detêm de seus modos de agir no trabalho.

As gravuras nos mostram e Freire (2010) nos ensina que já não é possível ao trabalhador (da educação, da saúde) existir sem assumir o direito e o dever de optar, de decidir, de lutar, de fazer política. Isto porque compreendemos que o trabalho em saúde é eminentemente ético e político.

O amor (ao trabalho em saúde), não é aquele amor romântico, tolo não. É esforço, é persistência, é luta; porque senão você desiste e não vai fazer bem o seu trabalho e a quem precisa do seu trabalho. Você precisa integrar todos esses elementos aqui que a gente colocou em volta pra fazer seu trabalho com competência, com amor verdadeiro (T11 C2).

A trabalhadora acima percebe o trabalho em saúde eminentemente ético. Isto porque a trabalhadora entende que há opção, há decisão por pensar certo e agir certo no trabalho em saúde. Reflete que é preciso resistir ao platônico e insistir na luta pela dignidade de quem precisa para trabalhar bem. Percebe que não deve se eximir da responsabilidade de esperar, mesmo em face de fatalismos. Assim como Paulo Freire, acreditamos, ela e nós,

que a história se faz num cotidiano tempo de possibilidades e não de determinismos (FREIRE, 2014b).

Daí, faz-se necessário constantemente enfrentar o cruzamento de braços e despertar para a necessidade da descoberta de potências, frente a tantas situações limitantes dos movimentos de produção do cuidado. A solidariedade e a ética, por exemplo:

Eu chego, trago (o paciente) a pé comigo, peço pro T6 levar de volta pra casa de moto! [risos] Chego na casa da pessoa, nem ela nem a cuidadora sabem ler? Aí eu mesma divido os medicamentos nas cumbuquinhas e explico. Eu sei que, quando eu voltar lá, vou ter que fazer tudo de novo. É assim mesmo. Mas eu faço de boa (T10 C2).

De potência mesmo que eu vejo é o fato de a gente agir sempre com ética, tratando todos com direitos iguais. O SUS preconiza isso, que todos tenham direitos iguais (T16 C2).

Agir com ética foi uma das formas de luta mais recorrentes na fala dos participantes destes círculos de cultura. Neste momento, os próprios participantes consideraram importante conceituar ética, a fim de que ficasse claro sobre o que se estava falando:

A ética tem relação com direitos e deveres, da minha parte e da parte do paciente, da parte do colega que trabalha comigo também (T6 C2).

Eu acredito que ética seja aquilo que vai levar ao trabalho bonito, benéfico [...] nem melhor pra um e nem pior pra outro, mas agindo de acordo com a igualdade (T7 C3).

Freire (2010) pauta seu modelo de educação popular na dialogicidade crítica e anti-hegemônica. Pelo diálogo problematizador, é possível disparar processos de tomada de consciência ético-crítica até a conscientização. Paulo Freire pensa a partir do oprimido para permitir-lhe, tendo voz, se perceber um ser construtor da própria história. Comprometido com esta prática, o autor teoriza que a ética da vida se realiza e se faz no mundo e com o mundo, com seres humanos protagonistas de seus destinos, na autonomia e na liberdade.

Nos estudos de Borges (2014), entendemos que a ética freiriana quer colocar as ações humanas no centro das decisões e, por isto mesmo, precisam ser fundadas na ética, no agir certo, naquilo que vai ser bonito e benéfico, “nem melhor e nem pior” para ninguém e, ao mesmo tempo, para todos. É nessa relação dialógico-problematizadora que se sustenta a cidadania.

A ética que encontramos nas leituras de Paulo Freire não está pautada em dogmatismos, nem em neutralidade. Ao contrário, é uma ética engajada na comunhão com os oprimidos (BORGES, 2014). Lutas, alegrias, esperança, solidariedade e tolerância são alguns exemplos dos princípios fundamentais que emergem da ética freiriana e parecem estar mais fortemente vinculados à fala dos trabalhadores da UAPS RC:

[...] é você procurar agir corretamente com o trabalho que te foi proposto (T13 C3).

Você tem que ter ética na abordagem do paciente. Às vezes a casa dele é mais humilde, não tem aquela higiene toda, eu não devo tratar diferente de uma pessoa que tem uma casa mais asseada. Eu tenho que ter cuidado igual (T4 C2).

Os princípios do SUS referentes à integralidade e a universalidade mostram-se dinamizadores dos atos produtores de cuidado e imbricados de uma verdadeira atitude ética. A ética não é algo abstrato, toma forma na consciência da implicação e se torna concreta no agir certo. O princípio ético-crítico freiriano, também conhecido como práxis libertadora, é uma ação cultural voltada para a intervenção e modificação da realidade pela atitude ética, concebida no princípio do protagonismo dos sujeitos e desenvolvimento de seus potenciais de autonomia (BORGES, 2014).

Ética é ter compromisso. Mas aí tanto eu, profissional, quanto o paciente. É complicado porque às vezes o paciente tá naquela de esperar que a gente resolva todos os problemas dele e ele não vem em busca da solução. Mas aí a gente vem e orienta, educa no sentido de fazer ele se dar conta que ele é responsável pela saúde dele (T5 C3).

