



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ- UVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Ana Hirley Rodrigues Magalhães

**VIDA DE MARIA: NECESSIDADES DE SAÚDE DAS MULHERES FEIRANTES DO
MERCADO PÚBLICO**

Sobral – Ce

2016

Ana Hirley Rodrigues Magalhães

VIDA DE MARIA: NECESSIDADES DE SAÚDE DAS MULHERES FEIRANTES DO
MERCADO PÚBLICO

Trabalho de conclusão de Mestrado
apresentado à banca defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da
Rede Nordeste de Formação em Saúde
da Família, Universidade Estadual Vale do
Acaráú.

Orientador: Prof.^o Dr. José Reginaldo
Feijão Parente

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Sobral-Ce

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Magalhães, Ana Hirley Rodrigues

Vida de Maria: Necessidades de saúde das mulheres feirantes do mercado público [recurso eletrônico] / Ana Hirley Rodrigues Magalhães. -- Sobral, 2016.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 142 folhas.

Orientação: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

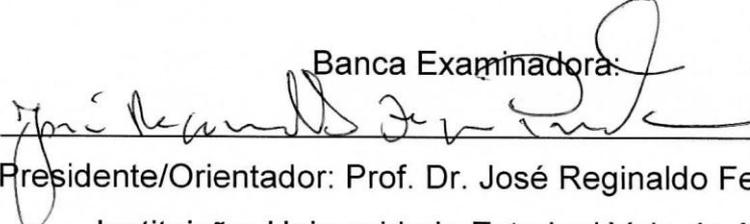
1. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde da mulher. 4. Trabalho feminino. I. Título.

Ana Hirley Rodrigues Magalhães

**VIDA DE MARIA: NECESSIDADES DE SAÚDE DAS MULHERES
FEIRANTES DO MERCADO PÚBLICO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Banca Examinadora:



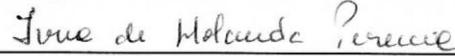
Presidente/Orientador: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú



Prof. 1: Prof.^a Dr.^a Maria Adelane Monteiro da Silva

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú



Prof. 2: Prof.^a Dr.^a Ivna de Holanda Pereira

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú

Data da Aprovação: 07 de novembro de 2016

Sobral-CE

2016

Aos meus filhos Vytal Hirvey e Lucas, razão de meu viver e sentido de minha existência.

Ao querido pai, Ivan (in memoriam), no qual procuro espelhar-me em sua espiritualidade e simplicidade.

E a minha estimada mãe Teresinha, que sempre me incentivou a buscar o melhor para mim sem deixar de se preocupar com os outros também.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento maior a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino e socorro presente nas horas de angústia.

À Andirley e Andreyssa, minhas irmãs, sempre presentes e amadas.

Ao meu esposo José Vytal, ouvinte de algumas dúvidas, inquietações, desânimos, pelo apoio, confiança e pela valorização do meu trabalho.

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF e à Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, pelo apoio à minha participação no mestrado.

Ao Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente, um presente de Deus para as pessoas que têm a honra de conviver e compartilhar de sua simplicidade e sabedoria. A esse orientador, agradecemos a dedicação e as intervenções pertinentes que denotam sua grandeza profissional e pessoal.

À Prof.^a Dr.^a Maria Adelane Monteiro da Silva pelo olhar atento e pelo interesse epistemológico por este trabalho. Seu olhar e suas primorosas intervenções, durante o exame de qualificação, contribuíram muito, para o encerramento desta pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Ivna de Holanda Pereira que muito nos honrou com suas sábias palavras, pelo grande apoio e contribuição na construção deste trabalho.

Aos professores do Mestrado pelas valiosas interlocuções: Prof.^a Dr.^a Maristela Inês Osawa Vasconcelos e Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Araújo Dias por sua sinceridade, encorajamento e valiosas contribuições; Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, pelo incentivo à produção científica e confiança na escrita do artigo que produzimos juntos; Prof.^a Dr.^a Eliany Nazaré Oliveira, Prof.^a Dr.^a Izabelle Mont'Alverne Napoleão, Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Carneiro, Dr. Israel Rocha Brandão, Dr. Marcos Fábio Alexandre Nicolau, Prof.^a Dr.^a Ana Cecília Sucupira e Prof.^a Dr.^a Rebeca Sales Viana pelo incentivo.

À Dayane Paiva de Abreu e Raquel Xavier Guimarães, minhas quase irmãs, por toda a força e ajuda em todos os momentos dessa caminhada.

Aos colegas de Mestrado pela amizade, troca de experiências, convívio e aprendizado.

Às secretárias do Mestrado: Priscila Portela e Sarah Dias pela competência no suporte de nossas necessidades acadêmicas e pelo carinho com que me receberam.

À Secretaria da Tecnologia e Desenvolvimento Econômico- STDE, pela autorização necessária à realização da pesquisa, em especial, a Sr^a. Daniela da Fonseca Costa pela compreensão e apoio.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente possibilitaram a realização deste trabalho.

Por fim, meu agradecimento às mulheres que participaram desta pesquisa, a quem devo toda a elaboração e construção desta dissertação. Obrigada pela confiança, por me permitir conhecer suas histórias, suas necessidades e anseios.

Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta
Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida

(Milton Nascimento)

RESUMO

O comércio de feira livre, ainda hoje, é considerado uma atividade econômica e social relevante para a vida de muitas mulheres, principalmente, no Nordeste do Brasil. Por outro lado, também, exige muitos esforços, com carga horária excessiva, ambiente sem conforto, barulhento, acarretando o surgimento de doenças agudas, ocupacionais, mentais e crônicas. Diante do apresentado, surgiu a seguinte questão problematizadora: Quais as necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público e como essas necessidades podem ser atendidas? A pesquisa teve como objetivo analisar as necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público do Município de Sobral/CE a partir da Taxonomia das Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto (1999). Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Mestrado profissional, do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 15 mulheres feirantes na faixa etária de 40 a 65 anos. A coleta de dados compreendeu dois momentos: Observação sistemática da realidade e entrevista semiestruturada. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin (2009), e em seguida, para a análise textual, foi realizada uma análise lexical, com auxílio do software IRAMUTEQ. Os resultados mostraram que as feirantes, estão tentando suprir e consolidar o atendimento de suas necessidades mais primárias, o que envolve o acesso à boa alimentação, à higiene, repouso e lazer. A garantia do acesso aos serviços de saúde, especialmente, à figura do profissional médico, o acolhimento, vínculo e a medicalização também representam suas necessidades e sinalizam uma resolutividade do problema de saúde dessas mulheres. Os depoimentos revelaram ainda que para as mulheres atuarem na busca pela satisfação de suas necessidades de saúde, precisam superar contradições culturais e sociais, o enfrentamento das desigualdades de gênero e divisão sexual do trabalho. As barreiras que distanciam as feirantes das práticas de cuidado impõem condições que precisam ser superadas para possibilitar que estas mulheres desenvolvam suas necessidades radicais de saúde a partir da experiência do autocuidado.

Descritores: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Promoção da Saúde; Saúde da Mulher; Trabalho feminino.

LIFE OF MARY: WOMEN'S HEALTH NEEDS IN THE PUBLIC MARKET

The fair trade, still today, is considered an economic and social activity relevant to the lives of many women, mainly in the Northeast of Brazil. On the other hand, too, it requires a lot of effort, with excessive hours, an uncomfortable, noisy environment, leading to the emergence of acute, occupational, mental and chronic diseases. In view of the presented, the following problematizing question arose: What are the health needs of women in the Public Market and how can these needs be met? The objective of this research was to analyze the health needs of female market participants in the Municipal Market of Sobral / EC from the Health Needs Taxonomy proposed by Matsumoto (1999). This is a Master's Degree Completion Work, a descriptive exploratory type with a qualitative approach. Fifteen female fairground workers aged between 40 and 65 participated in the study. The data collection comprised two moments: Systematic observation of reality and semi-structured interview. The interviews were submitted to the content analysis of Bardin (2009), and then, for the textual analysis, a lexical analysis was performed, with the help of IRAMUTEQ software. The results showed that the fairgrounds are trying to supply and consolidate the service of their most primary needs, which involves access to good food, hygiene, rest and leisure. The guarantee of access to health services, especially the figure of the medical professional, the reception, bonding and medicalization also represent their needs and signal a resolution of the health problem of these women. The testimonies also revealed that for women to act in the search for satisfaction of their health needs, they must overcome cultural and social contradictions, the confrontation of gender inequalities and the sexual division of labor. The barriers that distract marketers from the practices of care impose conditions that need to be overcome to enable these women to develop their radical health needs from the experience of self-care.

Descriptors: Needs and Health Service Demands; Health promotion; Women's Health; Women's work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Praça do Mercado Público, Sobral/Ce, 1907	49
FIGURA 2- Fachada externa do Mercado Publico, Sobral/CE, 2015	51
FIGURA 3- Estrutura externa do Mercado Público, Sobral/CE, 2015	51
FIGURA 4- Estrutura física do telhado do Mercado Público, Sobral/CE, 2016	68
FIGURA 5- Acesso à entrada para o espaço de alimentação do Mercado Público Sobra/CE 2016	69
FIGURA 6- Vestimentas das mulheres feirantes do espaço de alimentação do Mer cado público, Sobral/CE, 2016	71
FIGURA 7- Vestimentas das mulheres feirantes do espaço de alimentação do Mer cado Público, Sobral/CE, 2016	71
FIGURA 8- Mulher feirante desenvolvendo seu trabalho no Mercado Público, So bral,Sobral/CE, 2016	72
FIGURA 9- Homem vendendo ervas naturais no Mercado Público, Sobral-Ce, 2016	96
FIGURA 10- Árvore máxima a partir do corpus mulheres feirantes Sobral, 2016 ..	112
FIGURA 11- Nuvem de palavras a apartir do corpus mulheres feirantes Sobral, 2016	114

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Demonstrativo da caracterização das participantes segundo perfil sócio demográfico e econômico, Sobral/CE, 2016	52
QUADRO 2- Análise de conteúdo corpus de mulheres feirantes Sobral/CE, 2016 ..	62
QUADRO 3- Frequências textuais dos termos nas conceituações das necessidades de saúde das mulheres feirantes, Sobral/CE, 2016	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIERS/FCC	Centro Internacional de Estudos em Representação Sociais e Subjetividade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IRAMUTEQ	Interface de R pour analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires
LACCOS/UFSC	Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição da Universidade Federal de Santa Catarina
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistema Local de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1	Mulher e trabalho: caminhos para a igualdade de gênero e transformação social	20
2.2	Políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil: caminhos Para a integralidade	27
2.3	Necessidades humanas de saúde: enfoques teórico-filosóficos	32
2.3.1	A teoria da motivação humana: Abraham Maslow e as necessidades humanas básicas	33
2.3.2	Teoria do desenvolvimento à escala humana: Max-neef e a proposta do Desenvolvimento voltado para a satisfação das necessidades humanas	35
2.3.3	Teoria das necessidades em Marx: Agnes Heller e o enfoque histórico Social das necessidades humanas	36
2.3.4	Necessidades de saúde no Brasil: abordagem teórica no campo da saúde de coletiva	40
2.3.5.	Taxonomia das necessidades de saúde de Matsumoto: um dispositivo para qualificar e humanizar os serviços de saúde	43
3	PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.1	Tipo de pesquisa	47
3.2	O cenário da pesquisa	47
3.2.1	Caracterização do município de Sobral-Ce	47
3.2.2	O mercado público	48
3.3	Aproximações e encontros com as participantes da pesquisa	51
3.4	As técnicas e instrumentos da pesquisa	55
3.4.1	Fluxograma de realização da pesquisa	55
3.5	A transcrição e análise das informações	58
3.6	A dimensão ética e legal da pesquisa	64
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	66
4.1	Um olhar a mais: apreensão do real por meio da observação	66
4.2	Histórias de vida das Marias: narrativas das necessidades de saúde das feirantes	77

4.2.1	Necessidades de condições de vida adequadas	77
4.2.1.1	Necessidades fisiológicas ou básicas	79
4.2.1.2	Necessidades sociais	84
4.2.1.3	Necessidades de saúde determinadas pelo saber biomédico	85
4.2.1.4	Necessidades de segurança	87
4.2.2	Estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde	88
4.2.2.1	Hábitos saudáveis	89
4.2.2.2	Contradições do cotidiano para o autocuidado	91
4.2.2.3	Crenças	94
4.2.3	Necessidades de acesso aos serviços de saúde e práticas profissio nais humanizadas	96
4.2.3.1	Necessidades de serviços e produtos biomédicos	97
4.2.3.2	Necessidades de boas relações e vínculo com profissional de saúde	100
4.2.3.3	Dificuldades para o acesso aos serviços de saúde	107
4.3	Análise de ocorrência e o processamento do corpus do software IRA MUTEQ	110
4.3.1	Análise de similitude	112
4.3.2	Nuvem de palavras	113
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS	118
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	133
	APÊNDICE B- ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	135
	APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	136
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DO DESENVOL VIMENTO TECNOLÓGICO E ECONÔMICO (STDE)	138
	ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	139
	ANEXO C- DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA	142

1 INTRODUÇÃO

A inserção da mulher no mercado de trabalho foi marcada por enfrentamentos aos preconceitos que historicamente incidiram e, ainda, incidem, sobre as mulheres em várias dimensões, inclusive em relação à inserção profissional. Disso, decorrem impactos nas relações culturais e sociais com mudança de paradigmas na sociedade e família. No Brasil, na década de 1960, o perfil que se delineia para uma parte significativa da mulher trabalhadora, como apontam Priore e Pinsky (2015) é marcadamente conveniente para a configuração da força de trabalho ideal e de baixo custo para a produção: jovem, não atrelada a obrigações familiares, com baixo nível de instrução, desprovida de reivindicações dentro da relação de trabalho e satisfeita com seu status de operária. O ingresso da mulher no mercado de trabalho se dá sob o signo da desigualdade, evidenciado pelo pagamento de salários inferiores, no acesso restrito a direitos sociais e nos obstáculos criados para o crescimento profissional.

Entretanto, na contemporaneidade, as mulheres continuam ultrapassando caminhos no mundo do trabalho, em busca da equidade de gênero e de direitos, incitando a visibilidade social e a noção de competência. Apesar das conquistas femininas, muitas ainda são as lutas cotidianas e torna-se importante refletir a respeito da evolução do papel da mulher no cenário econômico, político e social. Em diversos setores, constata-se a atuação feminina, seja em empresas, trabalhos formais e informais como no caso dos mercados públicos.

Nesse sentido, o estudo desenvolvido por Gomes et al (2013) junto ao universo de mulheres feirantes da Bahia, demonstrou importantes resultados que apontam essas configurações de geração de trabalho e renda a partir da atividade empreendedora informal. Constatando a existência de baixo nível de escolaridade e idades avançadas para determinadas mulheres que estão em busca de um emprego, para aumentar a sua renda, a feira livre demonstrou ser um lugar onde as mulheres podem ingressar no mercado de trabalho, devido não existir demasiada rigidez de regras e requerimentos adequados para esse segmento empresarial. Esse espaço proporciona um novo modelo de vida, em que mulheres feirantes têm a oportunidade de ter uma renda e tempo para sua família, mostrando, ainda que, são capazes de administrar um pequeno empreendimento, com a sensação de

liberdade, autorrealização e autoestima elevada por ter o seu sustento adquirido pela sua força de trabalho.

Um estudo brasileiro sobre o trabalho de feirantes em mercados populares da região do Paraíba, realizado nos anos 1982-1989, revela um crescimento de 49% no número de vendedores durante este período (o que significa uma taxa de crescimento de 5,9% por ano), enquanto o número de mulheres cresceu 60% (taxa de crescimento: 7%); em 1989, elas ocupavam 26% dos pontos de venda (ARAÚJO, 2013).

Para Sá (2010), o comércio dos mercados populares é, ainda hoje, uma atividade econômica e social relevante para a vida de muitas mulheres que trabalham nesse ambiente, principalmente, no Nordeste do Brasil. No entanto, para Coutinho et al.(2006), apesar de resistir às inovações contemporâneas, a atividade dos feirantes de ambos os sexos não têm acompanhado a evolução dos serviços prestados ao consumidor e ao trabalhador. Ainda segundo estes autores, geralmente, são possíveis observar, nos mercados populares, problemas como: falta de higiene, má- estrutura das barracas ou boxes, comercialização de produtos não permitidos, produtos de origem desconhecidas, falta de segurança e desorganização. Porém, do ponto de vista cultural, o mercado popular é uma importante instituição não só de prover gêneros alimentícios e produtos em geral, mas também que resguarda tradições, permanecendo em muitos aspectos indiferentes ao processo de modernização.

De acordo com Gomes *et al* (2013), o cotidiano de muitos mercados populares do Brasil é marcado visivelmente por condições precárias e insalubres para essas mulheres, demonstrando o abandono ou a indiferença do poder público para com as feirantes. Vale ressaltar que a feira agrega predominantemente o trabalho informal, além de chamar a atenção, o trabalho das mulheres nesses ambientes que, na maioria das vezes, não tem seus direitos trabalhistas assegurados, uma vez que são autônomas, com carga horária excessiva, sem disponibilidade de tempo para procurar os serviços de saúde, acarretando o surgimento de doenças agudas, ocupacionais, mentais e crônicas.

O interesse pelo objeto de pesquisa veio construindo-se no seio de reflexões ensejadas como enfermeira da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Sobral, mais precisamente na equipe de saúde do bairro Centro, onde se localiza o Mercado Público.

O conjunto dessas vivências e reflexões é permeado de inquietações advindas das dificuldades enfrentadas pelas feirantes como: jornada extensa de trabalho, chegando a uma carga horária de onze horas/dia, exposição a condições laborais inadequadas e insalubres, a exemplo dos ruídos decorrentes das conversações na feira, de ficarem em pé por muito tempo, deslocando-se de um lado a outro em um pequeno espaço no interior do boxe, não terem hora fixa para fazer as refeições e fazê-las no ambiente de trabalho entre um atendimento e outro aos fregueses. Além de enfrentarem, também, problemas econômicos em função de auferirem renda mensal variável devido ao caráter autônomo da profissão.

As atividades desenvolvidas enquanto enfermeira, no espaço da feira, permitiu-me identificar que algumas mulheres que se diziam hipertensas e diabéticas apresentavam níveis de pressão arterial e de glicemia alterados e não faziam uso dos medicamentos contínuo e, ainda, em conversa informal foi identificado que duas feirantes encontram-se afastadas do trabalho por sequelas decorrentes de Acidente Vascular Cerebral - AVC. As feirantes mencionavam, ainda, atraso de mais de três anos na realização de exames preventivos como citologia oncótica e mamografia e dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido à extensa jornada de trabalho.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as limitações no enfrentamento dos problemas, condições laborais inadequadas e insalubres vivenciadas pelas feirantes e sua implicação para o surgimento de doenças e alterações emocionais, passaram a alimentar-me o crescente desejo de identificar as lacunas existentes entre a produção dos serviços de saúde e as reais necessidades de saúde dessas mulheres.

A inserção no curso mestrado abriu novas perspectivas de interpretação dessa realidade, bem como do objeto de pesquisa, tornando-se essencial um aprofundamento da discussão sobre as necessidades de saúde das mulheres feirantes, considerando suas percepções a respeito e formas de enfrentamento, o que gerou a interrogação: Quais as necessidades de saúde das mulheres feirantes do mercado público e como essas necessidades podem ser atendidas?

Mesmo a saúde da mulher sendo contempladas pelas políticas públicas, com programas específicos para esse público, as ações de saúde estão mais voltadas para a atenção ao ciclo gravídico-puerperal, e a dimensão de suas necessidades não são pensadas nas ações básicas de saúde. A equipe tem dificuldades de entendimento e compreensão dessas problemáticas de saúde, da

linguagem e concepção de mundo dessas mulheres. Isso se deve à incompreensão dos trabalhadores da saúde sobre a forma como essas pessoas vivenciam, pensam e percebem o mundo.

Torna-se imprescindível conhecer essas necessidades, identificando-as e compreendendo os diferentes significados atribuídos a seus modos de vida, saúde e sofrimento, apreendendo assim a subjetividade que emerge dos indivíduos para compreensão do contexto de vida e saúde, transformando as práticas de saúde vigentes (NAKAMURA *et al*, 2009).

Segundo Cecílio (2009), as necessidades de saúde divergem de acordo com a forma como se vive e cada pessoa tem uma maneira de levar a vida e um grau diferente também de autonomia nesse processo. A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e essa ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

Assim, os indivíduos e grupos devem ser capazes de identificar e satisfazer suas necessidades. Traduzindo essa proposta, pode-se afirmar que quando as ações de promoção da saúde se propõem a ampliar o controle dos indivíduos sobre os determinantes da saúde, ela se refere, também, a ampliar a autonomia dos indivíduos e coletividades para agirem sobre esses determinantes. Encontra-se, portanto, a autonomia como categoria norteadora das ações em promoção da saúde (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Autonomia está relacionada então à ideia de liberdade, de fazer suas próprias escolhas, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e da possibilidade de traçar suas trajetórias de vida (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008). Refere-se à capacidade dos seres humanos de viverem suas vidas a partir de leis próprias. Supõe a condição de homem livre para assumir suas escolhas

Desta forma, os serviços de saúde devem prestar uma atenção integral, sabendo escutar o usuário, compreendendo e significando suas necessidades, promovendo sua autonomia. As necessidades de saúde não devem estar relacionadas apenas ao fator biológico, mas articuladas às necessidades sociais como emprego, lazer, moradia, alimentação, sexo, amizades, enfim, reflexo da vida em sociedade.

O reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde estão estreitamente vinculados a princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em

especial, aos conceitos de integralidade e equidade, na medida em que implicam por parte das equipes de saúde o esforço de tradução e atendimento a necessidades, exigindo ações articuladas e complementares, “no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde” (CECÍLIO, 2001).

Cecílio (2001) traz ainda a reflexão de que a equidade e a integralidade da atenção impõem a compreensão de que o micro está no macro e vice-versa e de que isso tem importantes repercussões nas práticas de saúde. Dessa forma, a construção da integralidade implicaria, como condição, repensar o processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a construção de novos saberes e práticas em saúde. O autor toma como analisador as necessidades de saúde, particularmente, o potencial que as mesmas têm de auxiliar os trabalhadores, as equipes, os serviços e as redes de saúde a fazer uma melhor escuta daqueles que buscam cuidados de saúde.

Ressalta-se que, da perspectiva da equidade, o atendimento às necessidades de saúde da população implica ações diferenciadas, considerando-se que a equidade seria “a superação de desigualdades que, consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas” (CECÍLIO, 2001).

Mais do que isto, tanto o tema da equidade como o da integralidade, só poderão ser trabalhados com a necessária radicalidade se forem tomados como tema dos processos de gestão dos espaços singulares, lugares de encontro dos usuários e dos trabalhadores de saúde.

Partindo do caminho percorrido por Stotz (1991), Cecílio (2001) e Matsumoto (1999) propõem uma taxonomia das Necessidades de Saúde organizada em quatro grandes grupos: boas condições de vida; acesso ao consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos afetivos e graus crescentes de autonomia. Colocam-se em questão estes elementos para o entendimento da realidade a partir da perspectiva dos sujeitos imersos em sociedade e, como tal, potencialmente repletos de necessidades na condução de suas vidas.

Explorar necessidades de saúde do público das mulheres feirantes contribuirá não somente para a equipe planejar as ações de saúde para essas mulheres, mas também para situar a Atenção Primária à Saúde (APS) no processo

social capaz de instrumentalizar a satisfação das necessidades de saúde da população.

O levantamento da produção científica sobre atenção à saúde de feirantes realizada em 2015- 2016 nas bases de dados evidenciou uma lacuna no que tange à abordagem do processo saúde-doença, necessidades de saúde dessas trabalhadoras informais, bem como de trabalhos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde que abordem o bem-estar e realidade das mulheres feirantes, tratando-se, portanto, de um estudo inovador, o qual pode servir de sustentação para elaboração de outros trabalhos ou pesquisas na área.

Diante destas considerações, o objetivo geral da presente pesquisa foi analisar as necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público de Sobral/CE a partir da Taxonomia das Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto (1999). E como objetivos específicos: a) observar como as condições organizacionais, físicas, situações e as relações de trabalho determinam e contribuem para a definição das necessidades de saúde; b) conhecer os diferentes significados atribuídos às necessidades de saúde na percepção das mulheres feirantes; c) utilizar a Taxonomia das Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto (1999) como ferramenta para identificação das necessidades de saúde das mulheres feirantes e d) revelar as estratégias desenvolvidas pelas feirantes para lidar com suas necessidades de saúde.

Portanto, acredita-se que a abordagem construída nesta pesquisa será importante para ampliar a discussão e o conhecimento acerca das necessidades de saúde das mulheres feirantes, auxiliando a equipe de saúde no reconhecimento e enfrentamento destas necessidades.

Esta pesquisa visa contribuir para uma aproximação da realidade, condições de trabalho, compreender os significados aludidos pelas mulheres feirantes, considerando os saberes desses atores, assim como, seus valores culturais, provocando uma aproximação das bases constitutivas de suas atividades e contribuindo para a melhoria das condições de vida dessas pessoas.

Por fim, este estudo, torna-se relevante para o campo da pesquisa, pois se esperam que o referencial teórico e o método assumido possam apontar caminhos para a construção de ações em saúde pautadas pelas necessidades da população, especialmente, as das mulheres trabalhadoras do mercado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Mulher e trabalho: caminhos para a igualdade de gênero e transformação social

Antes mesmo da era cristã, o trabalho feminino voltava-se ao mundo doméstico. A luta feminina se iniciou há muitos anos e, desde então, as mulheres vêm escrevendo suas histórias. Na Idade Média elas eram separadas por categorias: as solteiras deveriam lavar e tecer, as mães tinham que cuidar das crianças, as de meia idade e adolescentes cuidarem da cozinha e, as camponesas, além das tarefas domésticas, deveriam ajudar seus maridos na agricultura (SILVA, 2014).

Segundo Assis (2009), a discriminação contra a mulher é muito antiga, e essas lutavam e lutam para quebrarem as barreiras existentes há mais tempo do que se possa imaginar. No início do século XX, as mulheres não votavam, não exerciam cargos públicos e nem atividades econômicas. Além disso, não tinham direito a propriedades, sendo obrigadas a transferir todos os seus bens herdados ao marido, ficando dependente deste financeiramente. Códigos civis e penais a consideravam menores e sem importância à lei.

Fazendo um resgate histórico se verifica que a atuação da mulher é marcada pelo silêncio e discriminação em diferentes formas: nas atividades profissionais, na educação, na família, nas responsabilidades sociais e na sexualidade. Na maioria dos casos, as funções femininas eram cuidar da casa, do marido e reproduzir. Historicamente somente algumas mulheres de condição social superior aprendiam a ler e escrever, já o homem executava todas as outras funções (PELEGRINI; MARTINS, 2010).