O trabalhador compreende que a ética em seu trabalho está condicionada ao compromisso de estabelecer um diálogo problematizador e promotor de corresponsabilização. Esse sentido expresso de educar é aqui entendido como uma força capaz de ressignificar para o paciente a assistência à saúde de que precisa e que pode vir a conseguir, tornando-se, pois, autônomo e livre para pensar sua responsabilidade quanto à própria saúde.

Essa tendência à corresponsabilização entre profissionais de saúde implicados e pacientes já fora percebida em outras falas, outros momentos. Estreitar o diálogo é imperativo até para dar ao conhecimento do paciente quando sua necessidade à saúde entre em conflito ético com as necessidades de saúde da coletividade.

Tem paciente que tem um certo poder aquisitivo que quer ser atendido primeiro; isso é faltar com a ética a meu ver; essas pessoas mais esclarecidas que querem passar por cima do direito de todos (T17 C3).

A trabalhadora percebe que o abuso da capacidade decisória do paciente de passar na frente de todos é promotor de conflito ético. Percebe também que há uma lógica entre o “poder aquisitivo” e o “esclarecimento”, ou que poderíamos interpretar como escolarização. Freire (2014) nos esclarece que a visão da trabalhadora está correta em assim criar esta relação porque as classes dominantes enriquecidas pelos ciclos econômicos históricos brasileiros tendem a emergir em escolaridade e a se constituírem como classe intelectualizada e, portanto, dominante. Como tal, essa classe dominante e *esclarecida* pela escolarização se percebe nobre e, como tal, se questiona “por que não ser atendida logo?”.

A trabalhadora tensiona a dificuldade da classe dominante em exercer a cidadania das coletividades. Essa consciência foi adquirida pela observação crítica da prática com que enxerga o entrar e sair de pacientes do consultório que ocupa. Essa fala também suscita a discussão sobre a equidade, sobre como oferecer cuidados em saúde a quem mais teve seus direitos historicamente negados, como forma de corrigir as iniquidades e promover a justiça social através do campo saúde.

Tão importante quanto o agir ético com o usuário do SUS é o agir ético também entre pares. Cuidar dos espaços de trabalho e acolher colegas de trabalho, desenvolvendo a necessária solidariedade entre eles é um agir ético imprescindível para as atividades produtoras de saúde. Para cada trabalhador, é importante perceber que é no grupo, por meio da dialogicidade, que se edifica um trabalho humanista e acreditador do serviço prestado.

Aprendemos dessa categoria que assumir-se trabalhador da saúde é procurar comprometer-se com uma ética própria, particular, mas, ao mesmo tempo, geral, que prega o rigor na integralidade das ações de saúde e a promoção da dialogicidade, de modo que todos os implicados nesse processo sintam-se capazes de compreender e agir para a produção de cuidado como um dever de intervenção no mundo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, viemos revisitar algumas questões apreendidas durante o desenvolvimento desta pesquisa. No ato de construir, desconstruir e reconstruir este trabalho, círculos de cultura mentais, internos, pessoais, surgiram problematizando falas, leituras e discursos, traçando novas situações-limites e buscando sempre as potencialidades, para não se perder o hábito de esperar.

Estudar as percepções dos trabalhadores de saúde acerca do modo como produzem cuidado, seja em APS, seja em ESF ou qualquer modo de produção do cuidado, é sempre algo inacabado porque é feito por pessoas e para pessoas. Precisamos nos reconhecer como seres inacabados e, portanto, em constante provocação ao aprendizado. Como tais seres inacabados, temos de procurar perceber as sutilezas de nosso lugar no mundo e constantemente ressignificá-lo, para prevenir o endurecimento da existência.

Neste estudo apreendemos que o trabalho em saúde é basicamente relacional e eminentemente ético. Dizemos que é relacional porque é através do movimento entre profissionais de múltiplas categorias, usuários do SUS e gestores que surge o processo produtivo da saúde. O trabalho de produzir assistência em saúde requer o encontro entre sujeitos individuais ou coletivos e é um serviço consumido no momento que é produzido.

A boniteza do trabalho em saúde repousa no fato de exigir uma prática de produção de cuidado dialógica, afetiva e estética. Podemos afirmar, também, que o trabalho em saúde é eminentemente ético porque requer respeito à liberdade e à autonomia, à capacidade decisória das pessoas envolvidas neste encontro e às culturas dos sujeitos. O respeito à autonomia do trabalhador e à dignidade de cada sujeito envolvido no processo produtivo do cuidado um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não pedir concessão.

Entendemos que as decisões político-governamentais naturalmente atendem a interesses do mercado e afetam diretamente os modos de se fazer saúde e produzir cuidado. Nesse contexto, nos perguntamos: *quais as capturas que a macropolítica realizou que mais implicaram a produção de cuidado da APS de Fortaleza?* A estrutura do sistema de saúde municipal que atualmente dispomos mostra-se como uma macroestrutura de apoio à medicina baseada em evidência e, como tal, precisou fundamentar-se nas evidências científicas, em avaliações econômicas e tecnológicas da saúde. É um formato de gestão gerencial.