Foram somente no período da I e II Guerras Mundiais, respectivamente, (1914-1918 e 1939-1945), que a participação da mulher no mercado de trabalho formal intensificou-se. Os homens iam para as batalhas e as mulheres ficavam assumindo os negócios da família, e a função de seus maridos no mercado de trabalho. Quando a guerra acabou, muitos homens haviam morrido, e muito dos que sobreviveram, ficaram impossibilitados de trabalhar, pois tinham sido mutilados. Dessa forma, houve a necessidade de as mulheres deixarem suas casas e filhos para passarem a fazer o trabalho nas fábricas, em particular, que antes era realizado pelos homens (PROBST, 2008).

Com a necessidade de sustentar a família, após a Guerra, as mulheres começaram a fazer parte do mundo do trabalho formal, porém, seus trabalhos não eram valorizados e eram menosprezados pela sociedade:

[...] As que ficavam viúvas, ou eram de uma elite empobrecida, e precisam se virar para se sustentar e aos filhos, faziam doces por encomendas, arranjo de flores, bordados e crivos, davam aulas de piano etc. Mas além de pouco valorizadas, essas atividades eram mal vistas pela sociedade (PROBST, 2003, p.1).

As mulheres começaram a trabalhar de forma tímida por meio de suas produções e de modo informal, ingressando no temido mercado de trabalho. Além, do trabalho, ser importante como complemento da renda familiar, também, tinha consequências sociais, como as transformações nas expectativas de realização pessoal e profissional, independência financeira, e alteração nas relações familiares e entre a mãe e os filhos (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

No Brasil, a inserção da mulher no mercado de trabalho, acelera-se a partir do final do século passado, mais precisamente entre as décadas de 20 e 70, acompanhando os processos de industrialização e de urbanização da sociedade brasileira. Esse período foi marcado por uma grande quantidade de mulheres exercendo ocupações em condições precárias de trabalho, sem proteção social e com baixa remuneração (PELEGRINI; MARTINS, 2010).

No modo de produção capitalista, os trabalhadores são desprovidos dos meios de produção e lhes resta vender sua força de trabalho, o capital a utiliza como principal elemento gerador de valores, transformando-a em mercadoria. Devido a força de trabalho ser capaz de criar o valor necessário à sua própria reprodução e, ainda, gerar valor ao produzir outras mercadorias. Desta capacidade da força de trabalho de criar valor acima do necessário no processo (re) produtivo, obtém-se a mais-valia, fonte geradora de lucro apropriada pelo capital. Em: “O capital”, Marx afirma que o “processo capitalista de produção não é simplesmente produção de mercadorias. É processo que absorve trabalho não pago, que transforma os meios de produção em meios de extorsão de trabalho não pago (MARX apud ANTUNES, 2004, p.164)

Ainda para Marx, a alienação se manifesta na vida real do homem, na maneira pela qual, a partir da divisão do trabalho, o produto do seu trabalho deixa de lhe pertencer. Todo o resto é decorrência disso. O surgimento do capitalismo

determinou a intensificação da procura do lucro e confinou o operário à fábrica, retirando dele a posse do produto. Mas não é apenas o produto que deixa de lhe pertencer. Ele próprio abandona o centro de si mesmo. Não escolhe o salário – embora isso lhe pareça ficticiamente como resultado de um contrato livre –, não escolhe o horário nem o ritmo de trabalho e passa a ser comandado de fora, por forças estranhas a ele. Ocorre, então, o que Marx chama de fetichismo da mercadoria e reificação do trabalhador (MARX apud ANTUNES, 2004).

Dessa forma, Konder (2009, p.130) endossa o pensamento de Marx, quando diz:

A sociedade capitalista é a sociedade em que a alienação assume, claramente, as características da reificação, com o esmagamento das qualidades humanas e individuais do trabalhador por um mecanismo inumano, que transforma tudo em mercadoria.

Assim, o autor diz que o modo de produção capitalista distorce os significados das relações sociais, quando coisifica o homem, transformando sua própria força de trabalho, em mercadoria e centralizando o consumo como mantenedor da lógica capital. Para isso, o sistema capitalista supervaloriza a aquisição da mercadoria, atrelando-se a ela a satisfação de necessidades humanas, mesmo que efêmeras, dispondo de estratégias que incidem sobre as mercadorias certo encantamento, seguido de alienação. Esta se configura pela não compreensão do trabalhador acerca da totalidade do processo de produção da mercadoria, em decorrência da divisão sócio técnica do trabalho, assim como a fetichização da mercadoria que desvaloriza a participação do trabalhador nos processos produtivos (KONDER, 2009).

Outro fator que chama a atenção ao visualizar o passado da mulher trabalhadora é a associação frequente entre a mulher no trabalho e a questão da moralidade social. No discurso de diversos setores sociais, destaca-se a ameaça à honra feminina representada pelo mundo do trabalho. Nas denúncias dos operários militantes, dos médicos higienistas, dos juristas, dos jornalistas, das feministas, a fábrica é descrita como “antro da perdição”, “bordel” ou “lupanar”, enquanto a trabalhadora é vista como uma figura totalmente passiva e indefesa e o lar eram valorizados como o ninho sagrado que abrigava “a rainha do lar” e o “reizinho da família” (DEL PRIORE; PINSKY, 2015).

Pouco a pouco a partir do surgimento dos movimentos feministas e do advento de novos modelos no campo das ciências e nas relações sociais

processam-se importantes mudanças no papel das mulheres tanto no contexto familiar quanto no mundo do trabalho.

Ainda segundo Priore e Pinsky (2015), as feministas iniciaram a divulgação de seus ideais na revista: *A mensageira*, publicada em São Paulo entre 1897 e 1900, em que defendiam um discurso contrário, apontando para os benefícios do trabalho feminino fora do lar. Argumentavam que uma mulher profissionalmente ativa e politicamente participante, comprometida com os problemas da pátria e que debatia questões nacionais, certamente teria melhores condições de desenvolver seu lado materno. Nos periódicos femininos, as feministas se diziam responsáveis pelo futuro das trabalhadoras pobres, mas pouco falava a respeito do modo como pretendiam encaminhar, na prática essa filantropia.

Assim, elas passaram a lutar por igualdade entre os sexos em busca da obtenção dos mesmos direitos masculinos. Com o passar do tempo, além da conquista de igualdade em relação ao trabalho, as mulheres conseguiram também alguns benefícios, como, por exemplo, o divórcio, o direito a matrícula em cursos superiores, a ampliação da licença maternidade, entre outros (AQUINO; MENEZES & MARINHO, 2008).

No Brasil, essa história da conquista feminina, foi escrita com base em dois quesitos: a queda da taxa de fecundidade e o aumento no nível de instrução das mulheres. Estes fatores vêm acompanhando, passo a passo, a crescente inserção da participação feminina no mercado e a elevação de sua renda. A redução da fecundidade ocorreu com mais intensidade nas décadas de 70 e 80. Os anos 90 já começaram com uma taxa baixa de fecundidade: 2,6% que cai para 2,3% no fim da década. Com menos filhos, as mulheres puderam conciliar melhor o papel de mãe e trabalhadora (PROBST, 2008).

Muitos médicos alinhavam-se com as feministas liberais, com as escritoras e, alguns, com as libertárias. Defendiam um feminismo moderado, que incluía o trabalho feminino fora do lar, a educação profissional da mulher, seu acesso a todos os campos da cultura e o direito de voto. Mas, fundamentalmente, todos reafirmavam o valor e a importância da preservação da família. O ideal de “mãe cívica”, trabalhadora moderna e competente mãe de família, participante dos debates nacionais, eram retomados e difundidos para toda a sociedade (DEL PRIORE; PINSKY, 2015).

As mulheres estão se emancipando, conquistando espaços, desenvolvendo suas habilidades que vão muito além de cuidar da casa, filhos e marido para competir com o homem no mercado de trabalho. Também, é através do espaço do trabalho que a mulher consegue sua independência financeira, moral e psicológica. E no que se refere às mudanças nas relações de gêneros dentro da família é inegável que houve avanços, principalmente, na reorganização do poder e autoridade, pois, ao se tornar coprovedora da família ela aumentou seu poder de negociação e o homem aos poucos está se adaptando a esse processo.

Mas são avanços ainda muito tímidos se considerarmos que a desigual divisão sexual de tarefas e responsabilidades domésticas ainda persiste nos dias de hoje. Mesmo trabalhando fora e investindo na carreira profissional, tanto quanto os homens, as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pela educação dos filhos, cuidados da família e administração da casa. (ARAUJO, 2008).

Segundo dados do censo demográfico 2010, a taxa de atividade das mulheres era de 54,6% enquanto que a dos homens era de 75,7%. Comparado a 2000, a taxa de atividade das mulheres cresceu em 4,5 pontos percentuais e a dos homens reduziu em 4 pontos. A variação entre mulheres e homens, ainda que grande, reduziu nos últimos dez anos. As mulheres aumentaram sua participação no mercado de trabalho, enquanto que aumentou a taxa dos homens considerados inativos, sobretudo na faixa de 16 a 29 anos. Mas tudo isso não alterou a desigual divisão das tarefas domésticas, quase 90% das mulheres que trabalham fora declararam que cuidam, também, dos afazeres domésticos, contra 46,1% dos homens na mesma situação. A diferença continua no tempo que os entrevistados disseram dedicar a essas tarefas: enquanto eles gastam em média 9,2 horas por semana, elas comprometem 20,9 horas semanais. A carga horária feminina de afazeres domésticos equivale a ter um segundo emprego de meio período sem receber nada (IBGE, 2010).

Diante dessa realidade, observa-se que existe uma relação de reciprocidade entre o trabalho e a vida pessoal, onde uma área pode influenciar a outra, de forma positiva ou negativa. Surge assim, a necessidade das mulheres buscarem estratégias que venham a amenizar os conflitos e exigências que são encontrados no decorrer do cumprimento de novas responsabilidades.

Apesar da evolução da mulher dentro de uma atividade que era antes exclusivamente masculina, e apesar de ter adquirido mais instrução, os salários não

acompanharam este crescimento. Ainda de acordo com dados do Censo Demográfico 2010, nos últimos anos as mulheres ganham cerca de 30% a menos que os homens exercendo a mesma função. A distribuição de renda melhorou, mas a desigualdade entre homens e mulheres ainda é muito significativa (IBGE, 2010).

Segundo Probst (2008), conforme o salário cresce, cai a participação feminina. Entre aqueles que recebem mais de vinte salários, apenas 19,3% são mulheres. Embora exista certa discriminação em relação ao trabalho feminino, elas estão conseguindo um espaço muito grande em áreas que antes era reduto masculino, e ganhou o respeito mostrando um profissionalismo muito grande. Apesar de ser de forma ainda pequena, está sendo cada vez maior o número de mulheres que ganham mais que o marido.

As conquistas da modernização capitalista, do feminismo e da democracia não ocorreram (e ainda não ocorrem) da mesma maneira nos diferentes segmentos e contextos sociais e culturais. No Brasil, elas são mais acessíveis aos segmentos médios urbanos mais intelectualizados, onde é mais visível o processo de democratização das relações pessoais e familiares, no questionamento das desigualdades de gênero e revisão dos papéis tradicionalmente atribuídos ao masculino e ao feminino (ARAÚJO, 2011).

Na atualidade, a introdução das mulheres no mercado de trabalho informal se ampliou. O contingente feminino tem sido absorvido, especialmente, no universo do trabalho precarizado e desvalorizado, isto é, a maior parte das mulheres por não conseguirem se inserir no mercado de trabalho formal, busca na informalidade uma forma para sua sobrevivência, mesmo diante da completa falta de direitos trabalhistas, que consiste no principal atributo do trabalho informal (SILVA, 2011).

Diante da nova realidade, o trabalho informal vem conquistando seu espaço, pois passa a ser visto como um problema estrutural no novo mundo globalizado. Observamos que nele se encontram tanto trabalhadores desqualificados e com baixa escolaridade (em sua maioria), quanto trabalhadores qualificados, que diante da queda na oferta de trabalho e da alta competitividade, ficam fora do mercado formal à espera de novas oportunidades. Inserem-se nesse caso dois grupos de pessoas: de um lado, os jovens, sem experiência profissional e muitas vezes sem qualificação, e de outro, os mais velhos, também sem

qualificação, ou com alguma experiência formal, mas que sentem dificuldade de inserção pela cultura que supervaloriza a juventude (AQUINO, 2010).

Também se inserem nesses espaços de trabalho as mulheres, por encontrarem no mercado informal a possibilidade de aumentarem a renda familiar através do trabalho, podendo conciliá-lo às tarefas domésticas. Torna-se importante provocar reflexões a respeito da evolução do papel da mulher no cenário econômico, político e social. São diversos os setores que atuam, sejam em empresas, trabalhos formais e informais como no caso das feiras livres.

A feira livre consiste em uma reunião de pessoas em um determinado local para realizar vendas ou trocas de produtos. Na Idade Média, especialmente depois da revolução agrícola e com o aumento da população, as pessoas se aglomeravam nas frentes dos castelos para comercialização dos bens produzidos dentro dos feudos. No Brasil, a feira é encontrada desde o tempo da colônia e ficaram mais populares com a chegada da família real, em 1808, quando a Corte tomou algumas medidas que beneficiaram as feiras livres, como a abertura dos portos às nações amigas (GOMES *et al.*, 2013).

Essas feiras evoluíram, surgindo assim, os mercados públicos, que fazem parte das tradições das cidades, constituindo-se um espaço de compras, cultura, lazer e ponto de encontro, assumindo, assim, uma dimensão econômica e cultural. É um espaço de aglomeração de feirantes, principalmente, mulheres, que compartilham desse ambiente, como em suas casas, comum e natural. É um conjunto onde não há peças isoladas. Tudo faz relação entre becos, boxes, comerciantes, animais e consumidores, além de ser visível trabalhador da feira com perfis diversificados e expostos a inúmeras vulnerabilidades (MACEDO; ALMEIDA, 2011).

No Brasil, mais precisamente nos mercados públicos contemporâneos há um crescimento significativo não só de feirantes, trabalhadores informais, fruto do desemprego e dos fenômenos migratórios, mas, também, da presença feminina. Muitas mulheres passam a ocupar lugares de negócios em diversas situações: ou em forma conjunta, auxiliando seus maridos; ou por conta própria, sem vinculação com uma figura masculina; ou na condição de filha, ajudando aos pais, e às vezes somente a mãe que já se tornara viúva, ou mesmo divorciada; dentre outras formas (ARAÚJO, 2013).

Observa-se que os mercados públicos apresentam vantagens em algumas questões, favorecendo a inserção de mulheres nesse mercado de trabalho. A função de feirante não exige escolaridade, a maior parte do lucro é da mulher, não existe rigor, podendo levar os filhos para o trabalho quando não tem com quem deixá-los, apesar ainda de se sentirem donas de seu próprio negócio. Segundo SÁ (2010), o comércio de feira livre é ainda hoje uma atividade econômica e social relevante para a vida de muitas mulheres que trabalham nesse ambiente, principalmente, no Nordeste do Brasil.

Por outro lado, também, exige muitos esforços, pois trabalham muitas horas diárias (no mínimo 8 horas), e boa parte dessas horas em pé, de domingo a domingo, em um espaço limitado, sem conforto, barulhento e apesar de serem elas as próprias responsáveis por seu ritmo de trabalho, se dedicam muito para dar conta de suas despesas diárias, passando a serem significativas as horas a ele despendidas para o sustento da família (AQUINO, 2010).

As mulheres feirantes do Mercado Público de Sobral são categóricas em afirmar que o seu dia-a-dia se resume basicamente ao trabalho na feira, e lembram que as horas de folga são dedicadas ao trabalho doméstico e descanso. O significado de vida para elas tem sido produzir para ter, para sobreviver, sendo essa a finalidade primordial do trabalho.

2.2 Políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil: caminhos para a integralidade

Goulart (2006) apud Soares (2011) considera como marco inicial da promoção de saúde o Informe Lalonde elaborado pelo governo Canadense no ano de 1974. Este documento critica a forma de intervenção pública, a centralização e distribuição de cuidados médicos no campo da saúde e prioriza a prevenção de doenças crônico-degenerativas, problema prioritário nos países desenvolvidos.

O termo Promoção da Saúde recebeu destaque no ano de 1986, por ocasião da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa. Esse movimento foi uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo (BRASIL, 2014).

Nesta Conferência discutiram-se as limitações da saúde pública, até então, baseada no modelo biomédico. Este modelo tinha como foco principal as

causas das doenças em nível individual e, definia saúde apenas como ausência de doenças. Pretendia-se superar os pressupostos deste modelo e buscar um novo entendimento de saúde considerando a articulação entre os diversos fatores socioambientais em que cada indivíduo seja capaz de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social (BRASIL, 2011).

Foi na conferência de Alma-Ata que se discutiu sobre a importância dos cuidados primários, indo a contraponto ao modelo hospitalocêntrico e buscando novo modelo de atenção à saúde que ultrapasse a assistência médico-curativa. A promoção ganha destaque no campo da saúde pública, por ampliar a concepção de saúde e a compreender como produção social, buscando desenvolver políticas públicas e ações coletivas extrapolando inclusive o enfoque de risco (campo da prevenção), a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (GONZE, 2009).

Vale ressaltar que, ainda hoje, no Brasil observa-se a predominância do modelo biomédico e medicalocêntrico de atenção à saúde, sendo incorporados por grande parte da população. Em geral, as pessoas reconhecem esse sistema como a solução para todos os seus problemas, anseios e inquietações. Além dos usuários, os profissionais da saúde precisam, segundo Backes et al (2009), principalmente, superar o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais e, investir nesse novo modelo de atenção, focalizado na promoção da saúde, levando em conta todas as dimensões do ser humano, ou seja, a biológica, psicológica, social, cultural e histórica, considerando a diversidade cultural do nosso país, melhorando a qualidade da assistência à saúde dos indivíduos, respeitando as suas singularidades e particularidades.

A disseminação da informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, preocupação que parece estar ligada ao princípio de empoderamento, entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998).

A Educação em Saúde se define pela apresentação dos problemas com um enfoque compreensivo e holístico do projeto de vida do homem, visando à

qualidade de vida dos sujeitos. Além disso, deve objetivar a formação ética, ser socializadora das informações a fim de torná-las acessíveis a todos e estimular a criatividade da população na busca de novos caminhos para analisar a realidade e conhecer os fatores que interferem na saúde da população (PILON, 1990 apud SOARES, 2011).

Segundo Rodrigues e Santos (2010) são necessários o envolvimento comunitário dos diversos grupos sociais nas atividades de educação e promoção da saúde, uma vez que é um fator psicossocial significativa na melhoria da confiança pessoal, satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença, promovendo saúde, capaz de produzir ação, é um processo de trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que ocorra desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, ou seja, apropriação da existência como ser humano.

O empoderamento e a participação social são destacados como princípios chave, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde (WHO, 1984). Assim, a Promoção da Saúde tem sido descrita como uma nova e promissora estratégia, com ampla e complexa abordagem teórico-metodológica, configurando as principais bases conceituais, a saber: a ênfase na integralidade do cuidado e na prevenção de agravos à saúde; o compromisso social com a qualidade de vida; e a adoção da participação como planejamento e avaliação dos processos. Com tais bases, a Promoção da Saúde dá suporte à reorganização do trabalho em saúde, para que este se constitua como uma forma de resposta social organizada aos problemas e necessidades de saúde de uma população (CHIESA *et al.*, 2009).

O movimento feminista brasileiro descontente com as diferenças de gênero e com o enfoque reducionista dado à mulher reivindicou na década de 60 a não hierarquização das especificidades de homens e mulheres, propondo igualdade social que reconhecesse as diferenças. Assim, emergiu um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente centrado na função controladora da reprodução, pontuando a saúde sexual e reprodutiva como um direito (FREITAS *et al.*, 2009).

A saúde da mulher brasileira era precária e se reduzia às ações que a contemplavam sob um único aspecto, relacionado ao seu estado gravídico-

puerperal, tendo em vista que apenas em meados da década de 80 é que foram incorporadas ações de caráter integral à saúde da mulher. Na atualidade, o conceito de saúde da mulher é amplo, contemplando os direitos humanos e a cidadania como necessidades de atenção (BRASIL, 2004).

Em 1983, o governo brasileiro lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. O Programa é regido pelos princípios da Reforma Sanitária, pautado na busca pelos princípios de descentralização das ações, regionalização, equidade na atenção e participação comunitária para modificar e melhorar a assistência à saúde da mulher brasileira, buscando, principalmente, a maior atenção em todas as fases da vida da população feminina (FREITAS *et al.*, 2009).

Com isso, o Ministério da Saúde busca a ampliação dessa política pública visando à consolidação de estratégias básicas de assistência integral à saúde da mulher, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, aplicadas permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo a melhoria dos níveis de saúde das mulheres brasileiras (CUNHA, 2011).

Nessa perspectiva, o MS criou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta política reflete o compromisso com ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Essa Política preocupa-se, ainda, com os grupos de mulheres historicamente esquecidos pelas políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras, quilombolas, as que vivenciam a transexualidade, em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua e as ciganas (BRASIL, 2009).

A efetivação dessa política demanda, igualmente, ações de promoção e prevenção em saúde, as quais podem ser observadas em propostas educativas, permitindo a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres (BRASIL, 2009). Contudo, as ações precisam ser dinâmicas e convidativas, retomando a importância do autocuidado e investimentos na qualidade de vida das mulheres e sociedades, bem como fortalecendo o acolhimento e a humanização da assistência em saúde.

Nessa mesma perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca contribuir para a consolidação dessa nova configuração da situação da saúde da mulher no Brasil, a partir da reorganização/mudança no modelo assistencial para a atenção à mulher, aproximando serviços e profissionais de saúde das famílias e comunidades, programando e articulando ações a partir das necessidades locais.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, com os movimentos de mulheres, de negros, trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais, elabora o documento com a 2ª reimpressão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

As diretrizes e objetivos desta nova política buscam resgatar novos focos no atendimento à mulher na perspectiva de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; redução da morbidade e mortalidade feminina no país, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Essa estratégia governamental busca também ampliar, qualificar e humanizar a assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Com os avanços da Política de atenção à saúde, a partir de então, a mulher é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades aumentando a qualidade da assistência (FREITAS *et al.*, 2009).

Percebe-se que, para pensar a atenção à saúde da mulher de forma integral deve-se considerar sua compreensão multifatorial, requer a percepção da saúde como produto de relações sólidas, de adoção de estilo de vida saudável e consequente viver feliz.

Considerando que as atividades nos territórios são formas de fortalecer a promoção da saúde junto às mulheres, por meio da aproximação do serviço à comunidade, a condução de intervenções direcionadas às feirantes é de grande valor no empoderamento dessas mulheres, a fim de que reconheçam suas

necessidades de saúde e desenvolvam sua autonomia para enfrentar e satisfazer essas necessidades, com corresponsabilização ao longo de todo o processo, além de terem o papel de multiplicadores da informação para os usuários e gestores (SALAZAR, 2004).

As estratégias de promoção da saúde para as mulheres feirantes poderão trazer benefícios, uma vez que proporcionarão uma maior integração entre profissionais e usuários, logo a promoção da saúde contempla ações de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde.

Porém, para que as estratégias de educação na saúde funcionem, é necessário que o sistema de saúde, incorpore a atenção para às populações mais vulneráveis, como no caso das mulheres feirantes, para isso, os Centros de Saúde precisam desenvolver e planejar uma assistência integral, com uma abordagem diferenciada, com o intuito de contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida dessas mulheres. Esperando, desta forma, contribuir com o processo de construção de uma assistência mais integral e humanizada.

2.3 Necessidades humanas de saúde: enfoques teórico- filosóficos

A discussão acerca das necessidades de saúde se inscreve numa problemática ampla que interroga a constituição das necessidades humanas cujo debate se alimenta de diferentes perspectivas teóricas. Algumas advogam que as necessidades humanas são universais, o que autoriza a falar em necessidades básicas que são comuns para todos os seres humanos. Outras reconhecem as necessidades básicas sem generalizar sua ocorrência. Enquanto determinados enfoques recusam a ideia de universalização e inscrevem as necessidades como eminentemente históricas e sociais.

Desde a metade da década de 1970, o conceito de necessidades básicas ganhou popularidade, sobretudo nos campos dos estudos sobre o desenvolvimento humano. Trata-se de um conceito polissêmico e as diversas acepções da palavra necessidade parecem depender do campo no qual ela costuma ser empregada. Oriundo do latim *necessitas* (do prefixo, *ne*, não, e do radical *cedere*, parar), o termo necessidade apresenta vários significados distintos, designando não apenas a ideia

de falta ou carência, mas também aquilo que é indispensável ou inelutável (RABENHORST, 2007).

Inicialmente, para obter embasamento sobre quais seriam, portanto, as necessidades humanas neste processo dinâmico que se expressa pelas mudanças biopsicossocial, torna-se relevante rever alguns conceitos e teorias sobre o assunto, fazendo uma primeira aproximação das principais formas de conceituar e classificar as necessidades. Dessa forma, expomos três abordagens de notório reconhecimento sobre o tema.

A primeira advém da teoria da motivação humana do psicólogo norte-americano Abraham Maslow, pelo motivo de que, no centro dessa teoria, está um relevante trabalho sobre as necessidades humanas. A segunda é a proposta da teoria das necessidades humanas básicas do economista chileno Max-Neef e a terceira refere-se aos trabalhos da historiadora e filósofa Agnes Heller, dedicados ao exame das necessidades humanas nas obras de Karl Marx. Em seguida, tematizamos as necessidades de saúde, explicitando as concepções de autores brasileiros no campo da saúde coletiva.

2.3.1 A teoria da motivação humana: Abraham Maslow e as necessidades humanas básicas

Abraham Maslow é um psicólogo estadunidense que se dedicou ao estudo da motivação humana, tendo em vista o desenvolvimento de uma teoria que servisse de base para a compreensão do homem na sociedade (SAMPAIO, 2009). Em 1943, publicou seu mais citado trabalho sobre o assunto, intitulado “Uma teoria da motivação humana”, que serve, em nossa investigação, como trabalho de referência para a elaboração das considerações que se seguem.

As ideias desse autor são amplamente difundidas no campo da administração e como subsídio às políticas de gestão (SAMPAIO, 2009). Na literatura científica da saúde, observa-se, também, grande influência de seu pensamento, particularmente, na enfermagem, onde se situam diversos trabalhos que utilizam os trabalhos desse autor para discutir as necessidades de saúde (HORTA, 1979; REGIS; PORTO, 2006; REGIS; PORTO, 2011).