Esse modelo de atenção à saúde que se parametriza pela medicina baseada em evidências valoriza as tecnologias duras a fim de integrar verticalmente os pontos das redes de

atenção à saúde. A macroestrutura lança mão de tecnologia da informação para conectar usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Os detentores e defensores deste modelo determinam que todas atividades precisam ser registradas eletronicamente para gerar *data* e auxiliar nos processos de tomada de decisão das ações de saúde. As informações que alimentam esse sistema precisam dizer o percurso do paciente no sistema de saúde, programar e analisar suas demandas, enquadrá-lo dentro de diretrizes clínicas para receber assistência, avaliar os resultados e oferecer informações dos custos de todo o processo. Para os formuladores desse modelo de atenção, trata-se de um mecanismo não só orientador dos fluxos de atendimento, como também proponente de mudança na forma de pensar a saúde, menos empírica e mais direcionada ao êxito dos resultados para melhoria dos indicadores da saúde.

A organização do serviço de APS a partir de outros referenciais, claramente diferentes dos referenciais habituais da ESF, promoveu reverberações negativas entre os trabalhadores. O que se vê na prática é que, no que tange ao espaço-tempo relacional do trabalho em saúde, à tecnologia leve, considerada essencial ao trabalho em saúde por diversos autores, esse modelo de atenção se mostrou esmagador da subjetividade do trabalhador. À custa da autonomia e da capacidade decisória do trabalhador da saúde, esse sistema busca ser efetivo. Na verdade, percebemos, implica um modo de pensar a saúde e organizar o trabalho, coniventes com as exigências da lógica de mercado, onde o trabalhador só encontrou desprazer.

O modelo de atenção vigente funciona para manter uma relação custo/benefício e custo/efetividade favorável ao sistema de saúde que o financia. Visualizamos, assim, uma organização idêntica à de uma instituição privada que visa a lucros, redução de custos, aumento da lucratividade, cumprimento de metas, avaliação de resultados. Pressionados pela compreensão de trabalharem, no momento, como “burros de carga”, “buchas de canhão”, os trabalhadores enfrentam o fato de não poderem mais ser capazes de planejarem as ações de saúde necessárias aos seus territórios, de perderem suas dimensões cuidadoras e terem o trabalho em equipe delimitado às reuniões informais.

Antes protagonistas e propositores de ações e correções dos rumos da saúde local, os profissionais se (re)conhecem agora como realizadores de tarefas de um trabalho parcelado, subordinado à tecnologia dura e com peso das forças institucionais sobre suas capacidades produtiva e decisória. Pelo que foi possível compreender das falas, o modelo que organiza os processos de trabalho na APS de Fortaleza reduziu o contato dos profissionais

entre si e com os pacientes, fato este dificultado pelo uso de metas de um número previamente demarcado de visitas a realizar ou de atendimentos se fazer.

Seria ingenuidade pensar que as regras econômicas que regem o mercado não têm interferência direta nas questões de arbítrio da saúde pública. Nem queremos tomar a saúde como algo intocável que não tolera disputas de mercado. Porém, cremos que as exigências do mercado não deveriam ganhar a disputa; que aqueles que compõem o círculo do controle social do SUS deveria se apropriar cada vez mais de seus espaços de vocalização e suscitar debates para fazer frente a formas excludentes de produzir saúde.

Saúde é vida e vida é existência. Paulo Freire nos ensina que a vida existe para muitos, mas somente para o ser humano ele tem suporte de existência no mundo. Nesse caso, vale a pena pensar o quanto estamos aceitando tacitamente que a nossa existência no trabalho em saúde ou a nossa vivência enquanto pacientes seja transversalizada por questões econômicas, financeiras. Dentro dos encontros realizados, as temáticas que mais produziram ecos diziam respeito a elementos que circundam a produção de cuidado e que independem de maquinário ou informatização.

O agir ético no trabalho obteve reverberação intensa porque se mostrou uma forma de resistência entre os trabalhadores da saúde. Respeitar a liberdade e a autonomia dos pacientes são maneiras que os trabalhadores encontraram para pensar certo as suas produções de saúde. Esse movimento de pensar certo para agir certo se mostrou uma forma de luta para quando os mesmo direitos são negados ao trabalhador. Os profissionais são constantemente tensionados aos fatalismos encontrados no percurso de seus trabalhos, mas, pelo discurso, se negam a determinismos. Promovem exercícios constantes de ética e solidariedade.

Esses exercícios envolvem, primordialmente, a promoção do autocuidado e a prática da coparticipação nos projetos terapêuticos e responsabilização do cuidado. Os trabalhadores defendem em vários momentos que educar o paciente, orientá-lo e organizar suas práticas de saúde, de maneira a estar em constante acordo-desacordo-novo acordo com os pacientes é uma maneira saudável de favorecer o cuidado em saúde emancipado e consciente.