Esta teoria parte do princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las, associando-as

a uma hierarquia. O ser humano, como está sempre buscando satisfação, quando experimenta alguma satisfação em um dado nível, logo se desloca para o próximo e assim sucessivamente. Na sua teoria Maslow classifica, hierarquicamente, as necessidades em cinco níveis, a saber:

1- Necessidades fisiológicas (básicas), tais como a fome, a sede, o sono, o sexo, a excreção, o abrigo;

2- Necessidades de segurança, que vão da simples necessidade de sentir-se seguro dentro de uma casa a formas mais elaboradas de segurança como um emprego estável, um plano de saúde ou um seguro de vida;

3- Necessidades sociais ou de amor, afeto, afeição e sentimentos tais como os de pertencer a um grupo ou fazer parte de um clube;

4- Necessidades de estima, que passam por duas vertentes, o reconhecimento das nossas capacidades pessoais e o reconhecimento dos outros face à nossa capacidade de adequação às funções que desempenhamos;

5- Necessidades de autorrealização, em que o indivíduo procura tornar-se aquilo que ele pode ser.

Ainda, segundo Maslow, quando as necessidades fisiológicas são satisfeitas, deixam de serem determinantes ativos do comportamento e o organismo passa a ser dominado por suas necessidades insatisfeitas, ou seja, a fome satisfeita torna-se sem importância na dinâmica do indivíduo, pois conforme diz esse autor:

O que acontece ao homem quando há abundância de pão e sua barriga está cronicamente cheia? Imediatamente outras (e 'maiores') necessidades emergem e essas, ao invés de fome fisiológica, dominam o organismo. E quando essas, por sua vez, são satisfeitas, as necessidades novas (e ainda 'maiores') emergem e assim por diante. Isso é o que queremos dizer quando afirmamos que as necessidades humanas básicas são organizadas em uma hierarquia de prepotência relativa (MASLOW, 1943, p. 6).

É no último patamar da pirâmide que Maslow (1954) considera que a pessoa tem que ser coerente com aquilo que é na realidade, realizando seu próprio potencial e se auto desenvolvendo continuamente.

Chiavenato (2000) argumenta que a pirâmide de Maslow (1954) mostra que, para chegar ao todo é necessário passar pelas partes, mas também é visto que, há indivíduos que chegam a se autorrealizar sem passar por todas as etapas da pirâmide. Como, também, há indivíduos que estão realizados, mas que sentem que ainda falta algo ou alguma coisa. O que não quer dizer que ele não passou por todas as etapas ou mesmo

passou, só que a personalidade, a motivação e o meio social de cada pessoa influencia na autorrealização que quando não é conseguida gera a frustração.

Sampaio (2009) frisa, com razão, que a despeito de muitas interpretações hoje observadas sobre a hierarquia das necessidades idealizada por Maslow para explicar a motivação humana, passam a ideia de que essa hierarquia não é universal e nem rígida e se dá num movimento dinâmico, sendo que a satisfação em um nível da hierarquia influencia as necessidades dos níveis superiores; além do que a satisfação plena, se existir, é temporária, pois as pessoas sempre possuem desejos e metas novos.

2.3.2 Teoria do desenvolvimento à escala humana: Max-Neef e a proposta do desenvolvimento voltado para a satisfação das necessidades humanas

Estudando durante muitos anos o problema do desenvolvimento no então chamado “Terceiro Mundo”, Max- Neef (1993), não compartilhava da visão de que os seres humanos são dirigidos por uma busca ilimitada por bens materiais. Na sua proposta de necessidades humanas básicas, o autor estabelece como postulado que as necessidades fundamentais são finitas, poucas e classificáveis. As necessidades são do tipo axiológico e existencial, que se cruza em uma matriz. As axiológicas são subsistência, proteção, afeto, entendimento, participação, ócio, criação, identidade e liberdade. Na categoria existencial estão as necessidades de ser, estar, fazer e ter.

Max-Neef (1993) afirma que fomos levados a pensar que as necessidades humanas são infinitas, que variam em cada período histórico e que existe uma correspondência biunívoca entre as necessidades e a satisfação das necessidades. Mas, na verdade são finitas, poucas e classificáveis. São as mesmas em toda e qualquer cultura, e em todos os tempos históricos, em todos os lugares. O que muda através do tempo são as formas e meios para satisfazer essas necessidades. O que está culturalmente determinado são as formas de satisfazer às necessidades (satisfatores) porque somos levados a abandonar formas tradicionais por outras novas e mais modernas.

Ainda segundo o economista chileno Max-Neef, os seres humanos compartilham das mesmas necessidades básicas, materiais e imateriais, ainda que, cada cultura ou período histórico vislumbre meios distintos de realização das

mesmas. Neste sentido, faz-se necessário distinguir as necessidades básicas das estratégias empregadas para satisfazê-las. As necessidades básicas são invariáveis e universais. O que se modifica com o tempo ou de um quadro cultural para a outro são os modos ou meios empregados para a satisfação delas (RABENHORST, 2007).

Para Max Neef, fora a necessidade de subsistência, cuja insatisfação impede a própria sobrevivência do indivíduo, as outras necessidades não se encontram numa relação de hierarquia, mas ao contrário, elas estão numa relação de simultaneidade e de complementação. Nenhuma necessidade é mais importante do que a outra e não existe uma ordem de surgimento delas.

2.3.3 Teoria das necessidades em Marx: Agnes Heller e o enfoque histórico-social das necessidades humanas

Agnes Heller é uma filósofa húngara, nascida em Budapeste em 1929. Foi aluna e assistente de Georg Lukács, sendo considerada a mais influente integrante da Escola de Budapeste, formada por seus discípulos. Em 1974, a autora publicou a *Teoria das necessidades em Marx*, obra em que analisa a teoria das necessidades contida nas principais obras de Marx, como *Grundrissee* e *O Capital*.

Na referida obra da autora, ela define a necessidade humana como sendo um “desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal” (HELLER, 1985, p. 170). Em obra posterior, intitulada: “*A condição política pós-moderna*”, reafirma a necessidade como um sentimento consciente de que falta alguma coisa e, por isso, é também uma motivação na medida em que essa falta estimula a pessoa a preenchê-la ou eliminá-la (HELLER, 2002, p. 37).

Para Heller (1978), as necessidades são geradas pela melhoria contínua das etapas históricas. A dialética das contradições em cada contexto é superada pela transformação da sociedade em novas fases em que as necessidades sejam plenamente alcançadas. A autora em sua análise da obra marxiana, distingue dois tipos de necessidades: as naturais, relativas à conservação e à perpetuação da vida, e as necessárias, radicais ou propriamente humanas; ambas, socialmente, determinadas.

As primeiras incluem as necessidades de alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação, relativas, portanto, à auto conservação e à preservação da espécie, embora nem, por isso, possam ser consideradas “naturais”, porque produzidas em contextos sociais. O volume dessas necessidades naturais e a maneira de satisfazê-las também são produtos históricos. Embora essas constituam necessidades físicas de auto conservação dos animais em geral, no caso dos homens elas se distinguem. Isso porque, o modo humano de satisfazê-las requer a existência de certas condições que para os outros animais não representam necessidades. No caso do humano, os modos de satisfação (que se diferenciam com as relações sociais tipicamente humanas) tornam sociais suas necessidades naturais (HELLER, 1986).

O caráter social e histórico que assume a necessidade natural do homem ficam ilustrado por Marx nos *Grundrisse*, quando afirma “Fome é fome, mas a fome satisfeita pela carne cozida comida com garfo e faca é uma fome diferente daquela que devora carne crua com as mãos, unhas e dentes” (MARX apud MÉSZÁROS, 2004, p.252). Ainda, na mesma obra, o autor chama as necessidades naturais do homem como “necessidades necessárias” em virtude das mesmas constituírem-se inevitáveis garantia da sobrevivência. Entretanto, no *Capital*, dá-lhe outro significado, tal como descreve-se a seguir (HELLER, 1986).

Mais do que um conjunto de determinadas necessidades que possam ser estabelecidas e fixadas independentemente da história e da cultura, as necessidades naturais constituem um conceito limite: o limite da reprodução da existência humana que se diferencia segundo distintas sociedades (HELLER, 1986).

Já as necessidades necessárias não se referem à mera sobrevivência dos indivíduos e têm os elementos culturais, morais e os costumes como decisivos para sua definição. Sua satisfação é parte da vida normal dos homens pertencentes a uma determinada classe social, numa determinada sociedade, podendo ser distintas quando comparadas épocas e grupos populacionais diferentes. Tanto podem ser necessidades materiais como imateriais. Incluem a liberdade, a autonomia, a autorrealização, a autodeterminação, a atividade moral, a reflexão, entre outras. Nesse sentido, nem toda necessidade é carecimento, pois, em se tratando das necessidades necessárias, seu contínuo aperfeiçoamento nos humaniza progressivamente.

As necessidades sociais podem ser analisadas do ponto de vista da necessidade em si e do ponto de vista da vida em sociedade. As necessidades e as formas de objetivação sempre se encontram em correlação, já que tais formas fixam o âmbito e delimitam a extensão das necessidades em determinadas sociedades, em diferentes momentos históricos. Isto explica porque as necessidades são simultaneamente pessoais (p. ex., o desejo de possuir algo) e sociais (o fato do objeto desejado corresponder a uma certa objetivação social) (HELLER, 1986).

As necessidades são sociais porque são socialmente produzidas, determinadas sócio-historicamente; e devem ser compreendidas sempre como necessidades de indivíduos, que estão em relações sócio-históricas com outros indivíduos; são produzidas por essas relações e para essas relações, sem nunca deixarem de ser individuais. Com isso, o termo “necessidade social”, não deve ser confundido com a ideia de “necessidade da sociedade” como se, neste último caso, a sociedade, ela mesma, fosse portadora de necessidades e não os indivíduos que a constituem (HELLER, 1986).

Embora não haja registro histórico de uma sociedade em que as necessidades humanas tenham sido plenamente satisfeitas – se é que isso seja possível – é no capitalismo que essa possibilidade apresenta-se o mais distante de sua realização (HELLER, 1986, p. 116), sendo que o que se observa é um contingente populacional enorme que não consegue satisfazer sequer suas necessidades naturais.

Isso tem sido associado por Marx ao processo de alienação das necessidades que está associado à transformação sofrida pelo conceito de necessidade que, no capitalismo, é reduzido à condição de necessidade econômica. Agnes Heller identifica as necessidades próprias do capitalismo como necessidades alienadas que são criadas em função do capital e referem-se, sobretudo, a aspectos materiais e ao consumo de mercadorias. A criação infinita de necessidades, própria do capitalismo, torna as necessidades alienadas inesgotáveis e reforça a insatisfação, expressa como carecimento ou falta de algo, geralmente material, são inesgotáveis. É parte integrante da subjetividade, ou seja, dos sentidos e das motivações das pessoas.

A organização social que tem como núcleo o desenvolvimento humano, não alienado, preza pelo desenvolvimento de necessidades qualitativamente

distintas. Contudo, com a alienação das necessidades, o incremento delas passa a ser de caráter quantitativo.

O dinheiro, ou a relação monetária, determina a “inversão” da relação “normal” quantidade e qualidade, constitui a encarnação da quantificação das necessidades e se converte em seu portador. É o representante puramente quantitativo da riqueza social. “A quantidade” de dinheiro é cada vez em maior medida sua propriedade importante. Assim como o dinheiro reduz todo ser a sua abstração, assim se reduz ele mesmo em seu próprio movimento a ser quantitativo. O descomedimento e o excesso é sua própria medida (HELLER, 1986, p.59).

Nesse movimento de alienação, promove-se um empobrecimento das necessidades cuja expressão mais significativa é sua redução à necessidade de “ter” diante da qual todas as demais se tornam homogêneas. Tal empobrecimento acomete todos os segmentos sociais, ainda que de forma diferente. Por fim, Agnes Heller (1986) elenca a problemática do interesse. Segundo a autora, o interesse como motivo da ação individual não é mais do que expressão da redução das necessidades.

Na obra marxiana, aparece à distinção entre necessidades reais e necessidades imaginárias. Com essa distinção, impõe-se a indagação já formulada por Agnes Heller: Mas quais são essas necessidades sociais reais? Para essa autora, o conteúdo dessa categoria corresponde, essencialmente, em Marx ao conteúdo empírico ou sociológico das necessidades necessárias.

As necessidades reais constituem a média das necessidades individuais que são desenvolvidas historicamente, transmitidas em seus usos e dotadas de componentes morais. Diz respeito a uma categoria objetiva na medida em que se refere a um determinado homem, de uma determinada classe, de uma determinada época, que nasce em um sistema e em uma hierarquia de necessidades pré-constituída (embora em evolução) pelos costumes, pela moral e pelas gerações precedentes e, sobretudo, por objetos de suas necessidades.

O homem interioriza (segundo as sociedades) esse sistema, embora de maneira individual. Mas, em nenhum caso, constitui uma estrutura autônoma de necessidades por cima dos membros de uma classe ou de uma sociedade: “necessidade do particular é aquela que ele conhece e sente como sua; não outras necessidades” (HELLER, 1986, p.82).

2.3.4 Necessidades de saúde no Brasil: abordagem teórica no campo da saúde coletiva

No campo da saúde pública, o conceito de necessidades de saúde origina-se como um conceito operacional, dentro do enfoque normativo, preocupado com a racionalidade técnica e traduzido como aquilo que requer atendimento (STOTZ, 1991). Assim como as demais necessidades humanas, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, elas situam-se entre natureza e cultura, ou seja, não dizem respeito somente à conservação da vida, mas à realização de um projeto de vida em que o indivíduo progressivamente torna-se humano.

Os sistemas de saúde não apenas respondem a necessidades sociais, mas reconhecem e legitimam algumas, em detrimento de outras, e criam novas necessidades. São considerados problemas de saúde somente aquelas necessidades que alcançaram um alto grau de legitimação, normatização e consenso. Por conseguinte, as práticas de cuidado vigentes em um determinado momento histórico podem ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos sociais.

Cecílio (2001) considera que as necessidades podem funcionar como “*analisadoras*” das práticas de cuidado, dada a sua centralidade para o trabalho em saúde. Para ele, a integralidade operacionalizada nos serviços de saúde pode ser definida como a capacidade da equipe traduzir por meio das expressões individuais as necessidades mais complexas esforçando-se para atendê-las.

Ao discutir a correspondência entre as necessidades de saúde e o arcabouço jurídico político e institucional criado para atendê-las, Stotz (1991) propõe a utilização de um conceito normativo de necessidade que possa ser operacionalizado de modo a exprimir a dialética do individual e do social.

O autor discutiu profundamente o conceito de necessidades, especialmente, no âmbito operacional, transpondo-o para a área de saúde. Defendeu que para desenvolver ações voltadas à resolução de problemas de saúde da coletividade e melhoria das condições de saúde da população, deve-se tomar a reflexão sobre os processos de trabalho, considerando a reciprocidade entre necessidades e processo de trabalho e defendendo que o processo de determinação de necessidades deve ser instaurado a partir de uma lógica capaz de “dar voz” aos indivíduos.

A partir das ideias de Stotz (1991), Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (2001) e Norma Fumie Matsumoto (1999) propõem, inclusive, uma taxonomia para as necessidades de saúde, organizando-as em quatro grandes conjuntos: necessidades de boas condições de vida, de acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida, de criação de vínculos afetivos entre usuários e equipes de saúde e de autonomia, em graus sempre crescentes, de tal forma que essa autonomia “implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível”.

Adotar essa taxonomia para leitura das necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde, especialmente, os vinculados à Atenção Básica, pode favorecer a reflexão dos trabalhadores da saúde, de modo a reorientar a lógica do trabalho em saúde pela perspectiva da integralidade.

O Pacto da Saúde faz referência a um conceito de necessidades que permite abrigar diferentes dimensões da realidade e dos sujeitos sociais envolvidos na construção da sociedade. Considera como necessidades as estimativas de demanda por ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização e legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes na sua definição e implementação (BRASIL, 2006).

Embora reconheça que o SUS é “herdeiro de práticas institucionais marcadas pela compra de serviços da iniciativa privada, orientada pelo interesse e pelo perfil da oferta dos mesmos”, o Pacto pela Saúde propõe redirecionar as ações de saúde de modo a responder às reais necessidades de saúde da população. Esse redirecionamento implica superar os enfoques utilitaristas marcados pelo viés subjetivo e individual, substituindo-os por consensos normativos sobre os níveis adequados de oferta de bens e serviços a serem providos pela ação setorial, tanto no campo da atenção como da promoção à saúde. Essa seria uma condição essencial para a elevação dos patamares de autonomia e ampliação das capacidades individuais e coletivas em busca da qualidade de vida e do bem-estar (BRASIL, 2006).

“A questão que se coloca quando se aceita a premissa de planejar com base nas necessidades de saúde pode ser então formulada a partir de quem estabelece tais adotadas várias abordagens e enfoques que integram diversas dimensões, sempre de caráter precário e fruto de consensos sociais (entre epidemiólogos, planejadores, gestores e, não por último, de representantes das sociedades científicas e da sociedade civil)” (BRASIL, 2006).

Reconhece-se atualmente que:

“há uma insuficiência teórica e metodológica no campo do planejamento em saúde, que não acumulou na maioria de suas áreas, conhecimento necessário para correlacionar os fatos do adoecer e morrer com as tecnologias e ações de saúde adequadas à modificação da situação identificada. Em nosso meio, pesquisas de avaliação tecnológica em saúde, bem como das metodologias de planejamento e programação, podem ser imputadas como parcialmente responsáveis por esse déficit conceitual” (BRASIL, 2006).

O que se verifica na prática é que os conceitos mais crítico-emancipatório de necessidades em saúde, de fato, não se fazem presentes nos processos de trabalho da Atenção Básica. Uma pesquisa recente realizada junto aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família para identificar processos de reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população de seu território concluiu que as concepções de necessidades relacionavam-se a agravos de saúde já instalados e más condições de vida (MORAIS, 2008).

Nas palavras da autora:

“em relação aos sentidos que norteiam a identificação e reconhecimento das necessidades de saúde, pode-se perceber a vinculação das necessidades de saúde à existência de algum agravo, seja ele de ordem somática ou psíquica. Compreende-se que isto decorre de um conceito de saúde ainda centrado na ausência de doença, cujo reducionismo pressupõe os sujeitos como um emaranhado morfológico e funcional, distante de suas realidades concretas”.

Programas verticais, que não cobrem a ampla gama de necessidades dos diferentes grupos sociais de um determinado território, estão em contradição com a concepção crítico-emancipatória de necessidades, pois se baseiam na perspectiva reducionista e biológica da saúde e da doença. A interpretação da determinação social dos processos de saúde-doença põe em evidência a urgência de revitalizar as práticas em saúde para além dos eventos biológicos e patológicos (BRASIL, 2006).

A operacionalização de um conceito de necessidades no cuidado à saúde está estreitamente vinculada a princípios do SUS, em especial, aos conceitos de

integralidade e equidade. Buscar a equidade diz respeito a promover “a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas” (CECILIO, 2001).

A identificação, interpretação e resposta às necessidades de saúde exigem das equipes de saúde um conjunto de ações articuladas e complementares, que devem estar presentes no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde (CECILIO, 2001).

Em 20 anos de SUS, os avanços são inequívocos, principalmente, quando seus princípios originais foram cuidadosamente seguidos. As políticas de saúde no Brasil têm se consolidado sob os princípios da integralidade, da equidade e da participação popular. Em diferentes momentos, cada um deles recebeu maior atenção por parte dos gestores e maiores esforços foram empreendidos para sua implantação. Ainda, há muitas questões que envolvem e obstaculizam a sua plena implantação, obstáculos esses representados, em boa parte, pela falta de uma política de formação e de educação permanente dos trabalhadores do SUS, articulada entre os diversos setores (BRASIL, 2008).

2.3.5 Taxonomia das necessidades de saúde de Matsumoto: um dispositivo para qualificar e humanizar os serviços de saúde

A teoria das necessidades, na perspectiva apresentada no referencial teórico, foi considerada como base teórico-metodológica norteadora da pesquisa. Assim, as necessidades são compreendidas como um produto das práticas sociais de sujeitos e grupos que ocupam uma classe social, em um momento histórico. Essas práticas são delineadas pela cultura construída pela moralidade e costumes das gerações passadas.

Portanto, as necessidades se concretizam para os indivíduos de diferentes classes sociais e cultura de maneira desigual, pois desigual é o acesso aos produtos que satisfazem as necessidades (HELLER, 1986). As necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, mas a potencialidade dos indivíduos em modificarem a si e o seu entorno no sentido de qualificar a vida, não podem ser desconsideradas neste processo.

Nessa pesquisa, fizemos a opção pela utilização da Taxonomia das Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto (1999), por possibilitar a leitura das necessidades de saúde, considerando-se a inserção e o contexto das condições de vida das mulheres no nível local. A Taxonomia se mostra adequada levando-se em conta a questão da saúde como direito que fundamenta o SUS, e a perspectiva de saúde no conceito ampliado preconizado pelo Ministério da Saúde na Estratégia Saúde da Família.

Matsumoto e Cecílio (1999) elaboraram uma taxonomia que tentou dar conta dos vários enfoques de necessidades de saúde e que, ao mesmo tempo, fosse descritiva e operacional. Com isso, agruparam as necessidades em quatro grandes conjuntos: (1) necessidades de boas condições de vida, (2) garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, (3) necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde e (4) necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (MATSUMOTO; CECÍLIO, 1999).

O primeiro agrupamento de necessidades (ter boas condições de vida) decorre do consenso de que a maneira como se vive traduz diferentes necessidades de saúde. Isso pode ser percebido a partir de uma perspectiva funcionalista, enfatizando fatores inerentes ao ambiente, que determinam o processo saúde-doença (tal qual proposto por Leavell e Clark: *História Natural da Doença*); e, também, a partir de formulações de autores marxistas que dão ênfase aos distintos lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo e sua inferência nos modos de adoecer e morrer. Essas necessidades, tanto podem estar relacionadas às necessidades “fisiológicas” como alimentação, saneamento, moradia, como às necessidades mais “complexas”, como segurança e afeto.

O segundo agrupamento (necessidade de se ter acesso e de poder consumir toda a tecnologia de saúde que seja capaz de melhorar e prolongar a vida) é compreendido pelo autor a partir dos conceitos de tecnologia leve (habilidades relacionais), leve-duras (ações programáticas, práticas) e duras (equipamentos, infraestrutura), propostas por Merhy (1997) e nega qualquer hierarquia dessas tecnologias. Advoga que o valor de uso de tais tecnologias e a hierarquização de sua importância são sempre definidos pela necessidade de cada pessoa, em cada singular momento da sua existência.

O terceiro agrupamento (criação de vínculos afetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional) reconhece que esse vínculo implica uma relação de confiança e referência, “uma relação contínua no tempo, sendo pessoal e intransferível, calorosa; encontro de subjetividades”.

Quanto ao último agrupamento (a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de viver), Matsumoto e Cecílio (1999) referem-se à autonomia como a possibilidade dos sujeitos de ressignificarem e reconstruírem os sentidos de suas vidas e de sua forma de viver, abrangendo também a luta pela satisfação de suas necessidades. Compreender que as pessoas possuem informação e educação em saúde como parte do processo de construção dessa autonomia.

Em seu estudo, Matsumoto (1999) apresenta uma síntese da revisão sobre as concepções de necessidades descritas a seguir:

a) A saúde é um bem coletivo, que diz respeito a toda sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social dos fenômenos de saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem e mulher;

b) As necessidades de saúde são sempre históricas e cambiantes, ou há uma normatividade histórica do que seja saúde;

c) As necessidades de saúde são de natureza subjetiva e individual e postulada por um sujeito, o que significa admitir explicitamente, o valor e as implicações cognoscitivas desse valor: o individual;

d) Necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado e livre, abstraído de suas relações concretas, nem pela estrutura social colocada de forma genérica.

A partir destas questões e de diferentes correntes teóricas, a autora em sua investigação construiu uma taxonomia de necessidades de saúde, organizada com base em vários enfoques e diferentes perspectivas do conceito de necessidades de saúde, sendo segundo a autora, “uma taxonomia intencionalmente eclética” (MATSUMOTO, 1999).

A adoção de uma taxonomia de saúde é um primeiro passo para se trabalhar na prática e com as equipes de saúde o tema da integralidade e da equidade, mesmo que “enquadrar” um tema tão complexo em alguma forma de classificação acabe tendo, sempre, um risco de reducionismo ou simplificação excessiva. Segundo Stotz (1991, p.135-136): “Decorre dessas diferenças que não se

possa recusar, conceitualmente, a taxonomia de necessidades de saúde, ou seja, de que se deva utilizar um conceito normativo que seja traduzível em descritivo e operacional. Isto porque necessidades de saúde são necessidades individuais e humanas, mas concretamente consideradas, são, também, necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, justas e injustas, porque o são assim em uma sociedade historicamente dada”.

A construção, uma quase “pactuação” mesmo, com boa participação dos trabalhadores, de um conceito mais operacional de necessidades de saúde como a taxonomia, já é, em si, um bom dispositivo para qualificar e humanizar os serviços de saúde (CECILIO, 2000). Constitui um instrumento de conversação, de comunicação, de coordenação de práticas e de gestão. Momento de se revelarem “necessidades distorcidas e ocultadas”.

Contudo, a abordagem construída nesta pesquisa sobre as necessidades de saúde de mulheres feirantes do mercado público, amplia a discussão sobre a finalidade das práticas de saúde, no sentido de satisfazer necessidades de saúde e de potencializar a ação dessas feirantes na busca pela modificação de suas realidades.

Adotar essa taxonomia para leitura das necessidades de saúde das mulheres feirantes pode favorecer a reflexão dos trabalhadores da saúde das equipes de atenção primária, de modo a reorientar a lógica do trabalho em saúde pela perspectiva da integralidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, mediante uma abordagem qualitativa. Optou-se por essa abordagem porque nela, o pesquisador é o principal instrumento para explorar a realidade (BOGDAN; BIKLEN, 1991). Este aspecto da pesquisa é importante para desvelar as necessidades de saúde, exigindo uma aproximação acolhedora e de cumplicidade com as mulheres feirantes, participantes da pesquisa, de maneira que o discurso delas fluam espontaneamente.

3.2 O cenário da pesquisa

3.2.1 Caracterização do município de Sobral/CE

Considerando a relevância do cenário para a pesquisa, foi realizada uma breve contextualização remontando-se alguns fatos históricos. Em seguida, pretendeu-se aprofundá-la em uma descrição detalhada do contexto atual, para situar a realidade em que ocorreu a coleta de dados.

O Município de Sobral está localizado na porção noroeste do estado do Ceará, a 240 km da capital Fortaleza, por via da BR-222. A cidade possui a quinta maior população do estado, com um número superior a 188.233 habitantes e população estimada para 2015 de 201.756 habitantes, concentrando-se a maior parte na zona urbana, 84% (IBGE, 2010). A cidade está localizada na região do semiárido cearense, tem clima tropical, quente e seco e conta com uma área territorial de aproximadamente 1.700 km².

É o segundo município mais desenvolvido do estado do Ceará, ficando atrás apenas da capital Fortaleza segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). No setor saúde constitui referência para toda Zona Norte do estado, sendo considerada cidade Pólo Assistencial da Região (ATLAS BRASIL, 2013).

O Centro de Sobral é por onde começa a história da povoação da cidade e, também, onde se localiza o mercado público. Segundo a Secretaria de Habitação e Saneamento Ambiental, o bairro do Centro tem sua delimitação iniciada na ponte Othon de Alencar sobre o Rio Acaraú, segue por este até a foz do riacho

Mucambinho, segue por esta até confrontar com a Rua Bela Vista, seguindo então até a Rua Jânio Quadros, daí até a Rua Cel. Albuquerque, prosseguindo por esta até a Via Férrea de Sobral.

A população do bairro do centro é de cerca de 5.621 pessoas, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2014. Nesta região, por abrigar uma série de equipamentos sociais, econômicos, educacionais e comerciais gera um fluxo humano muito superior ao da população residente. O bairro está subdividido em 10 micros áreas, as quais, por sua vez, dividem-se em quadras. A maior parte da população do bairro do Centro situa-se na faixa etária entre 20 e 39 anos, seguido da faixa > de 60 anos e entre 40 e 49 anos, o que nos mostra o predomínio de muitos adultos. Verifica-se que 21% da população está na faixa etária de 60 anos ou mais. O menor número ficou para a idade < de um ano. O sexo feminino predominou no total de habitantes do território. Grande parte da população em idade produtiva está empregada ou estuda (SIAB, 2014).

A Unidade de Saúde que atende a comunidade do bairro do Centro é composta por duas equipes da Estratégia Saúde da Família, com profissionais da equipe mínima: dois enfermeiros, um médico, dois técnicos de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal. E profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF e Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família. Estas equipes atendem, em média, 2.550 famílias (SIAB, 2014).

3.2.2 O Mercado público

O primeiro mercado, muito rudimentar, foi construído à Rua da Gangorra, assim chamada por haver naquele sítio uma gangorra para prender gado. Por ocasião da Audiência Geral ocorrida em 24 de outubro de 1818, o Ouvidor Desembargador Manoel José de Albuquerque propôs a construção de um novo mercado público, ideia que foi aceita com entusiasmo. Logo, o Capitão-Mor Ignácio Gomes Parente se ofereceu para adiantar sem prêmio ou interesse algum todo dinheiro que fosse preciso para construir a dita obra e igualmente se ofereceu ao ajudante Joaquim José de Almeida para aprontar todos os materiais necessários e administrar toda a obra pertencente ao dito Mercado, em vista do que por

uniformidade de todos, proveu a Câmara que com a brevidade possível se desse princípio ao Mercado, não podendo exceder o prazo de dois meses (FROTA, 1974).

O local escolhido foi a Praça Barão do Rio Branco, como pode ser visto na figura (1), atual praça Dr. José Sabóia onde efetivamente foi edificado. O terreno era alagadiço, sendo feito um grande serviço de aterro para evitar a estagnação das águas na estação invernososa.

Figura 1- Praça do mercado público, Sobral/CE, 1907



Fonte: arquivo Joscel Vasconcelos, 2014.

É sabido que o mercado representa uma parte importante da constituição da cidade. No entanto, também, sabemos que, no século XX, passa-se a viver sobre o discurso urbanista da higienização e embelezamento da cidade. Segundo registros, de Frota (1974), o prefeito municipal, Vicente Antenor Ferreira Gomes, querendo embelezar a, então, Praça Barão do Rio Branco, resolveu demolir o antigo mercado público continuando o processo de transformação urbana com a inauguração do novo mercado na década de 40 que tinha como objetivo suprir as necessidades de comercialização dos produtos agrícolas de Sobral e região, fazendo assim, com que o mesmo se transformasse em uma das principais fontes de emprego da cidade.

Sobral sempre foi um dos municípios que se destacou como referência no Estado do Ceará e o mercado público sempre foi considerado um dos pontos da cidade que viria a acentuar o seu desenvolvimento econômico. Sabendo disso, o prefeito Cesário Barreto Lima construiu, em 1964, o “Mercado da Carne”. Sua segunda reforma aconteceu na administração do prefeito José Euclides Ferreira Gomes, no ano de 1979, onde foi retirado o galpão do prédio.

Já em 1984, Joaquim Barreto volta a investir no mercado e constrói o piso superior. Como a obra não apresentou uma segurança necessária para sustentar a carga de mercadorias existente no local, em 1999, o prefeito Cid Ferreira Gomes realizou uma obra que refez todo trabalho da antiga administração. Toda a estrutura do mercado foi reforçada. Na parte superior do prédio novos pilares de sustentação foram levantados, dando uma nova área de referência comercial e possibilitando aos feirantes uma melhor identificação em espaços apropriados e com infraestrutura (ALBUQUERQUE; PINHEIRO; BEZERRA, 2013).

Anos depois, em 2001, a Prefeitura Municipal iniciou mais uma obra de ampliação, cujo objetivo foi o remanejamento, para um novo espaço, das verdureiras, cafezeiras e demais comerciantes que se encontravam instalados nos galpões da Rua Coronel José Silvestre, como pode ser visto nas figuras (2) e (3). Com essa obra, o Centro Comercial Chagas Barreto ganhou telha metálica com revestimento térmico. Este tipo de revestimento ameniza o calor, tornando o ambiente mais agradável para os clientes e frequentadores.

Também foi refeito o concreto do prédio, inclusive a parte de alvenaria das lojas. Novas instalações elétrica, hidráulica e de gás, além da construção de uma rampa interna também melhoram a infraestrutura do mercado. O equipamento foi reinaugurado em 24 de novembro de 2001 e contam com 280 boxes para feirantes, 60 boxes para cafezeiros (as) e 32 pontos comerciais externos. A área reformada e construída totaliza 5.918,06m² e vem atender uma antiga reivindicação dos comerciantes que trabalham no mercado. Atualmente, o Centro Comercial Chagas Barreto comercializa vários tipos de mercadorias: artesanatos, produtos industrializados e gêneros alimentícios (ALBUQUERQUE; PINHEIRO; BEZERRA, 2013).

Figuras (2) e (3): fachada externa e estrutura física interna do mercado público, Sobral/CE, 2015.



Fonte: Ponte, 2015.

O Mercado Público de Sobral evidencia-se como lugar dos encontros e desencontros, da tradição da zona norte cearense, das conversas “fiadas” e também, daquelas com propósito, das sociabilidades, compras, vendas, trocas, das múltiplas territorialidades.

3.3 Aproximações e encontros com as participantes da pesquisa

Atualmente, existem 34 mulheres cafezeiras ativas e três de licença saúde. Apesar da maioria das feirantes do café ser constituída por mulheres, encontram-se também dois homens que desenvolvem essa função. A Idade Média dessas mulheres é de 49 anos e apesar do nome “cafezeiras”, realizam outras atividades, não só a venda de café, mas também de almoços e lanches para o público que por lá passa.

Participaram desta pesquisa 15 mulheres feirantes cafezeiras do Mercado Público de Sobral. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: trabalhar no setor do mercado que serve refeições; estar na faixa etária de 40 a 65 anos e atuando há mais de cinco anos nessa função para garantir um tempo de conhecimento e implicação do trabalho com sua saúde. Considerou-se esse critério para a idade por compreender o período biológico da vida da mulher que marca uma longa transição entre o seu período reprodutivo e a velhice (climatério), em que começam a ocorrer alterações físicas e psicológicas na maioria das mulheres, causando desconforto e demandando maior necessidade de cuidados em saúde.

Dentre as 15 participantes da pesquisa, seis tinham entre 40 a 49 anos, cinco entre 50 a 59 anos e quatro acima de 60 anos. A escolha foi aleatória dentro

da faixa etária estabelecida nos critérios de inclusão. Em relação ao endereço, 14 entrevistadas residiam no município de Sobral, sendo cinco no bairro Terrenos Novos, quatro no Centro próximo ao seu local de trabalho, duas no Sumaré, duas no Alto do Cristo e uma no Dom Expedito. Apenas uma residia no município de Massapê/CE.

Para a caracterização das participantes, foram considerados o estado civil e a composição familiar de cada um, para situá-las em seu contexto social. A maioria (seis) era de mulheres casadas; três, eram solteiras com filhos; quatro declararam-se separadas ou divorciadas; e duas informaram ser viúvas. Percebeu-se que todas as mulheres (15) tiveram filhos, independente do estado civil.

Em relação ao número de moradores no domicílio, 10 informaram que moravam com três a cinco pessoas; duas disseram morar com uma a duas pessoas; duas com seis a oito pessoas e apenas uma morava sozinha.

A renda familiar auferida, também, foi considerada para caracterizar as participantes, pois, na economia capitalista, a posição que as mulheres ocupam na produção social é definidora de suas necessidades. A renda entre seis mulheres era de 500 a 900 reais por pessoa; quatro menos de 200 reais por pessoa; quatro de 200 a 400 e apenas uma com renda acima de 1000 reais per capita mês. De acordo com os dados coletados, percebe-se uma significativa representatividade destes fatores na expressão de necessidades de saúde das participantes da pesquisa.

A escolaridade, também, foi observada na caracterização, considerando um fator importante na construção da autonomia, assim, as participantes apresentaram escolaridade variada, sendo que nove não completaram o ensino fundamental; uma concluiu o ensino fundamental; três completaram o Ensino Médio e duas declararam-se analfabetas. O quadro, a seguir, foi elaborado visando facilitar a identificação das participantes, sua constituição familiar em que estão inseridas, escolaridade e renda.

Quadro1- Demonstrativo da caracterização das participantes segundo perfil sócio demográfico e econômico. Sobral - CE, 2016.

(Continua)

Participantes	Idade	Endereço	Estado Civil	Nº Filhos	Escolaridade	Renda percapita R\$
1-M ^a Alzenir	57	T. Novos	Casada	03	Analfabeta	261
2-M ^a Auxiliadora	60	Sumaré	Viúva	07	Ens. Fundamental	580

Quadro1- Demonstrativo da caracterização das participantes segundo perfil sócio demográfico e econômico. Sobral - CE, 2016.

						(Conclusão)
3- M ^a Bethania	58	Centro	Solteira	02	Ens. Fundamental	1.200
4- M ^a Clara	44	T.novos	Casada	03	Ensino médio	300
5- M ^a da Penha	41	T.novos	Solteira	02	Fundamental	516
6- M ^a do Carmo	43	Alto Cristo	Casada	02	Fund. Incom.	522
7- M ^a Emma	41	Massapê	Casada	03	Fund. Incom.	116
8- M ^a Esther	60	T.Novos	Separada	05	Fund. Incom.	217
9- M ^a Fátima	40	Centro	Separada	01	Ensino Médio	870
10- M ^a Firmino	43	Centro	Solteira	02	Fund. Incom.	725
11- M ^a José	57	T. Novos	Viúva	05	Ensino Médio	133
12- M ^a Osmarina	57	Centro	Casada	04	Fund. Incom.	261
13- M ^a Paula	64	Dom Expedito	Separada	03	Analfabeta	164
14- M ^a Quitéria	60	Sumaré	Casada	07	Fund. Incom.	195
15- M ^a Rita	54	Alto Cristo	Divorciada	03	Fund. Incom.	535

Fonte: Primária.

Para manter o anonimato das mulheres feirantes na pesquisa foi utilizado o nome fictício de “Maria”. A escolha se deu pelo fato de se consistir em um dos nomes femininos mais usados no Brasil e por se tratar de um nome bíblico, o nome da Mãe de Jesus. O nome reporta, também, as mulheres brasileiras nas diversas Marias, professoras, cantoras, enfermeiras, escritoras, pintoras, pesquisadoras, atrizes, jornalistas, esportistas, além das que lutaram em guerras, as que buscaram seus direitos e respeito na sociedade.

Assim, para representar as feirantes, utilizou-se 15 nomes de Marias, mulheres públicas que deixaram suas histórias de lutas e conquistas gravadas na mente do povo brasileiro, desde as mulheres locais até as de conhecimento nacional, a saber:

1. **Maria Alzenir Coelho Ponte.** Sobralense, docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú, ícone da enfermagem obstétrica da região Norte, Sobral/CE.

2. **Maria Auxiliadora da Silva.** Pintora brasileira, artista genial, exaltada pela crítica internacional.

3. **Maria Bethânia Viana Teles Veloso,** cantora nordestina e compositora brasileira. Foi eleita a quinta maior voz da música brasileira pela Revista Rolling Stone Brasil.

4. **Maria Clara Gueiros.** Humorista, atriz e dubladora brasileira, recebeu o prêmio de melhor comediante por “Minha nada mole vida.”.

5. **Maria da Penha.** Seu nome virou lei em 2006, estabelecendo o aumento das punições e agressões contra a mulher e uma série de medidas para proteger a integridade física e psicológica de mulheres vítimas de violência.

6. **Maria do Carmo Miranda.** Cantora, primeira Sul Americana a ser homenageada com uma estrela na calçada da fama.

7. **Maria Emma HuldaLenk** foi a primeira atleta sul americana a participar dos jogos olímpicos, fez parte da primeira turma de educação física do Brasil.

8. **Maria Esther** é a maior tenista brasileira de todos os tempos.

9. **Maria Fátima Grossi de Sá.** Está entre as seis maiores pesquisadoras brasileiras. Suas descobertas renderam patentes nacionais e internacionais na área de Biotecnologia Vegetal, recebendo o prêmio Scopus Brasil 2010.

10. **Maria Firmino dos Reis** foi uma escritora brasileira, considerada a primeira romancista brasileira.

11. **Maria José Barroso “Maria Soldado”.** Alistou-se como enfermeira e se fazendo passar por homem na Revolução de 32. Acompanhou os soldados constitucionistas no setor Sul do Estado como defensora da legião negra, e afrontou o ditador Getúlio Vargas em Praça Pública.

12. **Maria Osmarina Marina Silva Vaz de Lima.** Política Brasileira filiada a Rede Sustentabilidade, historiadora, professora, psicopedagoga e ambientalista.

13. **Maria Paula Fidalgo.** Jornalista, embaixadora da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano do Ministério da Saúde. Atriz, comediante, escritora, repórter, psicóloga, apresentadora de televisão e cronista da Revista de domingo do Correio Brasiliense.

14. **Maria Quitéria** foi a primeira militar brasileira e heroína na guerra da Independência, em que se vestiu de homem para conseguir entrar no exército.

15. **Maria Rita de Sousa Brito Lopes Pontes,** mais conhecida como Irmã Dulce, tendo recebido o epíteto de “o anjo bom da Bahia”, foi uma religiosa católica brasileira. Irmã Dulce notabilizou-se por suas obras de caridade e de assistência aos pobres e necessitados.

Para a pesquisa as 15 (quinze) participantes serão representadas por nomes fictícios para manter o anonimato e ética da pesquisa: 1. Maria Alzenir; 2.

Maria Auxiliadora; 3. Maria Bethânia; 4. Maria Clara; 5. Maria da Penha; 6. Maria do Carmo; 7. Maria Emma; 8. Maria Esther; 9. Maria Fátima; 10. Maria Firmino; 11. Maria José; 12. Maria Osmarina; 13. Maria Paula; 14. Maria Quitéria e 15. Maria Rita.

3.4 As técnicas e instrumentos da pesquisa

O processo de coleta dos dados para compor o banco de informações acerca do objeto de pesquisa definido para este trabalho de pesquisa foi estabelecido em duas fases distintas, porém, interdependentes: Observação da realidade e entrevista semiestruturada contemplando questões que se enquadravam na Teoria das Necessidades de Saúde desenhada por Matsumoto (1999) em sua abordagem acerca das necessidades humanas.

O trabalho de campo, sistemático, foi realizado no período de março a maio de 2016 no espaço do segundo piso da praça de alimentação do mercado público. Em nosso percurso nesse espaço nos acompanhou um gravador, um celular para o registro das imagens (fotos) e alguns formulários: roteiro da entrevista e da observação sistemática. A aproximação da pesquisadora com as participantes pela vivência no território de saúde enquanto enfermeira facilitou nossa entrada na feira, porém, a permanência nesse espaço nos oportunizou um maior envolvimento e familiarização com as mulheres. Essa interação nos possibilitou estabelecer leituras, conversas e até mesmo “descobrir” pessoas que, um dia, fizeram parte de nosso convívio, fregueses que há muito tempo não víamos.

3.4.1 Fluxograma de realização da pesquisa

Aqui para uma melhor compreensão e visualização dos diferentes momentos que transcorreram no desenrolar de nossa pesquisa indicamos as duas fases referentes à coleta de dados.

1ª Fase: Observação da realidade

Pesquisa de campo "consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro

de variáveis que se presumem relevantes, para analisá-los" (MARCONI; LAKATOS, 2011, p.69).

Segundo Gil (2009), um dos elementos fundamentais para a pesquisa é a observação, possuindo um papel fundamental na fase de coleta de dados. Sua principal vantagem é a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação, e como desvantagem temos que a presença do observador pode causar alterações no comportamento dos observados.

Para o autor, na observação sistemática o pesquisador precisa elaborar um plano que estabeleça o que deve ser observado, em que momentos, bem como a forma de registro e organização das informações. O primeiro passo consiste em definir o que deve ser observado. Esta definição precisa levar em consideração os objetivos da pesquisa, o que significa que se estes não estiverem claramente definidos, será impossível conduzir adequadamente o processo de observação.

O passo a passo da observação sistemática encontra-se no Apêndice B. Foi observado como é o ambiente de trabalho (uso de equipamento de proteção individual- EPI, estrutura física, riscos de trabalho); como se dá o processo de trabalho das feirantes; a dinâmica das relações entre as mulheres feirantes; as relações das mulheres com o contexto do trabalho e ambiente e como acontece a interação e comunicação com a pesquisadora.

Nessa etapa foi realizado o primeiro encontro com as participantes da pesquisa, por meio de uma visita *in loco* para conhecer o local da pesquisa, rotina, organização do serviço e potencialidades das mulheres feirantes. Os objetivos foram apresentados às participantes, e estes foram convidados a participarem da pesquisa, momento em que foram apresentadas os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para algumas mulheres, uma rápida conversa foi o bastante para se sentirem interessadas em participar da pesquisa. Já para outras foram necessárias maiores explicações e, mesmo assim, duas feirantes se recusaram a participar. É importante ressaltar que o contato foi facilitado pelas aproximações já realizadas anteriormente na ocasião das atividades de promoção à saúde desenvolvida no Mercado.

2ª Fase: Entrevista - Conhecimento das necessidades de saúde

Após esse momento inicial de reaproximação, foi realizado o teste piloto com três feirantes. O teste piloto é uma forma de identificar se a entrevista está coerente com os objetivos propostos, como, também, acessíveis para o entendimento dos entrevistados e, assim, com o intuito de aperfeiçoar a entrevista, de modo que melhor atendesse os nossos objetivos foi feita uma (re) elaboração das perguntas. Gil (2002) corrobora com a ideia da importância de testar cada instrumento, com o intuito de desenvolver os procedimentos de aplicação, testar o vocabulário empregado nas questões e assegurar-se de que as questões ou as observações a serem feitas possibilitem medir as variáveis que se pretende medir.

Ainda nesta linha de raciocínio, o autor ressalta que, no instrumento da entrevista, os participantes deverão dispor de um tempo maior, pois após a aplicação das questões, o pesquisador deverá conversar com o informante sobre as perguntas de forma geral, por exemplo: se está claro o enunciado, se o entendimento está facilitado, se há perguntas muito parecidas, se há algum tipo de indução na pergunta direcionando para determinada resposta, como também obter informações referente à postura do próprio entrevistador.

A entrevista semiestruturada (Apêndice C) foi guiada por um roteiro previamente elaborado composto por duas partes: a primeira contendo dados de identificação das participantes e a segunda com nove perguntas direcionadas às necessidades de saúde das mulheres feirantes, conforme os objetivos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente. As entrevistas tiveram o tempo médio de 40 minutos e foram realizadas no próprio ambiente de trabalho das mulheres. Em alguns momentos e com algumas participantes, as entrevistas foram interrompidas devido ao fluxo de trabalho. A entrevista semiestruturada, segundo Gil (2009), além de valorizar o investigado (a), permite que o (a) participante da pesquisa alcance a espontaneidade necessária e fundamental para o desenvolvimento da pesquisa.

Assim, durante os meses de março e abril, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE C) que foram aplicadas às mulheres, considerada como uma questão norteadora para os pontos-chaves da problemática, realizando um delineamento das necessidades de saúde dessas feirantes. Esse instrumento foi orientado previamente por um roteiro com questões referente à identificação e dados

sóciodemográficos e econômicos, dados relacionados à inserção no trabalho e em seguida questões que buscavam apreender modos de vida, opiniões e atitudes acerca das necessidades de saúde, determinantes do processo saúde-doença, conceito de saúde, formas de enfrentamento dos problemas de saúde e efetividade dos serviços de saúde para responder aos problemas de saúde das mulheres feirantes contemplando elementos das necessidades previstas na teoria de Matsumoto (1999).

No decorrer desses meses, as entrevistas se realizaram no ambiente de trabalho das mulheres, o que contribuiu para a qualidade das informações relatadas por estarem desenvolvendo a atividade no momento da entrevista. Por outro lado, nos momentos de atendimento aos clientes e recebimento do dinheiro, a entrevista era interrompida, comprometendo a conclusão do raciocínio e quando retomada, todo o processo era reiniciado.

A entrevista semiestruturada foi utilizada individualmente como objetivo de o pesquisador compreender as subjetividades das participantes e um contato direto. Neste tipo de instrumento, o pesquisador já possui um roteiro previamente estabelecido, mas há sempre um espaço para a elucidação de elementos que surgem (APPOLINÁRIO, 2009).

À medida que era realizada cada entrevista, as falas das participantes foram transcritas, destacando-se destes textos as unidades de registro que correspondiam aos temas da taxonomia de necessidades de saúde (MATSUMOTO, 1999).

As limitações e restrições desta pesquisa diz respeito, principalmente à contenção daquilo que se pensa, se sente e se faz. Muitas vezes, o que as feirantes depõem por meio da entrevista é o que elas gostariam ou pensam que são baseados em seus determinantes e condicionantes de saúde.

3.5 A transcrição e análise das informações

Após a pesquisa de campo, iniciamos a análise de dados. Para Gil (2009), após a coleta, o material adquirido precisa ser organizado e categorizado segundo critérios relativamente flexíveis e previamente definidos, de acordo com os objetivos da pesquisa. Para o autor trata-se de um trabalho árduo e, numa primeira etapa, mais “braçal” do que propriamente analítico.

As respostas das questões abertas da entrevista foram transcritas na sua íntegra e submetidas à análise qualitativa de conteúdo de Bardin, a qual se define por um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção dessas mensagens. (BARDIN, 2011).

O primeiro polo cronológico dessa análise de conteúdo é caracterizado como fase de organização dos materiais, selecionados de acordo com um objetivo pré- estabelecido, o qual é submetido a várias regras (pertinência, exaustividade, representatividade, homogeneidade) a fim de constituir um corpus, ou seja, um conjunto de documentos. No caso da presente pesquisa, após a transcrição das entrevistas com as mulheres feirantes, procedeu-se a identificação das perguntas da entrevista e o agrupamento de cada uma delas, a fim de constituir uma narrativa de cada pergunta, de modo a facilitar a leitura.

O segundo polo cronológico, definido como exploração do material, tem por finalidade decompor, codificar ou enumerar o corpus de pesquisa, ou seja, lapidar os dados a fim de exprimir as características exatas do conteúdo selecionado. Nessa pesquisa, procedeu-se, primeiramente, a leitura flutuante de todo o corpus, organizado a partir das transcrições com intuito de conhecer o texto, e, posteriormente a análise sobre o objeto foi feita à luz da Taxonomia das Necessidades de Saúde, proposta por Matsumoto (1999), sendo possível listar as unidades de significação submersas nas expressões das participantes, que representam suas necessidades de saúde.

Assim, expressões das participantes são constituídas por demandas que precisam ser interpretadas, considerando a posição que as mulheres feirantes assumem em seu contexto de vida para possibilitar a emergência das necessidades de saúde. A partir do contato inicial com os textos transcritos, foi possível visualizar os caminhos para a exploração do material. Desta maneira, destacaram-se dos textos transcritos, os fragmentos e frases que, semanticamente, remetiam aos temas contemplados na Taxonomia de Necessidades de Saúde (MATSUMOTO, 1999).

Segundo Cecílio (2001, p. 12), para compreender as necessidades de saúde e atendê-las de modo a buscar a integralidade é preciso que os profissionais ou, no caso, o pesquisador, façam “a escuta da maneira mais completa possível” das demandas, assim permitindo que as reais necessidades submersas nestas

expressões sejam traduzidas. De acordo com o autor, a capacidade e a sensibilidade do receptor do discurso são fundamentais para a compreensão das necessidades.

O último polo cronológico, denominado de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, tem por objetivo colocar em destaque as informações obtidas. Bardin (2011) define essa etapa como “codificação”, que, segundo Hostil (1969 apud Bardin 2011, p. 133) conceitua como “processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidade, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”. No texto sinalizado de cada pergunta, procurou-se identificar a unidade de registro que, segundo Bardin (2011, p. 134), “corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização”, e, também, a unidade de conteúdo, a qual “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro” (BARDIN, 2011, p. 137).

Posteriormente, deu-se segmento ao que Bardin (2011, p. 147) se refere como análise categorial, que significa “a divisão dos componentes das mensagens analisadas em rubricas ou categorias”, permitindo a classificação dos elementos de significação constitutivos de cada pergunta da entrevista. Tudo se justifica para que se pudesse formular a categorização, que são “rubricas ou classes as quais reúnem as unidades de registro sobre um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos”.

A taxonomia das necessidades de saúde proposta por Matsumoto (1999) funcionou como instrumento capaz de listar e descrever as necessidades de saúde. Tal taxonomia consta de quatro categorias, a primeira traz a necessidade de boas condições de vida, a segunda categoria refere-se à necessidade de acesso às tecnologias de saúde capaz de melhorar ou prolongar a vida dessas mulheres. A categoria três evidenciou a necessidade percebida pelas feirantes de ser acolhida e ter vínculo afetivo entre o usuário e o profissional de saúde. E na última categoria constatou-se a percepção da necessidade de autonomia e autocuidado no modo de andar a vida.

Outro tratamento realizado nas entrevistas, após a análise de Bardin, foi a utilização do software denominado IRAMUTEQ® (Interface de R pour analyses

Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que é um programa gratuito que realiza “análises quantitativas de dados textuais bem simples [...] até análises multivariadas [...]”. (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 515).