Acreditam eles na capacidade de se solidarizar e se colocar no lugar do outro. Para produzir cuidado, percebem, deve haver uma empatia, uma forma de agir com justiça, baseando-se na percepção da real necessidade de saúde da pessoa. No campo teórico, o trabalhador se mostra sensível aos apelos da produção de saúde, se sente impelido a agir de maneira afetuosa e empática com seu paciente e tende a demonstrar interesse nesta prática. Em contrapartida, o discurso revela trabalhadores fragilizados, engessados e domesticados

pela institucionalização, com dificuldade de demonstrar sua infelicidade diante dos ordenadores do serviço. Sentem-se mais seguros em compartilhar falas de indignação em grupos pequenos e homogêneos. Quem sabe para favorece um mecanismo de defesa que é a vitimização.

Em grupos, nas equipes é onde os profissionais se sentem seguros. Acreditam que protejam uns aos outros das agruras infligidas pela gestão e são capazes de, juntos, alimentar suas forças de vontade para continuar trabalhando. As equipes se mostraram unidas pela informalidade dos encontros nos corredores e consultórios. Não foi obtido nas falas sinais de fortalecimento da produção de cuidado e dos vínculos de trabalho pelo fato de sentarem juntos para planejar. Uma das trabalhadoras percebia em si dificuldade inclusive de manifestar vínculos de amizade. Quanto a isto, no entanto, os profissionais ainda assim, não são unânimes, posto que pode ser gerador de conflito.

Percebemos ausência de autonomia e de articulação das ações, o que dificulta que as equipes encontrem espaços para elaboração de projetos assistenciais locais que atendam de maneira mais ampla às necessidades da população. A PNAB é clara ao suscitar aos gestores da saúde que os profissionais de saúde da APS devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar as ações que respondem às necessidades da comunidade em que estão inseridos. Na prática, isso não vem ocorrendo. Tendo como parâmetro a ESF, onde os trabalhadores detinham conhecimento do território e certa autonomia planejar a aplicabilidade das práticas produtoras de cuidado, os trabalhadores da UAPS RC decretaram, com tristeza, o fim da ESF no município de Fortaleza.

Ainda assim, o ato de cuidar se mostrou marcado pelo afeto. As polifonias reverberaram uma afetividade de resistência, de luta. Isso pode ser interpretado da perspectiva que apreendemos de que todo trabalhador precisa ser reconhecido pelo seu trabalho. Eles resistem a terem suas maneiras de cuidar e pensar a saúde homogeneizada pela parametrização dos processos de trabalho. Acreditam, então, que, resgatando os afetos no modo de cuidar possam dividir o protagonismo das ações de saúde com o paciente, uma vez que não encontram respaldo para tanto na gestão do serviço de saúde.

Reconhecem os trabalhadores da UAPS RC a importância de se afetarem pela dimensão do direito e do dever, de um envolvimento coletivo para apontar soluções, de serem propositivos a fim de romperem com processos cíclicos de sofrimento. Não de maneira ingênua, mas ideológica, acreditam no afeto cuidador de seus trabalhos, porque acreditam num vir a ser ESF diariamente, muito embora percebam que a família e a comunidade não sejam mais o cerne do novo processo de produção do cuidado.

Para alcançar essas falas, gestos, sentimentos e expressões tão subjacentes em cada participante, foi imprescindível o uso do círculo de cultura como metodologia. Esta pesquisa promoveu uma discussão há muito latente entre o grupo de trabalhadores da UAPS RC. Estas provocações aqui realizadas serviram para tomada de consciência de seus lugares e tamanhos dentro das estratégias de promoção da saúde e produção do cuidado.

Fortes aliados da pesquisa-ação, os círculos de cultura nos permitiram visualizar com mais clareza quais foram realmente as situações limitantes da produção de cuidado e quais potencialidades podem surgir deste dar-se conta. O universo vocabular dos participantes se mostrou coerente com profissionais interessados em realizar serviços que atendessem às necessidades dos pacientes de maneira geral. No momento da problematização, os trabalhadores vivenciaram questionamentos cotidianos e assumiram posição de interesse na melhoria dos serviços de saúde. Entretanto, na investigação de situações limitantes, tenderam a vitimização pelo processo de institucionalização de suas ações produtoras de cuidado. Eles se percebem oprimidos, seres negados de dialogicidade e de autonomia. Encontraram-se, porém, potentes pelo trabalho em equipe.

Vale ressaltar o desejo e o esforço dos profissionais de saúde em fortalecerem o trabalho em equipe, mesmo que o façam sem perceber fazer parte de um mecanismo de defesa contra o sofrimento no trabalho. O pesquisador pôde se encontrar como partícipe desse processo de produção e implicado porque pode captar a fala repleta de comprometimento dos trabalhadores e pôde perceber a boniteza que há ao perceber nos participantes o processo de tomada de consciência.

Precisamos finalizar a construção desta pesquisa com proposições. O resgate da apropriação da produção de cuidado pelos trabalhadores da saúde é imprescindível. Somente reconhecendo a potência da capacidade decisória dos trabalhadores frente às situações de saúde que se colocam em seu território, para além das tecnologias da informação, é que vai ser possível produzir os resultados exitosos de respeito à igualdade e a integralidade do cuidado. Em suma, é para o paciente e pelo paciente, que precisam ser resgatadas a liberdade e a autonomia dos trabalhadores da saúde.