Os mesmos autores destacam que o IRAMUTEQ® foi desenvolvido primeiramente em língua francesa, como ferramenta de análise de dados, “desenvolvido sob a lógica da open source, licenciado por GNU GPL (v2). Ele ancora-se no ambiente estatístico do software R e na linguagem python (www.python.org)”. (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 515).

No Brasil, o IRAMUTEQ® é utilizado desde 2013 pela equipe do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição da Universidade Federal de Santa Catarina (LACCOS/UFSC) em parceria com o Centro Internacional de Estudos em Representações Sociais e Subjetividade – Educação, da Fundação Carlos Chagas (CIERS- -ed/FCC); e com o grupo de pesquisa Valores, Educação e Formação de Professores da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP); os quais estão aprimorando o dicionário experimental em língua portuguesa. (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 516).

Estes mesmos autores relatam que, este software permite a utilização de diferentes recursos técnicos de análise lexical, das quais se destacam: análises lexicais clássicas; análise de especificidades; método de classificação hierárquica descendente (CHD); análise de similitude e nuvem de palavras. (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 515-516). Assim, das cinco formas de análise de dados textuais oferecidas por esse software, optou-se por duas, que “organizam a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara” (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 516), sendo: “nuvem de palavras” e “análise de similitude”.

As imagens gráficas produzidas pelo programa facilitam a visualização dos principais elementos do corpus textual e da relação estabelecida entre eles. Dessa forma, tem-se um indicativo das necessidades de saúde das mulheres feirantes que emergem a partir do conjunto dos textos. A nuvem de palavras as agrupa e as organiza graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém, graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita rápida identificação das palavras-chave de um corpus. A maneira como as palavras se organizam na nuvem é um indicativo da estrutura das representações sociais, pois os termos de maior destaque se estabelecem no centro, os quais

podem vir a compor o núcleo central da representação, enquanto os de menor importância aparecem na periferia.

A análise de similitude se baseia na teoria dos grafos, possibilita identificar as ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual, distinguindo também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise (MARCHAND & RATINAUD, 2012).

A análise de conteúdo foi feita a partir do agrupamento de elementos de significados mais próximos, com formação de categorias (análise categorial) a partir da análise sobre o objeto à luz da Taxonomia das Necessidades de Saúde, proposta por Matsumoto (1999), sendo possível listar as unidades de significação submersas nas expressões das participantes, que representam suas necessidades de saúde. Assim, a partir da leitura inicial (leitura flutuante) foram anotadas impressões advindas do conteúdo das falas (pré-categorias). Uma releitura detalhada dos depoimentos levou à construção de grades de categorias contendo tema geral, palavras e frases relacionadas a esse tema.

A análise de conteúdo pela técnica de Bardin resultou em um conjunto de três categorias e dez subcategorias. O quadro 2 mostra a síntese dos resultados desta análise de conteúdo, apontando as categorias e subcategorias, bem como a recorrência de cada uma delas.

Quadro 2- Análise de conteúdo corpus de Mulheres Feirantes. Sobral-CE, 2016

(Continua)

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Unidades Contexto</i>	<i>Unidades Registro</i>
<i>1. Necessidades de Condições de Vida Adequadas</i>	<i>1.1 Necessidades fisiológicas ou básicas</i>	<i>Boa alimentação Higiene Repouso Lazer</i>	<i>29</i>
	<i>1.2 Necessidades sociais</i>	<i>Paz Tranquilidade Harmonia familiar Relações sociais</i>	<i>17</i>

Quadro 2- Análise de conteúdo corpus de Mulheres Feirantes. Sobral-CE, 2016
(Continuação)

	<i>1.3 Necessidades determinadas pelo saber biomédico</i>	<i>Ausência de doenças Médico</i>	<i>13</i>
	<i>1.4 Necessidades de Segurança</i>	<i>Condições seguras de trabalho Segurança espiritual</i>	<i>13</i>
<i>2. Estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde</i>	<i>2.1 Hábitos saudáveis</i>	<i>Redução da jornada de trabalho Boa alimentação</i>	<i>26</i>
	<i>2.2 Contradições do cotidiano para o autocuidado</i>	<i>Extensa jornada de trabalho Falta de apoio dos governantes Falta de acesso aos serviços</i>	<i>11</i>
	<i>2.3 Cultura popular</i>	<i>Remédios caseiros Rezas</i>	<i>03</i>
<i>3. Necessidades de acesso aos serviços de saúde e práticas profissionais humanizadas</i>	<i>3.1 Serviços e Produtos biomédicos</i>	<i>Exames Medicamentos Consulta Médica</i>	<i>20</i>
	<i>3.2 Boas relações com profissional de saúde</i>	<i>Vínculo Bom atendimento</i>	<i>09</i>
	<i>3.3 Dificuldades para o acesso</i>	<i>Desorganização dos serviços Extensa jornada de trabalho</i>	<i>05</i>

Fonte: Primária.

A categoria *Condições de vida adequadas* foi a mais recorrente nos depoimentos das participantes, tendo sido citada 72 vezes (uma média de cinco citações por entrevistada). Nessa temática elas relacionaram, sobretudo, as necessidades de condições de vida adequadas às *necessidades fisiológicas ou básicas* (29 citações), seguidas das *necessidades sociais* (17 citações), *necessidades determinadas pelo saber biomédico* e *necessidades de segurança* (13 citações). Alguns depoimentos relativos a essa categoria exemplificam o quanto as feirantes ainda estão tentando suprir necessidades existenciais ou de sobrevivência.

As *estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde* desenvolvidas pelas participantes dizem respeito aos *Hábitos saudáveis* (26 citações), as *Contradições do cotidiano para o autocuidado* (11 citações) e à *Cultura popular* (três citações). As mulheres em quase sua totalidade citaram mudanças dos hábitos de vida para atitudes mais saudáveis. No entanto, essas modificações estão vinculadas à noção biologicista da saúde. Mencionaram, ainda que, existem barreiras do cotidiano que impossibilitam o cuidado com a saúde como a tripla jornada de trabalho, falta de vínculo e acesso a produtos e serviços.

Por fim, a categoria relativa às *Necessidades de acesso aos serviços de saúde e práticas profissionais humanizadas* também foi citada (34 vezes, uma média de duas citações por participante) emergindo três subcategorias, a saber: *Serviços e produtos biomédicos* (20 citações), *Boas relações com profissional de saúde* (nove citações) e *Dificuldades para o acesso* (cinco citações). Os depoimentos apontam necessidade de acesso aos serviços e atenção específica à saúde em sua dimensão curativista e a necessidade de acolhimento e vínculo com profissional de saúde para a satisfação dessas necessidades.

3.6 A dimensão ética e legal da pesquisa

Conforme preceitua a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo aprovado conforme CAAE nº 53306616.5.0000.5053, na datade 14 de março de 2016 (ANEXO B).

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas para pesquisas com seres humanos contidas na resolução 196 de

10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram incorporados sob a ótica do indivíduo e coletividade os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito às participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Todas as mulheres convidadas a participar da pesquisa foram informados previamente sobre o tema abordado e que podem realizar qualquer questionamento a mim sobre a pesquisa, com também, finalizar sua participação em qualquer fase da pesquisa.

No momento de cada entrevista, todas as participantes foram apresentadas ao tema e aos objetivos da pesquisa. Posteriormente, foi feita a leitura cuidadosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido relativo à sua participação na pesquisa, mediante interesse demonstrado no sentido de ser entrevistado. Foi assegurado a todos o sigilo e o anonimato.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento da participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A). Houve preocupação em realizar uma ou duas entrevistas por dia e transcrevê-las em seguida, duas a duas, para que fosse observada a saturação de dados. O período de realização das 15 entrevistas foi de 28/03/16 a 26/04/16. Ressalte-se que o processo de coleta de dados só teve início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (ANEXO B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Um olhar a mais: apreensão do real por meio da observação

Como já indicado uma das estratégias utilizada e que fora fundamental para a geração de informações acerca das participantes envolvidas nesta pesquisa foi num primeiro momento a observação sistemática. Portanto, para apoiar a análise do objeto desta investigação - as necessidades de saúde das mulheres feirantes - articularam-se informações obtidas das entrevistas e da observação sistemática. As necessidades de saúde, sendo uma construção sócio histórica dos indivíduos e grupos, exigiram o destaque ora de situações singulares, ora de questões particulares das mulheres, e questões gerais, de cidadãs inseridas em um meio de produção e de consumo de produtos que inclui as práticas e as tecnologias de saúde.

No início da minha inserção no mercado local, algumas feirantes, cientes de minhas intenções de pesquisa, orientaram meus olhares e meus ouvidos, chamando a minha atenção para alguns acontecimentos. Foram muitas demonstrações de receptividade, mas também houve as de recusa, apreendidas pelas expressões faciais e de olhar a mim direcionadas. Minha presença provocou alterações no comportamento dos observados. Uma vez que são cobradas pela coordenação do mercado sobre a limpeza adequada dos utensílios, boxes e alimentos, foi percebido que quando não realizavam a higienização adequada destes, tentavam justificar o procedimento prejudicando a espontaneidade em seu fazer e agir.

Dessa forma, para a compreensão do modo de vida e trabalho das mulheres feirantes, de acordo com Minayo (2010) o trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os “atores” que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social.

Assim, tal método possibilitou meios para que me inserisse nas atividades do dia-a-dia das mulheres feirantes, registrando as experiências e seus efeitos sobre o comportamento do respectivo grupo. A observação sistemática apresentou-se como um instrumento importante de análise da dinâmica de vida e trabalho das

mulheres na feira e por meio da convivência e interação buscou-se conhecer seu fazer, sentir e dizer.

Seguindo uma ordem lógica das necessidades básicas apresentadas por Maslow (1954), a primeira necessidade que leva o homem a buscar o trabalho é fisiológica a fim de garantir a sobrevivência sua e de seus familiares. O trabalho seria o modo de prover alimento, roupas, moradia, educação e saúde entre outros. E para satisfazer essas necessidades, o trabalho transforma os objetos da natureza e também às mulheres, que precisam de saúde física, mental e espiritual para ter bom desempenho na execução de suas atividades laborais. Assim, além dos fatores pessoais e de estilo de vida, os fatores ambientais de trabalho interferem na saúde das mulheres feirantes.

Desse modo, para garantir melhores condições de trabalho e evitar o processo de adoecimento contribuindo para a satisfação das necessidades, é preciso que o ambiente de trabalho ofereça condições adequadas para as atividades laborais. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997) define a saúde como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença.” Em consonância com este conceito, a definição de ambiente de trabalho saudável que foi desenvolvida com base no Modelo Global para Ambientes de Trabalho Saudáveis é a seguinte: um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os “trabalhadores e gestores colaboram em um processo contínuo de melhoria para proteger e promover a saúde, o bem-estar, a segurança e sustentabilidade do seu local de trabalho” (OMS, 2010).

Nesse contexto, quanto maior a capacidade explicativa de fenômenos que interferem no estado de saúde e sua relação com o processo saúde-doença maior será a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde da população (SILVA; BATTISTELA; GOMES, 2007). Assim, para compreender como se dá o processo de trabalho das mulheres feirantes do mercado público de Sobral, fez-se necessário observar inicialmente o ambiente de trabalho destas, sua estrutura física, riscos de trabalho e uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

No tocante à estrutura física, embora o layout e infraestrutura do mercado público se apresentem na prática de forma adequada para o funcionamento, o espaço não é livre de focos de insalubridade, possuindo vetores e outros animais como gatos e cachorros no pátio e vizinhança. De acordo com Silva Junior (2014), a

presença de pragas geralmente está relacionada ao desconhecimento de medidas preventivas e corretivas do ambiente, faltas de treinamento, além de um planejamento estrutural deficiente.

Mensalmente é realizada dedetização em todos os boxes pela administração do mercado, porém, com a presença de restos de alimentos e higiene inadequada não conseguem controlar o problema. De acordo com a legislação brasileira, o controle integrado de vetores e pragas urbanas, pode ser definido como um sistema que incorpora ações preventivas e corretivas destinadas a impedir a atração, o abrigo, o acesso e a proliferação destes, uma vez que comprometam a qualidade higiênico-sanitária do alimento (BRASIL, 2014).

No ambiente da pesquisa, o piso e as paredes estão em conformidade com a RDC nº 216/2004 por terem revestimento liso, impermeáveis e laváveis, porém, em alguns boxes os azulejos estão desgastados e manchados devido ao tempo de uso e má conservação, permitindo que contaminantes possam entrar em contato com o alimento. As instalações elétricas, hidráulicas e de gás são embutidas e revestidas com tubulações reduzindo o risco de acidentes.

Ainda em relação à estrutura física, foi observado que o teto do mercado é formado por telha metálica com circulação suficiente de ar devido à altura da edificação, no entanto, em alguns pontos o sol incide diretamente nos boxes causando desconforto às feirantes e não garantindo o conforto térmico. E no inverno a situação se agrava devido às goteiras e bicas d'água que escorrem do telhado e inundam o espaço, visto na figura (4). Não existe proteção contra insetos e poeira e a ventilação vem de vias públicas agravando assim a quantidade desses contaminantes.

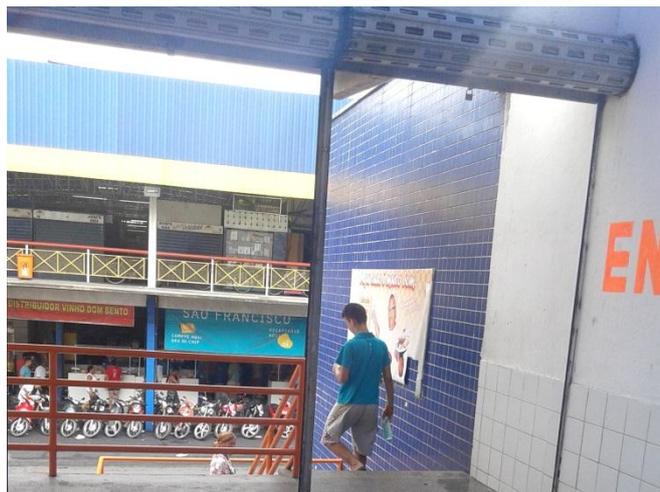
Figura 4: estrutura física do telhado do mercado público, Sobral/CE, 2016



Assim, considerando que o conforto térmico é condição essencial para a saúde, segurança e produtividade das mulheres feirantes, Oliveira et al (2010) avaliou as variáveis subjetivas na percepção do calor em uma empresa pública e destaca que a subjetividade pode influenciar na percepção térmica do meio, ressaltando que a idade e vestimenta são fatores decisivos nessa avaliação. Afirma, ainda que, as pessoas, ao desenvolverem suas atividades laborais em um ambiente desconfortável termicamente, apresentam efeitos negativos relacionados à saúde, além de interferências na produtividade e humor durante a jornada de trabalho.

No que diz respeito ao acesso à entrada para o espaço de alimentação, este é feito mediante rampas e escadas de alvenaria com piso resistente, figura (5). Quanto às instalações sanitárias, estas se situam dentro do local de processamento e vendadirecionados à saída, porém, sem comunicação direta com a área de preparação e armazenamento. Encontrava-se em razoável estado de conservação, sendo separados por sexo, com acesso direcionado aos feirantes e frequentadores.

Figura 5: acesso à entrada para o espaço de alimentação do mercado público, Sobral/CE, 2016.



Possui um lavatório apenas na saída do banheiro, e conforme o exigido na legislação vigente foi percebido a falta de antisséptico ou sabonete líquido, toalhas de papel branco e lixeiras dotadas de tampa sem acionamento manual. Compreendendo a importância das mãos como veículo de transmissão bacteriana, estas aparentemente limpas, se não lavadas com o cuidado necessário são grandes fatores de contaminações graves que podem levar uma pessoa a contrair infecções

graves. Para a garantia da saúde e qualidade de vida das mulheres feirantes, essa prática precisa ser adotada, visto que consomem os alimentos que são produzidos por elas mesmas.

Nesse sentido, Germano (2003), esclarece que a lavagem das mãos não confere inocuidade às pessoas, pois é eficiente somente para os microrganismos coliformes, pois os estafilococos podem ficar alojados nos poros e fendas da pele e com a manobra de limpeza, podem aflorar à superfície. Assim, especialmente, em serviços de alimentos, que carecem de recursos mecânicos, as mãos devem ser suficientemente tratadas conservando-se sempre limpas.

Quanto à higienização dos equipamentos, maquinários, móveis e utensílios de dentro dos boxes, esta é feita pelas próprias feirantes em alguns boxes de forma precária e inadequada. Na maioria dos casos, após a lavagem, com água e sabão, os utensílios são colocados em um suporte sem proteção contra vetores, como insetos e moscas. Segundo Leles et al (2005), o processo de desinfecção química após a lavagem com água e sabão se faz necessário, pois somente a limpeza de talheres e pratos não reduz a condições satisfatórias, a carga microbiana das superfícies.

Desse modo, mesmo existindo um programa de registro de capacitação contínuo relacionado à higiene pessoal e à manipulação dos alimentos destinado aos comerciantes daquele local, ainda, observa-se posturas e atitudes inadequadas por parte das mulheres constituindo riscos para sua própria saúde e dos consumidores. Observou-se que a manipulação de alimentos e dinheiro é realizado pela mesma pessoa, e muitas delas não lavam as mãos após o manuseio, constituindo um fator de risco importante para a contaminação dos alimentos, visto que as cédulas de dinheiro contém um grande número de microrganismos.

Quanto às vestimentas das mulheres feirantes, na maioria dos casos encontravam-se limpas e em adequado estado de conservação. Algumas aparentavam bom asseio corporal, porém, as mãos e unhas não estavam limpas e quase todas utilizavam adornos (anéis, pulseiras, relógios, etc.); somente seis utilizavam touca de cabelos e avental, como observados na figura (6) e (7).

Figuras 6 e 7: vestimentas das mulheres feirantes do espaço de alimentação do mercado público, Sobral/CE, 2016.



Essa observação corrobora com Silva Júnior (2008), ao afirmar que os adornos devem ser removidos, pois podem gerar perigos físicos e biológicos aos alimentos, além de dificultarem a higienização adequada das mãos, pois o desinfetante não consegue atingir toda a superfície das mãos ou é inativado pela presença de sujidades que possam estar presentes nas mãos dos manipuladores devido à presença dos adornos.

Os critérios considerados para comportamento e atitude adequada visando a proteção dos alimentos destacam-se: uniformização e proteção completa para os cabelos; ausência de barba, de adornos, de maquiagem, de esmalte e perfume; uso de unhas curtas; técnica e frequência da higiene das mãos; e atitudes indesejáveis que não devem ser adotadas durante a manipulação dos alimentos (BRASIL, 2004).

Neste sentido, compreende-se que a saúde é um indicador da qualidade de vida dos indivíduos e que as condições de vida e saúde são reflexos das práticas cotidianas e da realidade vivida pelas populações (EMMEL et al., 2002). O ambiente é o local onde a pessoa se encontra e os objetos ao seu redor lhe exercem influências, afetando-a de várias maneiras.

O processo de trabalho das mulheres feirantes é muito dinâmico, começa por volta das quatro ou cinco da manhã, iniciando com a preparação dos alimentos e encerra-se por volta das três da tarde. Realizam suas tarefas em pé, com movimentos repetitivos, principalmente, de membros superiores e coluna. Ficam durante muitas horas numa mesma posição, sem alternar sua postura, ou andando em distâncias muito pequenas, apenas dentro de seu boxe. Além disso, as mulheres

se queixam de fadiga, cansaço e de algumas dores e desconfortos, principalmente, relacionados à coluna e pernas. Figura (8).

Figura 8: mulher feirante desenvolvendo seu trabalho no mercado público, Sobral/CE, 2016.



Nessa perspectiva, Renner (2002) mostra que é evidente que o trabalhador que permanece na postura em pé durante toda jornada de trabalho, tem um número maior de grupos musculares atuando contra a gravidade, este sentirá maior desconforto e dor, e poderá acionar precocemente o mecanismo de fadiga orgânica.

Assim, as feirantes podem estar expostas a níveis elevados de riscos químicos e físicos, tarefas repetitivas, cargas horárias de trabalho elevadas, posturas forçadas, exposição ao estresse e a fatores psicossociais, causando incapacidade e sofrimento temporário e/ou de longo prazo (GÓMEZ; LACAZ, 2005).

As feirantes atuam em um ritmo elevado de trabalho, que, por sua vez, ocasiona a prevalência de agravos relacionados com atividades fixas e pouco variáveis e a sobrecarga muscular. Aliado a este fator, observa-se monotonia e baixa qualificação. Marx defende que é trabalhando e modificando o mundo que as pessoas desenvolvem suas necessidades, porém, é essencial que para este trabalho se tornar uma necessidade, não seja alienado ao sujeito que o realiza (HELLER, 1986; FRAGA, 2006; PERNA; CHAVES, 2008).

A alienação do trabalhador relativamente ao produto da sua atividade surge, ao mesmo tempo, vista do lado da atividade do trabalhador, como alienação da atividade produtiva. Esta deixa de ser uma manifestação essencial do homem, para ser um “trabalho forçado”, não voluntário, mas determinado pela necessidade externa. Por isso, o trabalho deixa de ser a “satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio para satisfazer necessidades externas a ele”. O trabalho não é uma

feliz confirmação de si e desenvolvimento de uma livre energia física e espiritual, mas antes sacrifício de si e mortificação. A consequência é uma profunda degeneração dos modos do comportamento humano (MARX, 1987).

Além deste quadro de modelo produtivo, acrescentam-se os riscos já mencionados anteriormente causados pelo ambiente físico e caracterizado por temperatura elevada, ruído decorrente do trânsito, ambiente de conversação e entretenimento da feira. Em relação ao ruído, Vieira (2007) enfatiza que quando em nível elevado contínuo pode causar cefaleia, estresse, distúrbios emocionais, tais como irritação e dificuldades de concentração, dores de cabeça, aumentar a pressão arterial e, até mesmo, doenças como a perda auditiva induzida por ruído.

A saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens individuais e comunitários. A saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo (OMS, 2011).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, em vigor, desde 2004 visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na Portaria nº 1.125 de seis de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações (BRASIL, 2005).

No caso das mulheres feirantes que são trabalhadoras informais, além de não ter acesso a benefícios legais de segurança ocupacional e social, estão expostas aos ambientes de trabalho inadequados, afetando sua saúde. Por não serem cobertas pela proteção social, trabalhadoras informais estão excluídas das inspeções de ambientes de trabalho a cargo do Ministério do Trabalho e Emprego, relevantes para a saúde e segurança dos trabalhadores.

Muito dos estudos publicados em países em desenvolvimento foi realizado por pesquisadores brasileiros em várias partes do país, notadamente na Bahia, S. Paulo, Minas e Rio Grande do Sul, dentre outros. Apesar da grande plausibilidade de maior frequência de acidentes de trabalho entre os trabalhadores

informais, não é isto o que aponta todos os estudos nacionais e conduzidos em outros países. Uma revisão recente destes mostra que nas Américas, trabalhadores informais têm mais comumente transtornos mentais comuns e lesões por esforços repetidos ou sobrecarga músculoesqueléticas, mas não acidentes de trabalho, sejam eles fatais ou não fatais (SANTANA et al., 2011).

No entanto, sobre as condições de saúde e labor das feirantes trabalhadoras informais, Dias et al. (2011) comentam que existe uma lacuna do conhecimento sobre como as condições adversas de trabalho afetam o estado de saúde dessas trabalhadoras.

Ainda de acordo com Ferreira (2001), o trabalho possui diferentes sentidos, de caráter subjetivo, para os trabalhadores. Algumas pessoas fazem do ato de trabalhar apenas um meio para garantir a sobrevivência diária, outras encontram no trabalho uma via para realização pessoal; indo, às vezes, muito além do necessário para obtenção de um salário para prover suas necessidades materiais. O senso comum oscila entre versão do trabalho prazeroso e que dignifica o homem e a versão do trabalho que pode destruí-lo pelo sofrimento ou punição.

Algumas mulheres feirantes, no cotidiano do próprio trabalho, encontram possibilidades de superar insatisfações e melhorar sua qualidade de vida, por meio do convívio com as colegas, na “sociabilidade”, o que denominado por Guattari (1996) de “território existencial”.

Observado que apesar de ser comerciante dos mesmos produtos, isso não impede que as mulheres mantenham relações de solidariedade entre si. Entre os boxes, foi notada que, apesar da disputa de freguesia, entre algumas feirantes se instaurava uma relação de protecionismo. Muitas vezes, elas iam para perto da outra e conversavam, compartilhavam problemas, riam e confienciavam histórias. Algumas marcavam encontros fora do ambiente de trabalho e escutavam música juntas.

Para essas mulheres, o trabalho não é percebido apenas como um espaço de realização da mais-valia e de dominação do capital, mas também espaço de resistência e de luta pelo controle das relações e condições de trabalho. Dejours *et al* (1994) citados por Scopinho (2010), trazem a ideia de que o trabalho pode ser espaço de construção da saúde quando o modo de organização possibilita um campo de desafios e de liberdades para responder demandas complexas e imprevistas, expressar emoções, desenvolver habilidades e reafirmar a

autoestima. Nas situações de trabalho, conscientemente ou não, se constrói a saúde através da mobilização das potencialidades de adaptação próprias do ser humano, que tanto permitem enfrentar os desafios e gerar prazer quanto evitar o sofrimento.

As mulheres precisam relacionar-se para ter um convívio social e o lugar em que se encontra vai, de certa forma, influenciar no seu estilo de vida e interferir diretamente na saúde. Nesse espaço de diversificadas relações, o senso de comunidade e de cooperação, possibilita o surgimento de vínculos quase que familiares. Uma rede de cuidados mútuos pôde ser percebida como uma das principais táticas de proteção dos feirantes. A vigília dos equipamentos e estabelecimentos das feirantes, durante suas necessidades de ausência do trabalho, exemplifica claramente esta rede de cuidados.

Assim, diferentemente da visão econômica neoclássica e marxista, que aborda as relações comerciais como resultado das leis naturais do mercado ou como fruto da reprodução dos meios de produção capitalista, os mercados e as feiras, também, são considerados espaços sociais, onde pessoas se relacionam através das trocas, encontros e conversas (LELIS et al., 2009).

No tocante à segurança, foi percebida a circulação de pessoas sob efeito de drogas lícitas e ilícitas entre os boxes pedindo dinheiro aos fregueses e feirantes, causando um desconforto para ambos. As feirantes se preocupam temendo que o cliente não retorne pelo risco de ser assaltado. Citando Sharon Zukin (1985), Bauman (2001) afirma que o perigo mais evidente para o que chama de cultura pública está na política do medo cotidiano. A aparência assustadora de ruas inseguras mantém as pessoas longe dos espaços públicos e as afasta da busca da arte e habilidades necessárias para a interação social. Isso explica em parte a migração de muitos clientes que se evadem das feiras públicas para ficarem resguardadas nos espaços fechados e supostamente seguros dos supermercados e shopping center.

As maneiras pelas quais as necessidades acabam sendo traduzidas em atos e suas reações à satisfação ou a não satisfação destas necessidades variam, consideravelmente, entre as pessoas. Quem tem uma grande necessidade de segurança pode “agir com segurança” e evitar enfrentar as ruas ou se relacionar com pessoas desconhecidas.

Dessa forma, lidar com possíveis conflitos que aparecem no espaço da feira é, para essas feirantes, parte de suas atribuições, é uma das facetas de seu

trabalho. Manter o bom humor é fundamental, pois seu *métier* depende de certa habilidade para fazer circular a palavra e desenrolar as situações de sociabilidade. Com isso, essas relações de amizade revertem-se positivamente também para os feirantes, não simplesmente para vender mais, mas para tecer e preservar esses laços, tornando esse trabalho intenso também prazeroso (VEDANA, 2013).

As feirantes procuram agradar e dar atenção exclusiva ao freguês, pois sabem que isso é fundamental para que este volte novamente a comprar sua mercadoria. Embora a feira-livre esteja interligada ao sistema de produção capitalista, sendo sua representante legítima na cidade, vendendo suas mercadorias, também, existe uma relação de troca dos feirantes com os seus fregueses, relações de confiança e reciprocidade. Nesse sentido, grande parte das pessoas que frequenta a feira não busca nesse local apenas a compra de produtos, mas sim um espaço de encontros. Foi observado que os fregueses se dirigem aos boxes específicos de feirantes em que, ao longo do tempo, foram construídas relações de amizade.

Nessa linha de argumentação, alguns clássicos do pensamento antropológico, como Marcell Mauss (1974), Marshall Sahlins (2003) e Lévi Strauss (1974) destacaram a importância das múltiplas racionalidades nas relações de troca, principalmente, através da presença de hábitos, rotinas, sentimentos de dívida e reciprocidade. Ressaltam que mesmo na sociedade marcadamente econômica e objetiva, determinados grupos sociais permanecem se guiando por valores que não podem ser traduzidos, exclusivamente, por ações pautadas por uma racionalidade material.

Destarte, a relação entre as mulheres feirantes e os fregueses é interativa, com conversas e debates sobre assuntos ligados ao cotidiano: política, novelas, partidas de futebol, preferências eleitorais, críticas e sugestões à administração municipal, acontecimentos nacionais e até internacionais. Todos esses aspectos do trabalho da feirante fazem parte de um longo processo de aprendizagem, construído no mercado, e, na maioria das vezes, transmitido de mãe para filha; ou do empregador ao empregado.

Nessa linha de reflexão, a amizade construída nesse espaço comercial e os vínculos familiares que “institucionalizam” sentimentos de obrigação e pertencimento ao coletivo familiar, garantiriam o estabelecimento e manutenção das relações sociais na feira. O espaço da feira constituir-se-ia como um lugar simbólico

recoberto de sentimentos, palco de diferentes representações sociais, o que propicia a manutenção e fortalecimento dos vínculos familiares e de amizade, por sua vez, essenciais à reprodução social das famílias dos feirantes (LELIS et al., 2009).

4.2 Histórias de vida das Marias: narrativas das necessidades de saúde das feirantes

Interpretar as necessidades de saúde das mulheres feirantes, à luz da Taxonomia das Necessidades de Saúde, nos possibilita a estruturação de um conhecimento socialmente determinado e constituído e que só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual. Se expressa, dessa forma, uma relação dialética entre o individual e o social.

Assim sendo, nesse capítulo objetivou-se analisar as necessidades de saúde percebidas pelas mulheres feirantes e apreendidas com a técnica de análise de conteúdo temática, correspondendo a três categorias e dez subcategorias simbólicas. Com vistas a facilitar o entendimento, apresentou-se uma detalhada discussão de cada categoria e suas respectivas subcategorias.

As respostas fornecidas pelas participantes por meio da entrevista foram analisadas segundo o modelo da análise com divisão temática, proposto por Bardin (1977). A partir dessa análise foi possível categorizar e subcategorizar as falas dos participantes (Quadro 2). As categorias visam discutir implicações da ação dessas mulheres no mundo, nas relações que estabelecem com as outras pessoas e com os objetos de suas necessidades, no sentido de satisfazer suas necessidades de saúde. Além disso, considerou-se a potencialidade dessas mulheres em reestruturar o modo de “andar a vida” a fim de satisfazer necessidades radicais e reconhecidas de saúde.

4.2.1 Necessidade de condições de vida adequadas

Essa categoria remete às necessidades de boas condições de vida percebidas pelas mulheres e sua implicação com o processo saúde-doença. Nas falas encontradas, pudemos perceber um misto de concepções adquiridas ao longo do tempo, algumas elaboradas pelo senso comum e outras fortemente influenciadas pelas subjetividades.

Matsumoto (1999), a partir das ideias de Stotz (1991) apoiado em diversos autores, afirma que o tema necessidades de boas condições de vida está expresso em vários modelos tecnoassistenciais em saúde, a exemplo de SILOS (Sistema Local de Saúde), Cidade Saudável e Promoção da Saúde. Segundo Cecílio (2001, p. 114), a partir de Stotz (1991) boas condições de vida:

[...] poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os “fatores” do ambiente, “externos” que determinam o processo saúde-doença (Leavell e Clark são paradigmáticos com sua História Natural da Doença), como nas formulações de autores de extração marxista (Berlinguer, Castellanos, Laurell e Breilh, por exemplo), que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalista como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer (inserção na fábrica, no escritório, mas também acesso a (sic)água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais)[...] a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde.

Pelas falas das mulheres foi possível identificar diferentes elementos que estão vinculados ao grupo de necessidades de condições de vida adequadas, que dizem respeito a necessidades fisiológicas (boa alimentação, higiene, repouso e lazer); também, consideraram as necessidades sociais (paz, tranquilidade e harmonia familiar). Ainda estão incluídos nesse grupo de acordo com o que foi apontado pelas mulheres as necessidades determinadas pelo saber biomédico (ausência de doenças e médico) e necessidade de segurança (condições seguras no trabalho e segurança espiritual).

As concepções de condições de vida adequadas pela maioria das mulheres concentraram-se nas necessidades relacionadas à sua existência e sobrevivência mais imediata (necessidades básicas). Os depoimentos mostraram que as feirantes ainda estão tentando suprir e consolidar o atendimento de suas necessidades mais primárias, o que envolve o acesso à boa alimentação, à higiene, repouso e lazer.

De acordo com a teoria de motivação de Maslow (1954), um indivíduo, com certo nível de necessidade, tem todo o seu organismo orientado para a busca de meios para satisfazer tal necessidade, estando sua percepção, memória e inteligência voltada para estas. Na medida em que esta necessidade começar a ser satisfeita, a mais próxima na hierarquia, em posição superior, começará a surgir e a dominar o organismo, enquanto a outra passará a existir apenas num estado

potencial, podendo, entretanto, ressurgir se houver modificações no ambiente que determinem o seu reaparecimento no indivíduo.

4.2.1.1 Necessidades fisiológicas ou básicas

Nesta subcategoria pelos depoimentos das mulheres apreende-se a preocupação em manter uma alimentação de qualidade para ter mais saúde. Desde os primórdios da humanidade, o homem demonstra preocupações com saúde e qualidade de vida e com os recursos básicos que garantem a saúde e a perpetuação da espécie. Dentro deste rol de recursos básicos encontram-se os alimentos. Assim, a satisfação das necessidades de alimentos e água, por exemplo, localizam-se na base da hierarquia das necessidades humanas, segundo Maslow (1954). Isto é, são necessidades primárias dos seres humanos, portanto, a alimentação, para os seres humanos, é uma condição *sine qua non* para sua sobrevivência.

No entanto, é possível inferir que a necessidade de alimentar-se bem, descrita pela maioria das participantes da pesquisa, está submetida a uma lógica de mercado, a partir de uma concepção de que a qualidade está impressa no produto com maior valor de troca. Outra possibilidade de interpretação é que alimentar-se bem, na perspectiva dessas mulheres, pode ser uma necessidade de saúde reconhecida socialmente e legitimada pelo saber médico.

“Para ter saúde é uma boa alimentação, às vezes eu me sinto tão fraca. A alimentação é como pobre mesmo. É pra tomar só aquele leite “molico”^R, mas é 11 reais a lata, às vezes eu compro e às vezes não compro, é assim. O leite de gado o médico proibiu de tomar. Mas é assim mesmo, a gente vai levando, tem gente pior do que a gente. Eu me conformo com tudo”. (“Maria Esther”)

Os depoimentos acima descritos aproximam-se do pensamento de Michel Foucault (2004), quando considera a existência de uma relação íntima entre o conhecimento e o poder dentro da coletividade. Segundo o filósofo, o discurso que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber. Além disso, ele identifica o sujeito como aquele que está sempre determinado pelas ideias emanadas pelos superiores, ou seja, pela classe que domina ideologicamente determinada sociedade.

No caso citado, as mulheres poderiam admitir a possibilidade de mudar a forma de alimentar-se, escolhendo melhor os alimentos que sejam mais acessíveis e condizentes com sua realidade, independente apenas de aumentar seu poder de compra. Para que essas mulheres sejam capazes de superar essas contradições, torna-se necessário o desenvolvimento de sua autonomia que implica a possibilidade de reconstrução, pelas feirantes, dos sentidos de sua vida, e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível (CECILIO, 2001).

A necessidade de boa alimentação percebida pelas participantes, nos mostra outro questionamento relevante, pois a maioria delas não consegue elencar variações nas necessidades de boas condições de vida. Esse fato permite inferir que, estas necessidades são limitadas, pois são restritas, de certa forma, às necessidades existenciais. Heller (1986) cita que Marx, em seus escritos, lamentou a pobreza das necessidades dos trabalhadores.

Na fala abaixo, assim como “ter boa alimentação”, a “higiene”, também, teve uma conotação de demanda, expressando a necessidade da preservação das condições sanitárias do meio ambiente de forma a impedir que este prejudique a saúde. A limpeza e higiene foram identificadas como uma característica do modo de ser da pessoa, como conduta moral.

“A saúde é maravilhosa, eu gosto muito de limpeza, de ver as coisinhas tudo em ordem. Eu gosto de tudo direitinho, não gosto de coisa que não seja direita. Sou contra as coisas erradas. Pra saúde da gente a limpeza é ótimo, tudo organizado, é porque muitas coisas daqui não é organizado, não é do jeito que é pra ser”. (“Maria Rita”)

O sujo, além de ser considerado patogênico, é de ordem simbólica e classificatória. Retirar a sujeira do ambiente organiza e traz a ordem de volta ao local. Para a maioria das mulheres feirantes, o termo sujeira significa bagunça, desordem, perigo. Assim, a forma como as mulheres cuidam dos alimentos é resultado da sua história, do que aprendeu com seus pais, familiares e amigos, na escola, no cotidiano do trabalho.

As práticas costumeiras de higiene, nesse contexto, além de serem práticas herdadas e transmitidas por gerações de feirantes, são frutos das normas que lhes são impostas e da ressignificação feita por elas. Ainda, assim, normas,

cursos oferecidos pela coordenação do mercado, ações coercitivas de fiscalização e controle têm pouca influência na construção das práticas higiênicas, conforme a fala abaixo:

“É lavar a louça direitinho, manter as coisas tampada, lavar pelo menos uma vez por semana o boxe, ter cuidado pra não juntar inseto, rato, porque aqui tem rato, tem que ter muito cuidado. Aqui algumas cuidam e outras não, porque quando a gente chega no boxe delas sente é catinga de barata, não são todos né? Tem algumas cafezeiras que eu nunca vi nem lavando o boxe”. (“Maria José”)

A intervenção das fiscalizações sanitárias se configura como a imposição de normas em que se categorizam as feirantes. Essas normas geram no hipotético das feirantes a convicção de que a higiene também é utilizada como instrumento de disciplina. Portanto, saber e poder misturam-se na feira entre os atores que compram, vendem, limpam e fiscalizam. As feirantes ao conceberem a higiene como algo formalizado, a excluem do senso comum e a consideram como ciência e pertencente ao saber formal dos técnicos.

Ao lembrar estudos de Foucault (1999) em sua obra *Vigiar e Punir*, o autor considera que a norma como um corpo de leis não diferencia situações e impõe a oposição binária entre o permitido e o proibido. Por meio da normalização pela disciplina, corrigem-se comportamentos desviantes. Essas referências conceituais são negadas por outras feirantes que entendem a fiscalização como policiamento e repressão.

Ainda como necessidade fisiológica, as feirantes inferiram que a falta de repouso relacionado ao padrão de sono inadequado e insuficiente e a sobrecarga de trabalho é um fator desencadeante para o cansaço físico, prejudicando suas condições de vida. Nos depoimentos, foi possível apreender que a maioria tem dupla jornada de trabalho e desdobra-se em diversos papéis como cuidar dos afazeres domésticos, de esposos doentes e netos ou em outras atividades remuneradas como forma de aumentar a renda familiar. Desse modo, mesmo estando incorporadas ao mercado laboral, as feirantes não conseguem desvincular-se de seu papel social, gerando conseqüentemente uma sobrecarga física que prejudica suas condições de bem-estar.

“Eu chego aqui às três da manhã e vou embora uma hora dessas, às vezes vou embora mais tarde porque fico esperando terminar as coisas e às vezes não termina aí eu tenho que ir embora para ver se consigo lá alguma coisa.

Quando chego lá vendo minhas espigas de milho. A gente sente cansaço né, aquele enfado, mas é uma coisa que a gente tem que vir né? (“Maria Paula”)

“ Eu chego aqui três e meia da manhã e vou até ao meio dia. Às vezes a gente se sente tão enfadada, é cansativo por mode o sono porque a gente não tempo pra dormir, de dia fazendo as coisas quando chega em casa né? Não tem quem faça aí tem que ser eu. A gente se sente tão enfadada, tem que se levantar todo dia duas horas da manhã pra se ajeitar pra poder vir pra cá”. (“Maria Rita”)

Os depoimentos corroboram com o pensamento de Schmidt (2012) quando menciona que o trabalho feminino não rompe com os papéis socialmente atribuídos a homens e mulheres. A perpetuação da imagem feminina ligada à vida doméstica não permite que ocorra uma nova divisão sexual do trabalho, e não modifica a estrutura patriarcal, mantendo as hierarquias entre os gêneros. Enquanto o trabalho doméstico continuar sendo o centro da suposta essência feminino, o trabalho de homens e mulheres estará em constante desigualdade, bem como, as relações de poder que elas se relacionam.

De acordo com a afirmação de Banks; Dinges (2007), a privação de sono constata efeitos que confirmam sua importância para a saúde. Déficits neurocomportamentais como redução do rendimento cognitivo, da vitalidade e até redução da sensação da felicidade são apontados como consequências da privação do sono. Além de causar efeitos negativos no sistema endócrino, no metabolismo e em respostas inflamatórias.

O trabalho, por ocupar um lugar central, na vida das pessoas demanda ações no sentido de satisfazer as necessidades dos trabalhadores, podendo gerar sentimentos de satisfação ou insatisfação nesse processo. Pelos depoimentos perceberam-se que algumas mulheres estão desmotivadas, cansadas e insatisfeitas com o trabalho, principalmente, as idosas que aspiram à aposentadoria. A profissão desempenhada por estas, é mais uma forma de sustento, do que escolha profissional para a vida. A profissão foi decidida por seguir um histórico familiar de produção e venda das mercadorias com as quais trabalham atualmente.

Outro fator que, também, vem desmotivando as feirantes segundo os relatos é a crise econômica que o país vem enfrentando atualmente e que se instalou também na feira, atrapalhando o rendimento e comércio. Inferiram que, apesar da fidelidade demonstrada por alguns fregueses, a feira livre, também, enfrenta uma crise e que até a venda dos carros-chefes que são a sopa e a tapioca

sofreu queda. Em alguns boxes, a feirante não vendendo toda a comida preparada leva o restante para suas casas.

“Mulher, eu tenho dificuldade de quase tudo, porque as coisas estão muito difícil e a gente pensa como fazer. Às vezes eu tenho vontade de sair daqui, mas se eu sair como é que eu vou arrumar o sustento pra levar pra casa? Então é esperar se Deus quiser um dia eu me aposentar pode ser que melhore”. (“Maria Paula”)

“É tanta dificuldade que se a gente for contar, é tanta besteira que não é bom nem falar. Às vezes a gente faz as coisas sobra muito, às vezes a gente vende. Hoje eu fiz as coisas e vendi bem, mas tem dia que a gente faz sobra quase tudo. A gente tá tendo dificuldade de vender né. Não dá mais pra fazer o que a gente fazia antes né...” (“Maria Rita”)

A desmotivação no trabalho está relacionada à insatisfação das necessidades humanas, levando a sentimentos de frustração, agressividade, baixa autoestima, pessimismo, resistência a novidades e a insegurança. Em contrapartida, a satisfação com o trabalho advém de sentimentos favoráveis que as mulheres associam em relação a este. Esses sentimentos geram empenho e dedicação gerando satisfação mesmo diante de algumas dificuldades. Após análise dos discursos das participantes, emergiu que para sentirem-se satisfeitas no trabalho é necessário gostar do que faz.

“Não sei se é porque eu trabalho no que gosto, eu me sinto cansada sim fisicamente, mas me sinto feliz fazendo o que gosto, eu não me sinto estressada, você está entendendo? Eu trabalho aqui, mas não me estresso, me canso fisicamente porque se eu disser que não me canso, o dia todo em pé, vou e venho, vou e venho, faço uma coisa, faço outra. Mas gosto muito do meu trabalho”. (“Maria Clara”)

Fazer outras atividades além do trabalho é considerado pelas mulheres como uma maneira de se buscar a saúde e melhorar as condições de vida. Elencaram a atividade física e o lazer para exemplificar estas outras ocupações. No entanto a atividade física não está relacionada ao lazer e prazer, mas com uma conotação prescritiva, sendo expressa como uma necessidade socialmente reconhecida para se alcançar à saúde.

“Olha no meu caso que tenho diabetes, pressão alta e colesterol alto é fazer exercício e eu não tô fazendo risos... Mas eu tenho que fazer exercício, tenho que fazer caminhada, não sei se consigo pois eu tenho uma dor nas pernas e no joelho. Ai eu não sei se eu aguentaria, mas eu tenho que fazer alguma atividade, preciso começar, eu necessito fazer”. (“Maria Bethânia”)

“Eu gosto de dançar, ir pro banho, pra praia, final de semana eu tenho que inventar qualquer coisa. Até na semana se der certo, umbora na casa dum, vamos jogar baralho ali. Hum... Hum... Negócio de tristeza não é comigo não [...] Eu acho bom é me divertir, quando tá nas época de política todo dia eu arranjo um lugar pra ir. Outro dia desses nós fizemos umavaquinha, compramos um litro de cachaça, assamos umas piaba, aí... Eita negrada!” (“Maria Firmino”)

4.2.1.2 Necessidades sociais

Algumas participantes expuseram o conceito de saúde-doença para além do acometimento localizado no corpo biológico individual, considerando as necessidades de manter relações humanas com harmonia, receber e dar carinho e afeto aos familiares, amigos e sexo oposto. Consideraram que a paz, tranquilidade e harmonia familiar influenciam na saúde mental, repercutindo positivamente em sua qualidade de vida, evitando problemas físicos e doenças para o corpo. Afirmam que as emoções e sentimentos são estritamente necessários para a promoção da paz e saúde física.

“Pra viver bem e ter saúde eu faço de tudo pra viver em paz né, ter paz. Faço de tudo pra evitar negócio de discussão, encrenca, tá dizendo besteira, falando besteira”. (“Maria Rita”)

“Vixe! Paz e tranquilidade com meus filhos, com meu esposo. [...] quando chego em casa eu entro e já começo a brincar com meu filho, a gente já começa a brincar assim do nosso jeito”. (“Maria Clara”)

Nesse contexto, viver em harmonia para as mulheres feirantes, é uma necessidade para estabelecer melhores formas de se relacionarem com as pessoas. Consideraram a família como uma importante fonte de apoio emocional e social que contribui para o enfrentamento tanto de problemas relacionados ao processo saúde e doença como também outros problemas sociais que envolvem o cotidiano dessas pessoas.

As falas corroboram com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que está intrinsecamente ligada à Cultura de Paz, na medida em que visa à promoção da equidade e da melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, Oliveira et al (2009) considera que o contexto familiar precisa ser capaz de promover e satisfazer as necessidades de afeto, segurança,

aprendizagem, comunicação e saúde mental de seus membros. Geralmente é na família que se constrói um dos aprendizados mais importantes para um desenvolvimento saudável, ou seja, a capacidade para estabelecer vínculos e aprender a se relacionar socialmente.

De acordo com Lôbo (2011, p. 37): “A família é sempre socioafetiva, em razão de ser um grupo social considerado base da sociedade e unida na convivência afetiva”. Nesse contexto, foi identificado que entre as mulheres feirantes existem diferentes arranjos familiares como famílias matrimoniais, uniões com filhos de outros casamentos (composta); mães sozinhas com seus filhos e avós com os netos (monoparental), colocando-nos diante de famílias diferenciadas.

Esses agrupamentos humanos constituem um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se e formam crianças e adolescentes (OLIVEIRA, 2009).

Na fala da entrevistada, esta admite que para melhorar o cuidado com sua saúde, reconhece que necessita de ajuda e apoio. Pode-se observar como a entrevistada sente-se sozinha com suas necessidades de saúde e, assim, manifesta uma carência por apoio para que o cuidado com a saúde seja possibilitado:

“O apoio uma da outra, porque aqui a gente tem que contar uma com a outra. Tem umas aqui que não são, são muito afastada, acho que era pra ser mais... Porque assim se uma precisa o outro ajuda, mas não é assim, é muito afastada, cada uma por si [...] se eu tiver com uma dor, eu chego e digo pra um, porque aqui a gente não pode contar não, aí é desse jeito[...] a gente era pra ser mais unida[...] não adianta pedir socorro que ninguém atende, então tenho que fazer o que eu posso”. (“Maria Firmino”)

4.2.1.3 Necessidades de saúde determinadas pelo saber biomédico

As mulheres investigadas associaram condições de vida adequadas à ausência de doenças, principalmente, as que já vivenciam uma situação de adoecimento. Trouxeram diversas associações, que nas falas traduziam tudo o que poderia ser dito sobre o tema: saúde é a ausência de doenças. Apontaram saúde e doença como momentos polarizados, sem as definir como parte de um mesmo processo, evidenciando-se homogeneidade na definição de saúde-doença como o resultado do desgaste expresso no corpo bio-psíquico individual. Saúde foi

associada à possibilidade para viver e transformar a vida, e a doença, seu oposto, à dificuldade ou impedimento para realizar atividades produtivas para a manutenção da vida.

Os depoimentos abaixo apresentaram em comum o entendimento da polarização entre saúde e doença e a compreensão do modelo biomédico, analisando a saúde apenas do ponto de vista biológico. Para a maioria das participantes, se não tem dor, não tem sinais ou sintomas de algum agravo, então é saudável.

“Ora, pra se viver bem é ter saúde né não? É não ter problema nenhum, entrar e sair pra todo canto [...] sofro de pressão alta, só não de diabetes, tenho também aquela doença dos ossos, osteoporose, sei lá uma coisa assim e outra doença nos ossos, tenho isso aí. Eu não me acoco, não me abaixo, não tenho vontade nem de sair de casa, não saio de casa pra nenhum canto [...] eu não me sinto feliz não. Não tenho vida boa não, só porque sou viva, não tenho vida de rosas não”. (“Maria Alzenir”)

“Saúde é você não sentir nada, eu acho que é. Saúde que eu quero dizer é você não ter problema de nada. Porque até uma dor de cabeça que a gente sente já prejudica a saúde da gente [...] tenho osteoporose nos meus ossos, tenho desvio na coluna, diazinho tava sentindo dor”. (“Maria Quitéria”)

As participantes representadas anteriormente são acometidas por doenças crônicas e respondem aos questionamentos baseadas em suas condições. Para elas, ter saúde é não apresentar os “problemas de saúde” que elas vivenciam e está relacionada ao pleno funcionamento do organismo. Apesar de todos os conceitos estabelecidos sobre saúde e doença, sabe-se que eles, ao longo dos anos, têm sido compreendidos ou enfrentados de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização. Eles dependem do entendimento que se tem do ser e de sua relação com o meio em que está inserido. Esse entendimento varia de acordo com a cultura de cada lugar e do contexto histórico. Por tudo isso, a conceituação de saúde se faz tão difícil de ser fixada, uma vez que está condicionada ao momento histórico e às condições concretas e peculiares de existência (UNA-SUS, 2014).

Essa compreensão reducionista do processo saúde doença apontada pelas mulheres, também, está relacionada às distorções e consequências do modelo biomédico, mecanicista e fragmentado, que não considera o homem em sua dimensão holística e o restringe apenas a órgãos e sistemas; doença e cura. Ainda dentro dessa perspectiva, o saber biomédico é muito valorizado pelas mulheres, especialmente na figura do médico, reconhecido como principal autoridade. A

imagem deste profissional é respeitada e sua conduta permanece inquestionável como mostra a fala das entrevistadas:

“Precisa botar médico no posto, porque às vezes a gente vai atrás de médico no posto e quando chega lá só tem enfermeirinha, enfermeira é muito fraca, abaixo de Deus é elas também, mas não resolve” (“Maria Auxiliadora”)

“[...] tem muita gente que é ignorante, às vezes eu tô cansada de quando eu tô ali no posto aí tem gente que diz: ai eu não vou tomar esses remédio, não sei o que? Tá vendo que tá doente e não confia no médico né? Eu penso assim: se tá doente e vai no médico, tem que confiar no médico né? Porque se soubesse de alguma coisa não ia pro médico, tomava o remédio em casa”. (“Maria da Penha”)

De acordo com Moraes (2012), por meio do fortalecimento do saber biomédico, a medicina, progressivamente, amplia o seu campo de atuação, prescrevendo comportamentos e normas de condutas e interferindo em aspectos comuns da vida. Por sua influência nos indivíduos e na sociedade, o saber biomédico é assimilado pela cultura e passa a constituí-la.

4.2.1.4 Necessidades de segurança

Nesta subcategoria viu-se emergir que as mulheres sentem necessidades tanto de segurança física quanto espiritual. A necessidade de segurança física está relacionada com as condições inseguras de trabalho e danos físicos vivenciados como: exposição aos raios solares e chuva, tráfego intenso de pessoas, pequenos furtos, situações de violência e medo.