Mas é inadiável dizer que estas discussões que, aqui, tomaram praça, não se encerram no campo teórico. Precisam ser levadas a cada grupo de trabalhadores e trabalhadoras da APS de Fortaleza, a fim de resgatar a autonomia que lhes foi negada pelos processos de mercantilização e homogeneização das práticas produtoras de cuidado. Propomos o uso dos círculos de cultura como substituintes das rodas de gestão que foram simplesmente suprimidas, deixando, assim, de haver espaços e tempos de dialogicidade.

Capacitado para isso, cada trabalhador por vir a ser um facilitador de círculos por vez, por encontro, de maneira cíclica, para evitar centralizações do conhecimento e da capacidade de intervenção. Para isso, é preciso agenciamentos para que a gestão se mostre disponível para aceitar as proposições que busquem o resgate da autonomia e não da automatização dos sujeitos.

Acreditamos que os círculos de cultura podem vir a contribuir para produção de relações que se apoiem nos afetos e encontros que ressignifiquem a alegria como potência para resgatar as produções almeçadas. Os trabalhadores se mostram disponíveis ao saber, sensíveis à boniteza do trabalho em saúde e instigados por desafios que os puxam no rumo da burocratização, mas que eles insistentemente batalham para superação. No entanto, são conscientes de suas limitações.

Com este formato de pesquisa, foi possível visualizar os círculos de cultura como espaços em que cada um traz algo de si para o grupo e, ao final de cada encontro, leva algo do grupo para si. Percebemos que os trabalhadores iniciaram um processo devolutivo das descobertas e dos ganhos advindos desses encontros porque vinham desenvolvendo autonomia para propor temas geradores para encontros seguintes e percebiam, na ambiência da pesquisa, um espaço seguro de dialogicidade.

Os trabalhadores se apropriaram dos círculos de cultura como estratégia segura para a retomada das rodas/reuniões. Solicitaram que a pesquisadora disparasse esse movimento de retorno a essas rodas pautadas pela atividade de círculo de cultura e que, como consequência, formasse outros profissionais facilitadores da estratégia pra gestão compartilhada do espaço de trabalho. A pesquisadora se prontificou a pactuar com a gestão local momentos apropriados para as atividades. Imperioso se faz crer e, mais do que isso, trazer como um lema para vivência do trabalho, a frase de Freire (2010): “sei que as coisas podem até piorar, mas também é possível intervir para melhorá-las”.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L.H.S. et al. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2012. Abr-Jun; 21(2): 401-408.
- ANDRADE, L. M. O., BARRETO, I. C. H. C, BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 2012. 907p.
- AYRES, J. R. C. M. **Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS**: lições aprendidas e desafios atuais. Interface Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.
- \_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Volume 7, número 1. p. 63-72, 2001.
- AZEVEDO, C. S. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. 423p.
- BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. Tradução de Paulo Bezerra. 6ª edição. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2011, 512p.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Editora Líber, 2007. 159p.
- BARRETO, A. P. **Currículo Lattes**. Acesso em: 23 nov. 2015. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/8155674496013599>>.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto. 1ª edição, 2ª reimpressão. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.
- BARROS, R. B., BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho, S. B., Barros, M. E. B. **Trabalhador da saúde, muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalhador da saúde. Ijuí, SP: Ed. Unijuí, 2007. 272p.
- BESERRA, E. P. et al. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, volume16, suplemento 1, p. 1563-1570, 2011.
- BORGES, V. O princípio ético-crítico freiriano. **Revista Diálogo Educacional**. Curitiba. Volume 14, número 41. p.213-231, 2014.
- BOURGUIGNON. J. A. O processo da pesquisa e suas implicações teórico-metodológicas e sociais. **Revista Emancipação**, número 6, volume 1, p. 41-52, 2008.
- BRAGA, M.M.S.C. **Escola pública e vontade política. Icapuí – CE**: uma escola possível para os filhos das classes trabalhadoras. Fortaleza, 1998, 179p. Dissertação de Mestrado. [Mestrado em Educação]. Universidade Federal do Ceará. 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa - CONESP. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **RESOLUÇÃO CONESP 466/2012**. [Mimeo] Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 12p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011, volume 1, p. 291.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - Trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. Livro 1, 104p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - Trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. Livro 2, 160p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional da atenção básica**. Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2012, 110p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política de Educação Popular em Saúde**. [Mimeo] Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 26p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2008. 4ª edição, 1ª reimpressão. 72p.

CAMPOS, G.W.S., CUNHA, G. T. Método Paidéia para GO-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista ORG & DEMO**, Marília, SP. 2010. Volume 11, número 1, p. 31-46, jan/jun.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E .E.; ONOKO, R. T. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997, p. 229-266.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, saúde educação**. Botucatu, SP, 2005. Volume 9, número 17, p. 398-400.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2006.

CIAFFONE, A. C. R, GESSER, M. Integração saúde e educação: contribuições da psicologia para a formação de educadores de uma creche em sexualidade infantil. **Revista Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, 2014. Volume 34, número 3, p.774-787.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008, v. 24, n. 1, p. 7-27.