“Segurança aqui no mercado não tem, durante o dia não tem. Se acontece alguma coisa aqui a gente não tem a quem recorrer”. (“Maria José”)

“A falta de segurança que a gente não tem, tem dias que chega esses vagabundos e fica aqui sabe? [...] o pior é esses vagabundos, você viu né? Eles são atrevidos, falta segurança [...] também a gente enfrentar esse sol, passo a tarde todinha no sol... passei agora duas semanas sem trabalhar porque adoeci de tanto pegar sol e chuva”. (“Maria Clara”)

Indo ao encontro do que Motta et al (2011) enuncia, as percepções de riscos estão diretamente ligadas à forma como as mulheres feirantes pensam, representam, classificam ou analisam as diversas formas de ameaça que se encontram expostas ou de que dela têm conhecimento. Essas percepções são

construídas a partir das experiências vividas pelas feirantes, baseadas em suas práticas cotidianas de trabalho, e influenciadas pelos discursos e pelas práticas produzidas no meio, bem como de fatores político-ideológicos dessas mulheres que visualizam, percebem e recebem a informação sobre o que podem constituir riscos à saúde no processo de trabalho.

As falas descritas se aproximam do pensamento de Bauman (2008), quando menciona que riscos são perigos calculáveis e o que há de mais próximo da certeza. As pessoas deveriam prever e tentar evitá-lo confiando em si mesmo, ainda que sem garantia de sucesso ao invés de se preocupar em vencer ou não qualquer situação de risco, até porque talvez nunca se chegue a enfrentá-la.

Também foi mencionado que ter fé e acreditar em algo transcendental, em alguma coisa sobrenatural, é uma condição essencial à vida, contribuindo para sua saúde e bem estar. Quando se encontram em situações difíceis, sentindo-se incapazes e inseguras, a aproximação com suas crenças proporcionam sustentação e conforto.

“Pra mim saúde é essencial, e sem Deus você não existe. Você pode ter tudo, mas só tem Deus por você porque Jesus, Deus é o médico dos médicos né? Depois de Deus vem a saúde, nada mais importa”. (“Maria Bethânia”)

“Para viver bem e ter saúde pra mim só muita fé em Deus e reza. Porque quando eu tô assim aperreada eu começo a rezar e Ele me tranquiliza, acalma meus nervos”. (“Maria Paula”)

Tais achados corroboram as afirmações de Caldeira; Gomes; Frederico (2011), quando defendem que a espiritualidade está estruturada na teoria de que os indivíduos são seres espirituais, sendo o corpo físico apenas um reflexo do espírito. Assim, a espiritualidade é algo intrínseco ao ser humano, formando um campo de elaboração subjetiva no qual a pessoa constrói de forma simbólica o sentido de sua vida.

4.2.2 Estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde

Segundo uma das autoras proponentes da Taxonomia, o trabalho terapêutico deve ter como objetivo aumentar a capacidade de autonomia do usuário, concebendo o indivíduo como sujeito com condições de escolher seu modo de andar a vida (MATSUMOTO, 1999). De acordo com Cecílio (2001, p. 120), a autonomia

implica:

[...] na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

As necessidades de saúde das mulheres feirantes são marcadas pela associação entre as diversas situações presentes em seu cotidiano, determinadas pela cultura e sua inserção social. O que instiga a mudança, no sentido de qualificar suas vidas, é a habilidade dessas mulheres de se mobilizarem no sentido de superar as contradições inerentes a esse processo.

No tocante a esta categoria que se inicia, pôde-se inferir que a mudança no sentido de tentar superar contradições “no modo de andar a vida” para suprir necessidades de saúde, para a maioria das mulheres feirantes, foi estimulada por necessidades existenciais, ou seja, necessárias para manter a vida. Compreende-se que ao reconhecer as necessidades existenciais, e estas sendo modificadas, outras necessidades qualitativas em relação à saúde podem ser sentidas/reconhecidas e assim, outros movimentos capazes de qualificar a vida serão necessários.

4.2.2.1 Hábitos saudáveis

As mulheres em quase sua totalidade citaram mudanças dos hábitos de vida para atitudes mais saudáveis. No entanto, são comuns em seus relatos, modificações relacionadas aos comportamentos socialmente reconhecidos como prejudiciais, vinculadas à noção biologicista da saúde. Estas modificações, citadas pelas participantes, não deixam de ser importantes para o processo saúde/doença, no entanto, denunciam a influência do conhecimento médico-científico, reiterado na concepção das pessoas sobre hábitos saudáveis de vida.

De acordo com as afirmações de Shraiber; Nemes (1996), o estabelecimento de padrões na busca por serviços e a frequência dos conhecimentos tradicionais sobre saúde e doença revelam que as ações do setor influenciam na construção de suas necessidades e não contribuem para que essas mulheres se tornem mais autônomas na busca pela satisfação de suas necessidades:

“Eu sempre gosto de me zelar né? Sempre gosto de tá sempre em forma, risos... Porque pra gente ter saúde não pode comer todo tipo de besteira,

porque tem gente que come toda coisa velha, toda besteira. Tem as coisas de eu comer que eu sei pra evitar né”? (“Maria Rita”)

“Eu me evito de comer muita coisa, assim, eu vivo no adoçante, muita coisa eu não como devido a diabete[...] é porque o médico proibiu mesmo, não como muito arroz, é só uma colherinha, uma colherinha de feijão. Nada, nada exagerado, tudo de pouquinho”. (“Maria Esther”)

Nesse sentido, Campos (2006), analisa que a promoção à saúde tem receitado mudanças no “estilo de vida” e as intervenções ditas “educativas”, ou preventivas, ou até chamadas de promoção à saúde operam como se houvesse somente saberes técnico. Novos valores e estilos de vida são tratados, nesses casos, como algo a ser enxertado na população. Tanto a clínica quanto as ações de saúde coletivas predominantes são, ainda, restritas e as prescrições não são negociadas com os usuários e comunidades, ficando degradadas em procedimentos queixa-conduta.

Tendo em vista as necessidades de saúde das feirantes, podemos verificar que a educação em saúde como tecnologia leve do cuidado permeia todas as necessidades de saúde apontadas por Cecílio (2001). Desta maneira, os profissionais de saúde como produtores de cuidado podem desenvolver um trabalho com a intencionalidade de tornar as mulheres mais próximas das práticas de cuidado, e de conhecimentos radicais sobre suas possíveis vulnerabilidades, impulsionando-as a construir novas formas, novos acordos e levando em consideração a maneira com que essas participantes se inserem socialmente, podendo contribuir para que essas mulheres se reconheçam autônomas e corresponsáveis na busca por necessidades de saúde radicais.

No entanto, a finalidade das ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde não devem ser para prescrever um modo de vida saudável, tampouco, adaptar as demandas de acordo com os produtos de saúde ofertados ou ainda medicalizar a vida do indivíduo, restringindo sua autonomia, seu conhecimento e empoderamento sobre saúde e doença.

De acordo com Cecílio (2001) um dos conjuntos de necessidades diz respeito à necessidade, que cada pessoa tem, de possuir graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. O autor considera a informação e a educação em saúde como apenas parte do processo de construção da autonomia dos indivíduos, sendo que, os sentidos de sua vida teriam peso efetivo no seu modo de viver e na busca pela satisfação de suas necessidades de saúde.

Agnes Heller (1986) elucida que Marx considera as necessidades “não conscientes” como uma categoria de ilustração para representar aquelas que não estão presentes, de fato, para um grupo ou indivíduo.

Como já mencionado, para que uma necessidade exista de fato, o sujeito precisa necessariamente interagir com os objetos desta necessidade (HELLER, 1986). As necessidades não reconhecidas, também, são chamadas de radicais quando, para satisfazê-las, os sujeitos que têm consciência delas e expressam conhecimentos radicais, precisam fazer modificações profundas em seu modo de vida (HELLER, 1986).

As mulheres reconhecem que a sobrecarga do trabalho prejudica as condições de vida levando ao adoecimento. Dar visibilidade a esta necessidade significou, para essa feirante, superar as exigências impostas pelo trabalho. É importante situar que essa mulher possui certa autonomia sobre seu trabalho, possibilitado pela posição de dona dos meios de produção, mas as exigências do mercado poderiam limitar essa autonomia se ela não se movimentasse radicalmente para suprir esta necessidade.

“Descansar mais, dormir mais, diminuir as atividades do trabalho, e isso eu diminuí bastante, psicológico e físico né [...] eu trabalho com pouca coisa, trabalho só com lanche, sozinha, não tenho mais aquela coisa com funcionário, eu diminuí muito, tá entendendo? Diminuí muito meu sistema de trabalho pra ter mais saúde”(“Maria Bethânia”)

Essa atitude da feirante corrobora com Matsumoto (1999), que defende a ideia de que o trabalho em saúde deve desenvolver no usuário um aumento de sua autonomia, levando-o a se perceber enquanto indivíduo, capaz de formular suas escolhas em seu “modo de andar a vida”, instituindo modos que melhorem sua capacidade de adaptação e sobrevivência no mundo.

4.2.2.2 Contradições do cotidiano para o autocuidado

Nos dados empíricos coletados entre as mulheres entrevistadas, estas reconhecem a ausência do Estado na garantia da atenção à saúde com qualidade e admitem que para melhorar o cuidado com a saúde, necessitam de apoio dos gestores, sentindo-se sozinhas com suas necessidades de saúde, manifestando carência de uma atenção eficaz, para que o cuidado com a saúde seja possibilitado.

Althusser (1985) reconhece que Gramsci “teve a ideia ‘singular’ de que o Estado não se reduzia ao aparelho (repressivo) de Estado, mas compreendia, como dizia, um certo número de instituições da ‘sociedade civil’: a Igreja, as Escolas, os sindicatos etc. Com a complexidade das sociedades de classes, em relação à sociedade capitalista (expansão e da classe operária, surgimento de partidos e sindicatos, socialização da política etc.), a esfera ideológica ganha não só importância com relação à conquista e à manutenção do poder, mas também certa autonomia material, exercida, principalmente, pelos aparelhos privados de hegemonia. É aí que reside a importância da sociedade civil, compreendida, agora, como palco onde entram em confronto diversas concepções do mundo.

Desse modo, inseridas nesta estrutura, algumas mulheres têm poucas oportunidades de reconhecer suas necessidades de saúde e sua posição de sujeitos no processo saúde/doença. Parece haver uma forte conotação de que não se vê enquanto sujeito de um processo político de luta pela garantia de seus direitos enquanto cidadã.

“Pra poder mudar a gente tem que ser mais valorizada pelos ricos, os prefeito [...] principalmente o povo dos posto de saúde, porque quando a gente precisa tudo dá as costas[...] o governador precisa olhar mais pra gente aqui. Eles dão o bolsa família, não serve de nada, dão para uns e outros não”. (“Maria Emma”)

A feirante não se reconhece como uma protagonista social que reivindica e problematiza suas demandas em busca de satisfazer suas necessidades. Reconhece os direitos apenas como uma dádiva, sem a consciência da necessidade de luta para conquistá-los.

Percebeu-se ainda a necessidade da participação ativa das mulheres feirantes nos processos das lutas sociais. Sendo essa a única maneira de sairmos de uma sociedade civil acomodada, alienada e completamente dominada pelas elites sociais. A busca se faz pela emancipação humana, uma efetiva modificação social.

Nessa linha de pensamento, Bobbio (1992, p.36) salienta que:

Os direitos do homem são direitos históricos, que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas reproduzem (...) enquanto direitos históricos, eles são mutáveis, ou seja, suscetíveis de transformação e de ampliação.

Mesmo quando o desejo ou a aspiração pelo cuidado com a saúde está presente, é comum que seja insuficiente para produzir uma ação. Para as mulheres, o distanciamento com as práticas de cuidado, relacionadas à cultura, torna-se um agravante, contribuindo para que elas não sejam ativas na construção e reconstrução de suas necessidades de saúde.

As barreiras do cotidiano reconhecidas pelas mulheres para o cuidado com a saúde são concretas. Como já citado, a tripla jornada de trabalho, a falta de vínculo e o não acesso a produtos e serviços, são reconhecidos pelas mulheres como os motivos que impossibilitam o cuidado com a saúde, ou o que as impedem de ter melhores condições de vida:

“Mulher por enquanto eu não tô fazendo nada pra ter saúde não. E eu tô até necessitada mesmo”. (“Maria do Carmo”)

“Eu sou sincera, desde que comecei a trabalhar, eu não faço muita coisa pela minha saúde [...] sinto muita falta de fazer caminhada”. (“Maria Clara”)

“Precisa de tempo, e é o que a gente não tem, é tempo pra cuidar da saúde”. (“Maria Rita”)

Corroborando a concepção de autonomia dissertada no início desta categoria, reitera-se que é a partir da acumulação de pequenas modificações no nível singular, por meio da ação dos sujeitos na natureza, modificando-a e a si mesmo, que é possível iniciar processos instauradores de superação das contradições desta realidade (KONDER, 1981).

Entretanto, torna-se compreensível que, a superação destas barreiras não depende apenas da habilidade dos sujeitos individuais se mobilizarem, mas também de uma reestruturação social, que exige integração de políticas de saúde que ampliem a equidade e a universalidade da assistência à saúde a outros setores da sociedade, relevantes para as decisões e formulação de ações que podem impactar nas condições de trabalho, nas condições de vida e nos comportamentos sociais de gênero (STORINO, 2013).

Nesse sentido, a partir dos dados empíricos, foi possível perceber alguma movimentação das mulheres feirantes no sentido de satisfazer novas necessidades de saúde, principalmente, no que se refere ao “modo de andar a vida”. Essa atitude foi apreendida na fala de uma mulher que não se preocupando com as contradições de seu cotidiano, passa a lidar melhor com essa atividade e faz algo de concreto

para atingir seu objetivo, beneficiando assim sua saúde mental.

“O negócio que aperreia é as conta, mas quem é que não deve? Aí a gente tem que sair, sorrir, porque se a gente ficar entra em depressão. Eu não sou muito de me importar com nada não, não vou mentir, quando eu tiver com 100 anos eu vou tá com espírito de 15, pois se eu tiver eu pago, quando não tiver eu não pago, só quando tiver, não sou muito de me preocupar não”. (“Maria Firmino”)

Mas essa movimentação, ainda, é tímida entre as participantes da pesquisa, exposta a relevância das contradições presentes na cultura e na realidade destes, que os distanciam de “reconhecerem” suas necessidades de saúde.

“Meu maior problema é esses papéis que eu devo e está assim não é por descuido, é por precisão mesmo [...] o que está prejudicando minha saúde é esses papéis pra pagar, me preocupo com essas contas porque não tenho ninguém pra me ajudar”. (“Maria Paula”)

Por ser uma necessidade propriamente humana, e como toda necessidade, é limitada pelas possibilidades dos sujeitos de objetivá-las. Esses limites manifestam-se de diferentes maneiras em cada indivíduo, o que vai diferenciá-lo é a capacidade de se reconhecerem atoras de suas próprias vidas e a necessidade de superar condições impostas pela conjuntura social em que estão inseridas.

4.2.2.3 Crenças

As mulheres feirantes buscam diferentes alternativas assistenciais como resposta, por meio da fé e remédios caseiros. As mulheres buscam alternativas na atenção à saúde informal para resolver seus problemas de saúde. Utilizam a água benta, como um precioso instrumento instituído pela Igreja que a ajuda em algumas circunstâncias e dificuldades da vida e cultivam a prática de uso das ervas naturais, optando pela medicina convencional apenas em casos extremos, conforme as falas:

“Eu quase não vou em posto, não vou em médico, eu não me automedico, mas quando eu tenho uma dor de cabeça, tomo uma água benta e passa”. (“Maria Bethânia”)

“Eu não sou de tá todo tempo em médico, eu tenho meus remédios que eu faço, pra diabetes, eu vou lá em baixo e compro minhas raízes e faço meu remédio[...] eu não sou muito de remédio de farmácia não. Sou mais ir ali no

doutor raiz, o senhor X, tomo remédio e melhora”. (“Maria Firmino”)

Evidencia-se que as escolhas terapêuticas das feirantes reúnem elementos dos diversos subsistemas, ora prevalecendo práticas populares, a exemplo da utilização de chás, ora os recursos terapêuticos da biomedicina, revelando-se uma interseção de saberes. Nesse contexto, de acordo com Oliveira e Moraes (2010, p. 419), o conceito “práticas populares de saúde compreendem qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica, abrangendo práticas advindas da cultura popular, tais como o benzimento e as ligadas a religiões”.

Assim, segundo Moraes et al (2007), a população busca apoio não apenas nos profissionais da biomedicina, mas também nos agentes das práticas populares, para o enfrentamento das situações de adoecimento. A procura de soluções para os problemas de saúde se dá por meio de três tipos de agentes: médicos ou farmacêuticos, os benzedores e os promotores domésticos (geralmente a dona-de-casa) da medicina caseira.

Além de seu caráter terapêutico, o uso de plantas medicinais apresenta as seguintes relevâncias:

(a) antropológica, por resgatar os saberes populares e, assim, elevar a autoestima de populações, muitas vezes marginalizadas; (b) pedagógica, por permitir a instituição de uma relação dialógica entre trabalhadores de saúde e usuários que dominam os usos destas plantas medicinais; (c) econômica, permitindo o acesso ao medicamento fitoterápico; (d) ecológica, garantindo a manutenção de plantas que em muitas situações vêm sendo eliminadas pelas plantações com interesse meramente lucrativo (CARRICONDE, 2002 apud GOMES; MERHY, 2011, p. 12)

A esse conjunto de valores, Gomes e Merhy (2011) acrescentam a sua relevância social e política, pois, para conseguir as plantas, geralmente, as pessoas as procuram junto aos seus vizinhos, fortalecendo a rede de apoio social e permitindo a discussão sobre o adoecimento e estratégias de sua superação pela comunidade.

Abaixo na figura (9) é visto um personagem comum do dia-a-dia dessas mulheres doutorraiz.

Figura 9: homem vendendo ervas naturais no mercado público, Sobral/CE, 2016



Fonte: Ponte, 2015.

Acreditamos que, a partir do entendimento ou da concepção das mulheres a respeito do que seja saúde-doença, ao não serem satisfeitas suas necessidades de saúde nos serviços de saúde, estas buscam diferentes alternativas assistenciais como resposta, a exemplo do que vimos nas falas anteriores, por meio da fé e do remédio caseiro. De acordo com Minayo (1988), a religião encontra-se presente, ao buscarmos explicações sobre o processo saúde-doença, e isso faz parte da cultura popular. A autora refere que:

[...] o conhecimento humano é finito, historicamente limitado e contextualizado. Da mesma forma que a visão saúde-doença da população se apóia nas suas condições reais de existência, também a ideologia que embasa a prática médica se produz dentro dos limites do processo social [...]. (MINAYO, 1988, p. 379)

Entretanto, essas alternativas não são comuns a todas as mulheres feirantes, uma vez que estas se distinguem à compreensão do que é saúde e doença, nas crenças que professam e na forma como produzem suas vidas.

4.2.3 Necessidades de acesso aos serviços de saúde e práticas profissionais humanizadas

Em relação aos depoimentos das mulheres, a quase totalidade arrolou necessidade de acesso aos serviços e produtos biomédicos. O atendimento às necessidades de saúde significa, na concepção das mulheres feirantes, a atenção específica à saúde em sua dimensão curativista. Quando se pensa nos motivos que

levam essas mulheres a procurar um serviço de saúde, o que primeiramente vem à tona são dores, medicamentos, exames, consultas médicas, encaminhamentos, entre outros. No entanto, também, manifestaram necessidade de acesso às práticas de saúde humanizada, com acolhimento e vínculo entre profissional e usuário para a satisfação de suas necessidades de saúde.

4.2.3.1 Necessidade de serviços e produtos biomédicos

A saúde, de acordo com algumas depoentes, prevalece como consequência do serviço ofertado, com responsabilidade alçada ao funcionamento do sistema ou ao profissional de saúde que atende aos usuários. A garantia do acesso aos serviços de saúde especialmente à figura do profissional médico e medicamentos gera satisfação e cria uma representação positiva de que as necessidades serão satisfeitas, sinalizando uma resolutividade do problema de saúde das mulheres.

“O que o serviço de saúde poderia oferecer é que quando a gente precisasse e procurasse o serviço tivesse ali. Não faltasse médico, não faltasse remédio, porque a gente já tem as dificuldades e quando a gente precisa, como eu precisei agora, não tem”. (“Maria Clara”)

A despesa com medicamentos, também, se constituiu numa dificuldade para algumas mulheres. Esta condição de exclusão do acesso a outros bens e produtos indispensáveis à manutenção da vida e da saúde a qual as feirantes estão submetidas, priva-as do direito de contrair esta despesa. Essa condição está relacionada à quantidade insuficiente de medicamentos recebidos mensalmente pelas farmácias das Unidades de Saúde, o que acaba por tornar a busca pelos remédios um processo que requer agilidade, pois a garantia é para aqueles que chegarem primeiro.

“Saúde é não faltar as medicações né? Faz muito tempo que eu não pego remédio aqui no posto. (“Maria Osmarina”)

“ E aí agora esse problema de não ter remédio no posto. Tá com três meses que eu compro os remédio tudinho. É sete tipo de remédio que eu tomo”. (“Maria Auxiliadora”)

Por outro lado, a utilização do tratamento farmacológico é uma tendência

predominante na cultura brasileira e no universo das mulheres feirantes, produzida pelo histórico modelo de saúde curativista, no qual o medicamento representa um símbolo de saúde para nossa sociedade.

“Eu tenho cuidado pra não sentir nada, pra não ter problema de nada. Se eu sentir qualquer coisa, eu tomo um comprimido”. (“Maria Quitéria”)

Os depoimentos corroboram com as afirmações de Pacheco, Moretto e Tagliari (2003) quando enfatizam que a cultura curativista, com foco em aspectos voltados à consulta médica, aos exames e à medicação ainda é dominante nas comunidades. De modo geral os usuários buscam nos serviços de saúde respostas às queixas clínicas. Isso ocorre devido às pessoas compreenderem mais concretamente a dimensão biológica do processo saúde doença (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

A partir dos discursos das entrevistadas, apreendemos representações sobre o descontentamento das mulheres em relação ao serviço de saúde e outro aspecto destacado pelas mulheres consiste na precarização dos recursos humanos, com destaque para a ausência do profissional médico nas unidades de saúde.

“O negócio da saúde da gente é a gente ter médico né, assim pra saber como é que tá a saúde da gente, como é que vai, porque tudo é dificuldade”. Se precisa do médico, não tem... (“Maria Rita”)

Para Silva (2008, p. 61), “esta situação confronta o sujeito em questão com um sistema rígido que, na sua visão, torna-se caótico e o coloca à mercê da vontade dos profissionais”.

Os depoimentos corroboram com dados da pesquisa do IBOPE, em que 66% dos entrevistados apontaram que o principal problema do Brasil é a saúde (IBOPE, 2010). Esses dados por um lado refletem a avaliação de precariedade ou insuficiência dos serviços de saúde pela população, porém, também, pode ser tomado como analisador da dimensão a que foi levada a preocupação com o corpo e com o processo saúde-doença nos dias atuais.

Nesse sentido, Nogueira (2001) aponta existir na modernidade uma verdadeira mania coletiva de saúde, geralmente reduzida à dimensão do corpo, que, aliada ao paradigma hegemônico da saúde – o biomédico – gera demandas crescentes por serviços e práticas de saúde, sacramentaliza o cuidado com o

próprio corpo por terceiros - os “especialistas em saúde”, e reforça a busca de soluções biomédicas para questões de ordem biopsicossocial, movimento progressivo de “expropriação da saúde”, como aborda o livro homônimo de Ivan Illich (1975a).

Apreende-se pelas falas que o profissional médico é bastante mencionado pelas mulheres e que o trabalho da Enfermagem apresenta-se invisível para essas participantes. Mesmo a enfermagem estando na linha de frente do acolhimento que é por onde as mulheres têm maior acesso aos serviços, essas participantes desconhecem o trabalho dessa categoria profissional, o que infere a reiteração da centralidade da demanda por serviços na figura do médico e na consulta médica. Essa ausência de vínculo e aceitação com os enfermeiros se deve ao fato que esses profissionais não estão legalmente autorizados para prescreverem medicamentos, sendo esta uma das maiores necessidades de saúde da maioria das mulheres feirantes:

“Ter médico nos posto, que não tem. Médico não tem, quem atende as pessoas é os enfermeiro lá no posto, não tem nenhum médico”. (“Maria Quitéria”)

O cuidado humanizado de enfermagem é fundamental para as mulheres, pois a interação dos conhecimentos técnico-científicos com os aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos na relação entre o profissional e o usuário garante maior eficácia do serviço, preservando e mantendo assim as condições de vida e favorecendo a recuperação destes (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013). Assim, o planejamento desse cuidado, deve prever não somente o atendimento às necessidades biológicas e sim, deve considerar a mulher em toda a sua amplitude. No entanto, a enfermagem, como profissão do cuidado, pode colaborar muito para o reconhecimento de necessidades de saúde e da posição de sujeito de cuidado das mulheres feirantes.

As falas revelam que as mulheres vão às UBS em busca de médico, medicações e exames. Não encontrando resolubilidade na assistência e suas necessidades de saúde atendidas na atenção básica ou serviço público, algumas feirantes comprometem o orçamento mensal e procuram outros recursos no serviço privado.

“Quando eu vou fazer exame de prevenção, vou ali no doutor X. Aí eu vou de manhãzinha e faço porque lá no posto demora demais”. (“Maria da Penha”)

“[...] aí eu tive que pagar a prevenção, paguei também oito exames que o médico do doutor Y pediu, foi o jeito”. (“Maria Clara”)

4.2.3.2 Necessidades de boas relações e vínculo com profissional de saúde

Os depoimentos das mulheres feirantes perpassam a todo o momento a necessidade de ser acolhida e ter vínculo com um profissional ou equipe, pessoas em relação (MATSUMOTO, 1999). Necessitam ter acesso e serem bem recebidas, bem acolhidas em qualquer serviço que necessitarem, tendo preferencialmente um profissional de referência que se responsabilize pelo seu atendimento dentro do sistema de saúde.

Na fala que se segue a feirante percebe a relevância do caráter preventivo, considerando que o diálogo entre profissional e usuário favorece uma relação atenciosa e permite saber os fatores desencadeantes de seus problemas de saúde.

“O que eu acho que os profissionais podem fazer pra ajudar melhor é uma conversa, assim como você está fazendo agora, explicando, conversando e isso aí é muito bom pra gente”. (“Maria Paula”)

De acordo com Nietzsche et al (2005), entende-se como tecnologia o resultado de processos fixados, que devem ser verificados e controlados sistematicamente, pelas experiências do cotidiano e da pesquisa, pelo desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com o objetivo de provocar intervenções sobre uma situação prática.

Ainda, segundo a Portaria 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, podem ser consideradas tecnologias em saúde os sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2005).