- COSTA, M. F; SILVA, L. M. S. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 14, núm. 2, 2013, p. 438-447.
- COSTA, S. de M., et al. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2014, v. 22, n. 3, p. 292-299.
- DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 160p.
- DURAND, M. K., HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Revis Esc Enferm**, USP, 2013; v. 47, n.2, p. 288-295
- ELLERY, A. E. L., et al. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013, v. 23, n. 2, p. 415-437.
- ESCOREL, S., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M., SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2007, número 21, p. 164-176.
- FERNANDES, M. C. P., BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2010, vol. 63, n. 4, p. 567-573.
- FERREIRA, A. G. N. **Círculo de cultura com adolescentes pertencentes a grupos religiosos e a prevenção do HIV/AIDS**. Fortaleza, 2010, 136p. Dissertação de Mestrado. [Programa de Pós-graduação em Enfermagem]. Universidade Federal do Ceará, 2010.
- FERTONANI, H. P., et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, 2015, volume 20, número 6, página 1869-1878.
- FEUERWERKER, L. C. M., **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2014. 174p.
- \_\_\_\_\_. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Interface - Comunicação, saúde, educação**. Volume 9, número 18, p. 489-506, set/dez, 2005.
- FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão de 2007 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**. Acesso em: 27 nov. 2014. Disponível em: <<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/relatorios.download>>.
- \_\_\_\_\_. **Plano Plurianual de 2010-2013**. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Acesso em: 24 nov 2014. Disponível em: <<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/coordenadorias>>.
- \_\_\_\_\_. **Diretrizes clínicas para estratificação dos grupos prioritários**. [Mimeo] 20p. 2014.

\_\_\_\_\_. Edital nº 09/2015. Concurso público para provimento de cargos efetivos de técnico em enfermagem, técnico em higiene dental e auxiliar em saúde bucal. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**, nº 15455. 30 de janeiro de 2015. 80p.

FORTUNA, C. M., et al. Cartographic notes on the work in the Family Health Strategy: relationships between workers and the population. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2012, v. 46, n. 3, p. 654-61.

FRANCO, T. B., ANDRADE, C. S., FERREIRA, V. S. C. **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009. 164p.

FRANCO, T. B. A reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado da saúde. In: \_\_\_\_\_; MEHRY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013. 361p.

\_\_\_\_\_. As redes na micropolítica dos processos de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R., Matos, R. A. **Gestão em redes**. LAPPIS-IMS/UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade** [e-book]. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2014a. 149p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2010. 148p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido** [e-book]. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2014b. 253p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança** [e-book]. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2014c. 336p.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 1100p.

GÓES, F. S. N., et al. Necessidades de aprendizagem de alunos da Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2015. Jan-fev; 68(1): 20-25.

HEIDEMANN, I. T. S. B., et al. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2010, volume 63, número 3, p. 416-420.

\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde de mães adolescentes: investigação temática de freire na saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, 2011. Jul-set; 12(3): 582-88.

\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Revista Ciência & Saúde Coletiva, Brasília**, 2014, volume 19, número 8, p. 3553-3559.

HEIMANN, L. S.; INBANHÊS, L. C.; BOARETTO, R. C.; et.al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades da Região Metropolitana de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2011, volume 16, número 6, p.2877-2887.

- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos demográficos de contagem populacional para os anos censitários, 2013**. Brasília. Acesso em: 12 nov. 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/saude.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza|infogr%Elficos:-estabelecimentos-de-sa%FAde-e-morbidade-hospitalar>>.
- IPEA, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas Do Desenvolvimento Humano**. Acesso em: 27 nov. 2014. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/fortaleza\\_ce](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/fortaleza_ce)>.
- JUNQUEIRA, T. da S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(5): 918-928, mai, 2010.
- KELL, M. do C. G, SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1533-1541, 2010.
- LABVIDA, Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará; COVIO, Laboratório de Estudos de Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará. **Mapa da Criminalidade e Violência de Fortaleza: cartilha SER III**. 2011, 19p.
- LIMA, L. de, et al. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.17-24, 2014.
- MARTINS, A. K. L. **Círculos de cultura em saúde mental: perspectivas de equipes da estratégia saúde da família**. Fortaleza, 2009, 156p. Dissertação de Mestrado. [Programa de Pós-graduação em Enfermagem]. Universidade Federal do Ceará. 2009.
- MASSAROLI, R., et al. **Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2015; 19(2): 252-258.
- MATTOS, R. A. Em busca de novos projetos coletivos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, volume 4, número 2, p.250-252, 1999.
- MATUMOTO, S., et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 603-610, 2011.
- MELO, M. R. C., DANTAS, V. L. A. Círculos de cultura e promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, número 25, volume 3, p. 328-336. 2012.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 549, p. 2012.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, volume 17, número 4, p. 758-64, out/dez 2008.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Malta, D. C. et al, **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. Reescrevendo o público. São Paulo, Xamã Editora, 1998, p. 103-120.

\_\_\_\_\_. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2014. 4ª edição. 189p.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31ª edição, Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2012. 80p.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 398p.

MONTEIRO, E. M. L. M e VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, volume 63, número 3, p.397-403, mai-jun, 2010.

MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re)construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiros do PSF do Recife/PE**. Fortaleza, 2007, 179p. Tese de doutorado. [Programa de Pós-graduação em Enfermagem]. Universidade Federal do Ceará. 2007.

MULLER NETO, J. S., ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, volume 30, número 1, p. 68-78, Jan. 2014.

NAU, A.L., et al. Educação sexual de adolescentes na perspectiva freireana através dos círculos de cultura. **Rev Rene**. Volume 14, número 5, p. 886-893. 2013.

NETO, W.B., et al. Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. volume 18, número 2, p. 195-201. 2014.

NUNES, A. A., et al. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 452-467, jul-set 2014.

OLIVEIRA, A. K. S. de, et al. Alternative experiences rescuing knowledge for working processes in health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 945-951, 2012.

ONOKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Volume 10, número 3. p. 573-583. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária nas Américas. Documento de posicionamento da Opas**. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO), 2005. Acesso em: 27 nov. 2014. Disponível em: <www.opas.org.br>.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 547-573, 2013.

PEDUZZI, M., SCHRAIBER, L.B., O processo de trabalho em saúde. In: Pereira, I.B., Lima, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2ª edição, 2008. 479p.

PINTO, A. C. S. **Círculo de cultura com jovens usuários de cocaína/crack visando à prevenção do HIV/AIDS**. Fortaleza, 2013, 127p. Dissertação de Mestrado. [Programa de Pós-graduação em Enfermagem]. Universidade Federal do Ceará. 2013.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho, estudo em instituições escolhidas**. Campinas, 1996. 347p. Tese [Doutorado em Sociologia]. Universidade Estadual de Campinas, 1996.

\_\_\_\_\_. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista brasileira de Enfermagem**. Brasília. Volume 53, número 2, abr/jun, p. 251-263. 2000.

RIBEIRO, E. M., PIRES, D., BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, volume 20, número 2, p. 438-446, mar-abr, 2004.

ROSEMBERG, A.M.F.A. Breve história da saúde pública no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Medbook, 7ª edição, 2013. 736p.

SÁ, M. C. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Volume 4, número 2. p. 255-258, 1999.

SAMPAIO, J. J. C., HITOMI, A. H., RUIZ E. M. Saúde e trabalho: uma abordagem do processo e jornada de trabalho. Im: \_\_\_\_\_; CODO, W. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1995, 213p.

SANTOS, A. L., et al. **How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care**. Invest Educ Enferm. 2014; 32(2): 260-269.

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizadas: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Trabalhador da saúde, muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalhador da saúde. Ijuí, SP: Ed. Unijuí, 2007. 272p.

SCHRAIBER, L. B., PEDUZZI, M., SALA, A., NEMES, M. I. B., CASTANHEIRA, E. R. L., KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Volume 4, número 2, p. 221-242, 1999.

SERRA, G. M. A., SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

SHIMIZU, H. E., ROSALES, C. Family perspective on a family care program. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 16, n. 5, p. 883-888, set-out, 2008.

SILVA, B. T., et al. Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. **Revista Ciência e Cuid Saude**, 2008, Abr-Jun; 7(2): 256-261.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família: uma cartografia da micropolítica**. Fortaleza, 2012, 200p. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Ceará. [Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva]. 2012.

SILVA, M. R. F., PONTES, R. J. S., SILVEIRA, L. C. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, número 20, esp2, p. 784-788, dezembro/2012.

SILVA, M. R. F., SILVEIRA, L. C., PONTES, R. J. S., VIEIRA, A. N. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, Minas Gerais. Volume 19, número 1, p. 249-254. jan/mar, 2015.

SOUZA, J. M. et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Brasília, volume 19, número 7, p. 2265-2276. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002. 726p.

TAVARES, M. de F. L., et al. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 5, p. 1054-1062, mai, 2009.

TEIXEIRA, C. F. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Ceps-ISC, 2002. 178p.

TESSER, C. D., NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. Volume 23, número 3. p. 869-883, 2014.

TRAD, L. A. B., ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, saúde e educação**. Volume 13, supl. 1, p. 557-570, 2009.

WEFFORT, F. C. Educação e política. In: **Educação como prática da liberdade** [e-book]. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2014. 149p.

WHITTEMORE, R., KNAFL, K. **The integrative review: updated methodology**. Journal of Advanced Nursing. 2005; 52(5): 546-53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Declaration of the general director of World Health Organization in joint with the director of United Nations Children's Fund at International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

ZANATTA, E. A., MOTTA, M. G .C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), volume 28, número 4, p. 556-563, 2007.

Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986. **Carta de Ottawa**. Ottawa; Canadá, 19p. 1986.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa do Projeto de Pesquisa intitulado: **Micropolítica das relações de trabalho a atenção primária à saúde e suas implicações para a produção do cuidado**. Por meio desta pesquisa, pretendemos investigar os processos de trabalho na atenção primária à saúde, à luz da micropolítica das relações de trabalho e produção de cuidado e verificar como o trabalhador se percebe como produtor de saúde.

Dessa maneira, gostaríamos de contar com sua participação para que possamos analisar os processos de trabalho em saúde na atenção primária à saúde, as relações de poder e suas implicações na produção de cuidado. É importante conhecermos como se faz o SUS no cotidiano.

Sua participação se dará no momento chamado círculo de cultura, onde nos reuniremos para colocar em discussão as forças potencializadoras e limitantes do trabalho em saúde. As falas serão gravadas e a percepção do pesquisador será anotada em um diário de itinerário. Lembramos, contudo, que os textos e as falas serão mantidas em anonimato, e preservaremos o sigilo da identidade dos sujeitos desta pesquisa, de acordo com a legislação vigente para ética na pesquisa com seres humanos. A divulgação das informações mencionadas só será feita entre os profissionais e pesquisadores do assunto.

Informamos que esta sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir dessa participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Informamos que se a referida pesquisa causar desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, você poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador. Lembramos ainda que não haverá qualquer pagamento mediante a sua participação nesta pesquisa.

Caso seja necessário, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis: Camila Marques da Silva Oliveira e/ou Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (orientadora). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPSAC, Universidade Estadual do Ceará (UECE), avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itapery, bloco central, Fortaleza, Ceará, fone: 3101-9826.

O abaixo-assinado senhor (a) \_\_\_\_\_ declara ser de livre espontânea vontade sua participação voluntária nesta pesquisa. Declara também que leu cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que teve oportunidade de esclarecer suas dúvidas acerca do conteúdo desta pesquisa e que foram completamente

respondidas. Declara ainda que recebeu cópia deste Termo constando assinatura do pesquisador.

Tendo sido informado (a) sobre esta pesquisa intitulada **Micropolítica das relações de trabalho a atenção primária à saúde e suas implicações para a produção do cuidado**, concordo dela participar voluntariamente:

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que aplicou o TCLE: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Atenção: em caso de qualquer questionamento durante a pesquisa o (a) senhor (a) pode se dirigir ao Comitê de Ética e Pesquisa da UECE, Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, entre os blocos J e H, fone: 3101-9890, [www.uece.br/cep](http://www.uece.br/cep).

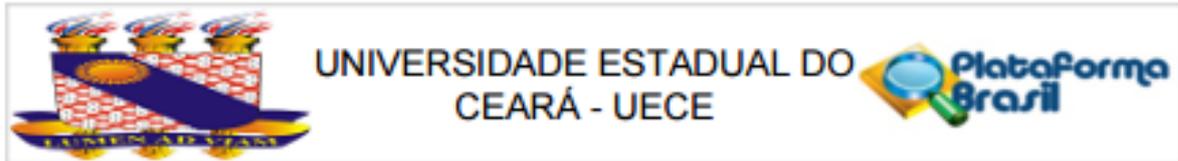
APÊNDICE B – SUGESTÃO DE ROTEIRO PARA PROPOSTA DE PESQUISA DE  
UNIVERSO VOCABULAR EM CÍRCULO DE CULTURA

Pergunta do primeiro encontro: que palavra lhes vêm à mente quando se fala em produzir cuidado?

Pergunta do segundo encontro: como você percebe o seu trabalho em saúde?

Pergunta do terceiro encontro: que palavras ou expressões lhes vêm à mente quando se fala em agir ético no trabalho?

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Micropolítica das relações de trabalho na atenção primária à saúde e suas implicações para a produção de cuidado

**Pesquisador:** Camila Marques da Silva Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42543015.3.0000.5534

**Instituição Proponente:** Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.115.332

**Data da Relatoria:** 19/06/2015

**Apresentação do Projeto:**

O projeto visa investigar os processos de trabalho na atenção primária à saúde, à luz da micropolítica das relações de trabalho e produção de cuidado e verificar como o trabalhador se percebe como produtor de saúde. Para isso, a participação dos sujeitos da pesquisa se dará no momento chamado círculo de cultura, onde se reunirão com o pesquisador para colocar em discussão as forças potencializadoras e limitantes do trabalho em saúde. As falas serão gravadas e a percepção do pesquisador será anotada em um diário de itinerário.

**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar os processos de trabalho na APS, à luz da micropolítica das relações de trabalho e produção de cuidado.

 **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora pondera sobre os riscos e benefícios no TCLE, bem como o que será feito no sentido de prevenir ou minimizar os riscos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e apresenta valor científico.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

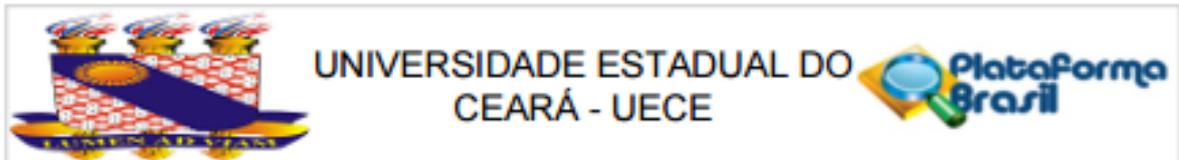
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.115.332

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados TCLE, carta de anuência e folha de rosto assinada.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 19 de Junho de 2015

---

**Assinado por:  
Ana Carina Stelko-Pereira  
(Coordenador)**

Endereço: Av. Sítios Munguba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br

ANEXO B - TARJETAS DE APOIO AO CÍRCULO DE CULTURA