Existem diferentes métodos para se caracterizar as tecnologias em saúde, entretanto a classificação mais difundida é aquela que considera tecnologias leves, nas quais se visualiza claramente que o cuidado requer o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento); tecnologia leve-dura, quando lança mão de saberes estruturado (teorias, modelos de cuidado, processo de enfermagem); e tecnologia dura, que utiliza instrumentos, normas e equipamentos

tecnológicos. Essa classificação aborda a tecnologia de forma abrangente, desde o processo de vínculo entre profissional e cliente até o produto final do cuidado (MERHY, 2002).

O trabalho em saúde não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato. Ele opera em tecnologias leves, de relações, de encontros e manifestação da subjetividade do outro, a partir de uma atenção integral e dos dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização (FRANCO; MERHY, 2012).

Ao buscarmos a integralidade da atenção à saúde, nos reportamos a taxonomia das necessidades de Matsumoto (1999), onde a autora apresenta a necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem ou prolonguem a vida, sendo que sempre que for necessário o usuário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, práticas e equipamentos) que possam impactar e qualificar seu “modo de andar a vida”.

Ainda de acordo com Matsumoto (1999), a melhoria e o prolongamento da vida podem ser trabalhados por meio de uma abordagem individual ou coletiva. Uma ação individual deve estar articulada às ações coletivas, buscando compreender que uma demanda ou necessidade expressa por um indivíduo, durante sua procura ao serviço de saúde, pode ser a expressão das aspirações ou desejos de uma sociedade.

Nesse sentido, a adoção de estratégias e investimentos nos processos de trabalho, com destaque nas tecnologias leves, desenvolvem a autonomia e empoderam as mulheres para cuidarem de sua saúde. Assim, a qualificação da porta de entrada, voltada para o vínculo e o acolhimento melhoram o atendimento, a resolutividade e potencializam a satisfação da população em relação aos serviços de saúde.

Portanto, torna-se necessário atentar que desenvolver as necessidades das mulheres feirantes não significa aumentar a demanda por serviço de saúde, mas potencializar a capacidade destas de melhorar suas condições de vida, de usufruir das tecnologias de saúde sempre que necessitar, e de exercer a autonomia no modo de “andar a vida”, no sentido de construir para si qualidade de vida, dentro das possibilidades concretas.

A expressão, abaixo, ilustra o pensamento das mulheres ao reconhecerem que as práticas profissionais devem estar vinculadas à ideia do atendimento humanizado, estando este, aqui explicitado, como não satisfatório.

“Quando a gente chegar no posto, ter um bom atendimento, pra cuidar da gente direitinho, que a gente é cristão, só porque a gente não tem dinheiro, é maltratada, é um lixo. A gente tem que chegar e ser atendida como se fosse um cliente pra eles, assim como os nossos aqui”. (“Maria Emma”)

Nesse sentido, de acordo com as afirmações de Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) o profissional precisa estar disponível para “auscultar” os usuários em uma perspectiva holística, em suas dimensões biológicas, emocionais e sociais. Considerando que essas dimensões evidenciam potencialidades e vulnerabilidades dos sujeitos para enfrentar o processo saúde-doença, torna-se indispensável que os trabalhadores de saúde reconheçam as necessidades de saúde, da forma mais ampla possível, para que sejam organizadas e direcionadas as demandas de saúde e atendimento necessário.

Nesse tocante, para o reconhecimento dessas necessidades de saúde das mulheres, faz-se necessária a humanização dos serviços. Assim, para humanizar a relação entre serviço, profissional de saúde e usuário, não basta considerar a questão da responsabilidade, do respeito, pressupostos para a realização da assistência.

Apostar na humanização das práticas de saúde impõe que repensemos a relação entre a equipe de saúde e o encaminhamento da política pública. O plano do público é aquele construído a partir das experiências de cada homem e humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde foi para a Política Nacional de Humanização (PNH), levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas (MOSER et al, 2013).

A produção do cuidado nas práticas de saúde produz subjetividades - modos de sentir, de representar, de vivenciar necessidades. O encontro entre o sujeito e o trabalhador da saúde envolve um arsenal de saberes e práticas específicas, além de um encontro de situações nem sempre equivalentes, pois aquilo que um deseja ou procura não necessariamente corresponde ao que o outro espera. Nas instituições de saúde, todos dominam um certo espaço e exercem um certo “autogoverno” para além de tudo que esteja normatizado, protocolado

(MERHY; ONOCKO, 1997).

Entretanto, de acordo com Inojosa (2008), na formação do profissional de saúde, a universidade não tem trabalhado de forma suficiente nem adequada a questão do vínculo com o usuário e da relação entre sujeitos. A ênfase, ainda, é na doença e na apreensão de tecnologias de intervenção, numa visão de administração de conserto mecânico, de correção do funcionamento dos aparelhos. A superespecialização contribui para o afastamento entre o profissional e o cidadão atendido, valorizando a capacidade de consertar uma parte, um defeito em algum aparelho, sem considerar o sujeito na sua complexidade. Trata-se, portanto, de um grande desafio propiciar que o encontro entre os cidadãos usuários e os profissionais de saúde seja, de fato, oportunidade para uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua, essencial para a produção da saúde.

Dessa forma, o acolhimento se apresenta como uma estratégia que oportuniza esse encontro entre profissional e usuário. Porém, na maioria das vezes, o acolhimento é visto apenas como uma ação desempenhada por um profissional de nível superior, especialmente de enfermagem, em um espaço específico e sendo muitas vezes confundido com triagem. No entanto, o acolhimento deve ser desenvolvido como uma técnica de diálogo que pode e deve ser executada por qualquer profissional e em qualquer momento de atendimento, quando se compreendem, identificam e negociam as necessidades de saúde dos indivíduos, vindo a satisfazê-las.

A forma como o acolhimento é desenvolvido pelos profissionais é decisiva na adesão e procura dos usuários aos serviços de saúde, pois, se o usuário tem experiências negativas prévias com um serviço de saúde, é razoável compreender o porquê de não mais procurar determinado serviço, ainda que dele necessite.

Referente a essa questão, as mulheres relatam a importância do vínculo estabelecido com o serviço de saúde, em que o acolhimento é definido como importante instrumento no processo de satisfação de suas necessidades.

As necessidades de saúde estão relacionadas ao conceito ampliado de saúde e seus determinantes sociais, compreendendo que a raça, etnia, identidades de gênero e situação socioeconômica condicionam o desenvolvimento das capacidades de cada pessoa. Humanização e cuidado em saúde incluem então, a compreensão e reflexão sobre as necessidades de saúde e sobre as formas ampliadas de intervir sobre estas (STOTZ, 2003).

Na figura comparativa utilizada pela mulher feirante, o usuário do serviço de saúde é como um cliente da feira, que compra produtos e a regra principal é que este deva ser tratado com respeito e empatia, além de ter sua necessidade devidamente atendida e se possível superada, pois, cliente satisfeito tem altíssima probabilidade de retornar e ainda fazer propaganda positiva para seus amigos e familiares. As mulheres também querem ser tratadas como clientes, que buscam respeito e bom atendimento na área da saúde.

Foi interessante identificar ainda que a consciência de que sempre se paga pela saúde está bem desenvolvida nas feirantes. Afinal, o Estado nos oferta como bens públicos aquilo o que antecipadamente já pagamos e que foi definido como prioridade pela Constituição. O termo cliente também destacou a dualidade da comercialização da saúde, que segundo Saito (2013), pelo aspecto positivo, vale ressaltar o maior comprometimento tanto do profissional quanto do cliente com o seu cuidado. Todavia, só a mudança do termo não significa mudança de comportamento, e tem que se cuidar para que não seja adotada a concepção negativa de cliente, que pode ser de um simples consumidor individual dos serviços oferecidos pelo Estado.

Assim, para possuírem valor de uso para o indivíduo, como qualquer produto, os equipamentos e práticas de saúde, precisam necessariamente satisfazer suas necessidades. Heller (1986) descreve que para Marx, o valor de uso, também, está relacionado às características do corpo da mercadoria e ao trabalho humano aplicado em sua produção. No entanto, estando à prática profissional imbricada no “produto a ser consumido”, o vínculo e o acolhimento tornam-se elementares na satisfação de necessidades em relação aos serviços de saúde.

De acordo com Coelho e Jorge (2009) , quando um usuário chega a uma unidade de saúde quer ser tratado bem, quer falar sobre seus problemas familiares, emocionais, sociais, econômicos, muitas vezes apenas como forma de desabafo, o que já é capaz de lhe trazer um alívio e satisfazer sua necessidade. O diálogo entre profissional e usuário, pode gerar a solução conjunta de problemas de saúde, mas isso ocorrerá se o profissional tiver a humildade de ouvir, aceitar e associar o conhecimento empírico ao acadêmico.

Destarte, humanizar a atenção à saúde pressupõe o reconhecimento das necessidades de saúde e o uso de tecnologias leves, com o estabelecimento de relações dialógicas entre profissional e usuário. Resulta no compromisso em acolher as demandas dos usuários com construção de vínculos, empoderamento dos

indivíduos e corresponsabilização.

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato. Ele opera em tecnologias leves, de relações, de encontros e manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização (FRANCO; MERHY, 2012).

Os dados empíricos mostram que as experiências anteriores avaliadas como positivas pelas mulheres favorecem a criação de vínculo com os profissionais de saúde e satisfação com os serviços prestados.

“O que eu acho ruim é o posto, aqueles atendimentos ali. Antes quando era, em 2010, quando era só a doutora X e o doutor Y, era ótimo, mas agora, né bom não. A gente vai lá, se quer extrair dente ou obituar passa três meses. A gente lá não é bem atendida não. Agora pela atendente do dentista a gente é, mas pelas outras pessoas que marcam consulta é a maior frescura”. (“Maria da Penha”)

Desta forma, ter um profissional ou equipe de referência, de responsabilização dentro do sistema (MATSUMOTO, 1999), passa a ser uma necessidade a partir da construção do vínculo. No caso citado, a confiança que a feirante tinha nos profissionais contribuía para o fortalecimento das relações e favorecia a adesão às ações e condutas produzindo um trabalho singular para sua necessidade de saúde. Stotz (2004) corrobora essa informação quando afirma que a eficácia do serviço depende da qualidade desse vínculo.

Ainda, de acordo com Cecílio (2001), a criação de vínculos entre usuário e equipe e/ou profissional de saúde, faz parte do conjunto de conceitos que envolvem as necessidades de saúde, no qual significa o estabelecimento de uma relação contínua notempo, calorosa, pessoal e intransferível, que propicia o encontro de subjetividades.

Contudo, os resultados da pesquisa realizada por Nery et al. (2009) em Londrina, no estado do Paraná, mostram vários obstáculos para o desenvolvimento do trabalho acolhedor e formação de vínculo, dentre eles o aumento da demanda, que gera um tempo reduzido para o atendimento, espaço físico inadequado e imediatismo dos usuários.

Os frequentes desencontros entre a proposta da Estratégia Saúde da Família e as demandas dos usuários estão presentes também em algumas construções discursivas. Esse tipo de discurso faz referência às mulheres que reivindicam de forma enérgica o direito de serem atendidas, expressando suas demandas até de forma agressiva, enquanto outras reagem passivamente e não expressam suas necessidades.

“Às vezes chega com um problemazinho e aí atendido cadê? Não é atendido, aí espera, espera, espera. Uma vez eu tava sentindo um problema e fui no posto cadê? Aí precisou até eu discutir, no instante me atenderam. Eu disse logo umas coisas porque não querem atender a gente bem”.
 (“Maria Rita”)

“Aí tô com os exames tudo lá pra mostrar esperando ver se consigo [...] minha irmã a saúde tá um problema. O que nós precisa mesmo não temos, um bom atendimento[...] nós somos seres humanos, o pessoal quando tem um bom estudo parece que é pior. A gente é totalmente desprezada. Também é assim, as meninas é que dizem também irmã é porque você chega lá assim muito paciente que é a sua cara, se você chegasse lá botando boneco, gritando[...] Aí eu disse que se eu tiver de ser atendida seja onde for gritando, botando boneco, eu não sou disso, se eu tiver de ser atendida, eu sou né? (“Maria Clara”)

Percebe-se nas falas um discurso reclamatório de indignação individual, mas não um discurso de participação coletiva, na priorização e busca de solução dos problemas cotidianos e da organização dos serviços de saúde. A forma como se organiza a produção dos cuidados em saúde, restritas às salas dos serviços, esperando que as pessoas doentes apareçam e se medicalizem é o que contribui para essa passividade da população.

Nessa perspectiva, Merhy (2004) menciona que o modelo procedimento-centrado em contraposição ao modelo que se almeja, o usuário-centrado, parece ser o grande nó crítico. Por um lado, o não compromisso dos trabalhadores e da gestão com as pessoas, tratando-as apenas como uma doença; por outro lado, as pessoas se sentem incapacitadas diante de uma relação assimétrica, razão pela qual se calam e não se manifestam.

Na realidade dos serviços de saúde, existe uma grande dificuldade entre os profissionais da ESF para mobilizar e incentivar a população, para juntos construir e organizarem a atenção à saúde. É de fundamental importância o estabelecimento de vínculo e diálogo, indo de encontro às subjetividades de cada indivíduo, sua cultura, suas crenças e valores e sua história.

O conteúdo de algumas falas aponta a necessidade de maior agilidade no atendimento e cita obstáculos na acessibilidade organizacional dos recursos de assistência à saúde, como o tempo de espera para ser atendida pelo médico:

“A gente chega no posto tem que tá correndo pra lá, correndo pra cá, aí encaminha pro doutor passa uma eternidade”. (“Maria Firmino”)

A garantia de atendimento rápido, a percepção de atenção, interesse e cuidado recebido geram credibilidade e são decisivos para o retorno e continuidade nos serviços (CERQUEIRA; PUPO, 2008). Assim, para que o processo de trabalho seja reorganizado é essencial à implantação do acolhimento, com escuta qualificada e esforços no sentido de fornecer uma resposta positiva que responda à necessidade do usuário.

Contudo, Esmeraldo et al. (2009) apontam que nem sempre essa resposta pode ser considerada positiva pelo usuário, pois muitas vezes, este vai à Unidade buscando uma resposta imediata. Como isso, nem sempre é possível, muitas vezes a resposta pode ser uma orientação ou encaminhamento a outro serviço. Mesmo que o atendimento não seja imediato, ou não seja exatamente aquilo que o usuário foi buscar, o objetivo é que este seja escutado, acolhido, que tenha a oportunidade de compreender o porquê de tal resposta e tenha sua demanda respondida.

4.2.3.3 Dificuldades para o acesso aos serviços de saúde

Pela análise das falas das Marias, foi possível inferir que as mulheres ao procurarem os serviços de saúde e se depararem com dificuldades de acesso decorrentes da acessibilidade organizacional, criam uma representação negativa desses serviços, interferindo no comportamento de procura e adesão ao tratamento pelas mulheres feirantes. O que as falas revelam é que ainda há uma importante dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que atinge principalmente as mulheres mais pobres e dependentes do sistema público, comprovando que pelo menos em termos de universalização e igualdade o SUS ainda deixa a desejar.

“[...] quando eu vou marcar uma prevenção pra não sei que dia, aí quando vou a máquina tá quebrada, tá não sei o que, aí a gente desiste. E a gente

não tem condições de pagar uma particular. Aí pronto, fica tudo difícil”.
("Maria Emma")

De acordo com Pires e colaboradores (2010), existem iniquidades no acesso e ineficiência no sistema de saúde quanto aos usuários do SUS. Isso está associado à desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas trazidas pela população, amparada na dificuldade dos profissionais em escutar as necessidades de saúde da população.

Assim, compreende-se que os princípios da equidade e universalidade não estão sendo posto em prática conforme deveria, ocasionando em prejuízos socioeconômicos. Dessa forma, existe contradição entre aquilo que é previsto no SUS e o que realmente acontece no cotidiano dos usuários dos serviços. Concordamos nesse ponto com a proposição de Santos e Andrade (2012) de que ainda há um vasto espaço entre as necessidades de saúde da população e a rede pública de ações e serviços de saúde. Esses autores destacam que os processos organizativos do SUS, até o presente momento, tateiam entre a descentralização que fragmenta os serviços e a regionalização que deve uni-los em rede integrada e referenciada capaz de dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários.

Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o acesso da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi criada em 1993 e vem se expandindo sensivelmente desde então. Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008). Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção básica (BRASIL, 2006), assumindo esta a função de porta de entrada do SUS.

Nesse sentido, Starfield (2002), reforça que dentre as diversas estratégias que foram e continuam sendo utilizada com a intenção de melhorar o acesso aos serviços de saúde, a maioria são de programas que buscam a provisão de serviços de cuidados primários, uma vez que estes têm sido considerados a porta de entrada aos sistemas de saúde. Além disso, os serviços de cuidados primários à saúde têm se mostrado efetivos em reduzir as injustiças no acesso aos cuidados de saúde em diversas populações.

Porém, essa ideia de “porta de entrada”, presente no sistema de saúde brasileiro, apresenta-se, segundo Merhy e Queiroz (1993) e Cecílio (2001),

inconsistente com um modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em sua plenitude. Compartilham dessa opinião Friedrich e Pierantoni(2006), para quem o modo como se organiza o processo produtivo das equipes na ESF apresenta sérias contradições entre o propósito dessa estratégia e a demanda dos usuários. Para esses autores, a ESF desenvolve-se predominantemente de forma “parcelada, fragmentada e isolada”, comprometendo o principal sentido da “porta de entrada”, que é o acesso integral ao sistema de saúde.

Para tanto, como nos aponta Assis e Jesus (2012) é necessário fortalecer a porta de entrada do sistema de saúde, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social.

Outra dificuldade de acesso aos serviços de saúde elencado pelas feirantes diz respeito à extensa jornada de trabalho, sendo este reconhecido como uma barreira que dificulta o acesso às práticas profissionais em saúde, colaborando para que não exerçam o devido cuidado de si. A organização dos serviços de saúde da atenção básica obedece aos horários de atendimento que coincidem com o horário comercial, período em que as mulheres feirantes trabalham. Por outro lado, a organização dos atendimentos, mediante agendamento prévio, com pouca abertura às demandas espontâneas, dificulta o acesso a essa parcela da população.

“Precisa de tempo, e é o que a gente não tem é tempo pra cuidar da saúde”.
 (“Maria Rita”)

“Aí depende do tempo né? Porque às vezes elas não tem tempo, muito ocupadas e aí quando vão ao médico já estão muito doentes”. (“Maria Quitéria”)

“O tempo da gente aqui não dá pra gente ficar atrás de médico, a gente fica o tempo todo trabalhando”. (“Maria do Carmo”)

Segundo Stotz (2004), os trabalhadores brasileiros estão à margem do sistema público de saúde, e nas esferas de legitimação das necessidades, como os Conselhos de Saúde, seus representantes estão ausentes.

Nessa linha de raciocínio, Oliveira e colaboradores (2009), em um estudo realizado em Juiz de Fora/MG, mencionaram que o horário de funcionamento; agendamento de consultas inadequadas segundo a realidade do usuário; demora na obtenção do atendimento; a indefinição dos critérios de urgência e desorganização do sistema “referência – contra referência” são fatores que contribuem para as dificuldades de acesso aos serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

Ainda segundo Starfield (2002), os serviços de saúde, especialmente a atenção básica, devem oferecer uma atenção sem exigências com horários de disponibilidade e providências para horários tardios; facilidade na marcação de consulta e redução do tempo de espera, instalações para portadores de deficiências e ausência de barreiras linguísticas e culturais.

4.3 Análise de ocorrência e o processamento do Corpus do software IRAMUTEQ

Com base no tratamento dos dados das entrevistas, foram divididas três categorias e dez subcategorias, em que as entrevistas já tratadas pela análise de Bardin, foram processadas com a criação do corpus com o software IRAMUTEQ, compreendendo assim sua relação e semelhança, analisando os sentidos das comunicações e seus significados, para tanto, dispomos da nuvem de palavras e do gráfico de similitude para a apresentação dos resultados. A análise do corpus “necessidades de saúde”, proveniente da transcrição das 15 entrevistas semiestruturadas, reconheceu a separação do corpus em 102 unidades de texto iniciais, repartidos em 109 segmentos de textos e encontrados 2.824 ocorrências de palavras, sendo 617 formas distintas.

Na análise de “Estatísticas textuais”, tabela 1, as palavras que se apresentaram ativas de modo mais frequente demonstram que a centralidade das necessidades de saúde das mulheres está relacionada à sua existência e sobrevivência mais imediata (necessidades básicas).

O primeiro termo mais frequente, com centralidade representacional, em termos numéricos, foi o substantivo “saúde” que é reforçado com o 8º, 9º, 12º, 15º termos mais mencionados: limpeza, casa, alimentação, higiene, indicando que as feirantes, ainda, estão tentando suprir e satisfazer o atendimento de suas necessidades mais primárias, para ter saúde.

Outro termo mais frequentemente ligado às necessidades de saúde foi o substantivo médico, sendo reforçado com os 4º, 6º, 11º, 13º, 24º, 27º termos mais mencionados: remédio, posto, exame, preciso, doutor e dificuldade. Para as participantes da pesquisa a garantia de acesso aos serviços, especialmente à figura do profissional médico e remédios corresponde à satisfação de suas necessidades

de saúde. Esses achados reforçam a influência do modelo biomédico na percepção de saúde pelas mulheres, focando apenas na ausência de doenças.

Outra frequência significativa diz respeito ao adjetivo mais mencionado: “bom”, apontando para uma visão mais ampliada de saúde, reforçado pelos termos: paz, Deus e cuidado (5º, 14º e 22º), em que as mulheres reconhecem que é necessário o desenvolvimento da autonomia e empoderamento para o enfrentamento de suas necessidades. O termo “bom” correspondeu ainda ao que é desejado ou exigido pelas feirantes para satisfação de suas necessidades, sendo reforçado pela grande maioria dos termos mais mencionados (4º, 6º, 8º, 9º, 11º, 12º, 20º e 26º): remédio, posto, limpeza, casa, exame, alimentação, repouso e negócio.

Quadro 3- Frequências textuais dos termos nas conceituações das necessidades de saúde das mulheres feirantes, Sobral-CE, 2016

Ordem	Termos	Nº de repetições
01	Saúde	58
02	Médico	29
03	Bom	28
04	Remédio	23
05	Paz	15
06	Posto	12
07	Veza	12
08	Limpeza	11
09	Casa	11
10	Vida	09
11	Exame	08
12	Alimentação	07
13	Preciso	07
14	Deus	07
15	Higiene	06
16	Direito	06
17	Problema	05
18	Jeito	05
19	Doente	05
20	Repouso	05
21	Ano	05
22	Cuidado	05
23	Importante	05
24	Doutor	05
25	Gosto	05
26	Negócio	05
27	Dificuldade	05
28	Boxe	05

Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do Software IRAMUTEQ– 2014

núcleo, suscitando este profissional como ator influente na satisfação das necessidades de saúde das feirantes.

As palavras com maior frequência na árvore máxima foram justamente aquelas que tiveram uma maior frequência em todo o corpus, como, também, as que foram evidenciadas pela análise de conteúdo, apresentando ligação com as necessidades de saúde das mulheres feirantes. Assim, observa-se que as palavras “saúde”, “médico” e “bom” foram as que tiveram maior expressividade, ou mais força nas expressões textuais nos discursos das entrevistadas. Em segundo plano apareceram os termos “remédio”, “posto”, “higiene”, “exame”, “dificuldade” e “vez” que surgiram a partir de ramificações das palavras principais, todas conectadas entre si e sugerindo conexão entre os segmentos de texto.

4.3.2 Nuvem de palavras

A nuvem de palavras agrupa e organiza todas as palavras graficamente em função de sua frequência, sendo assim, uma análise lexical mais simples, mas bastante interessante a sua visualização, sendo possível identificar rapidamente as palavras-chave de um corpus.

A figura 11, abaixo, conhecida como nuvem de palavras, representa de forma gráfica a organização e o agrupamento das palavras-chave presentes no corpus necessidades de saúde. Trata-se de uma análise lexical simples, cuja estrutura da figura é criada em função da quantidade numérica de ocorrências que cada palavra tem no resultado da análise efetuada pelo software, após o processamento automático do corpus. Quanto maior e mais centralizada estiver uma palavra na nuvem, maior é o grau de sua evocação pelos sujeitos. Ao passo que quanto mais afastada e menor seu tamanho, menor é o seu grau de evocação (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Figura 11. Nuvem de palavras a partir do corpus Mulheres Feirantes. Sobral, 2016



Fonte: Elaborada pela autora com auxílio do Software IRAMUTEQ- versão 2014.

Desse modo, a centralidade dos elementos “saúde” e “médico” e a existência de uma relação de sentido entre alguns dos termos mais frequentes, como a que ocorre entre “remédio”, “posto”, “exame” e “bom”, mostram a centralidade das necessidades de saúde das mulheres voltadas para o modelo biomédico e medicalocêntrico, como, também, suas necessidades de boas condições de vida, acesso aos serviços, vínculo com equipe de saúde e autonomia no modo de andar a vida, temas que compõem o principal enfoque da pesquisa.

De forma geral, as representações gráficas em função da frequência de palavras, realizadas pelo IRAMUTEQ acima apresentadas, legitimam as três categorias identificadas na análise de conteúdo de Bardin. A finalidade de apresentação gráfica foi a de proporcionar ao leitor uma melhor visualização dos resultados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades de saúde das mulheres feirantes, aqui discutidas, apontam que os aspectos sociais, econômicos e culturais, assim como a individualidade de cada mulher são os elementos que devem nortear o desenvolvimento de práticas que despertem mudanças e contribua para satisfazer e desenvolver as necessidades de saúde do público das mulheres da feira.

Neste sentido, os métodos empregados nesta pesquisa, principalmente no que tange à escuta e à tradução das necessidades de saúde das participantes, funcionaram para que o objetivo principal de analisar as necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público do Município de Sobral/CE a partir da Taxonomia das Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto (1999) pudesse ser alcançado.

A taxonomia das necessidades de saúde utilizada como instrumento de leitura na presente pesquisa possibilitou uma análise dos depoimentos das mulheres, sendo possível constatar que estas apresentavam necessidades de saúde em todas as áreas da taxonomia proposta, as quais demandam estratégias de ações individuais e coletivas. A partir dos resultados, em relação ao acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, puderam-se evidenciar algumas contradições e dificuldades enfrentadas pelas mulheres ao procurarem os serviços de saúde, falhas no bom atendimento, na presteza e qualidade das demandas e respostas assistenciais, gerando obstáculos de acesso e uso de tecnologias já existentes.

A partir dessa análise, percebeu-se que a estrutura social em que as mulheres estão inseridas, está contornada pela intensificação de seu trabalho no espaço produtivo que se combina à responsabilidade do cuidar no espaço da reprodução. Isso resulta em fragilização de sua saúde, que muitas vezes nem podem e nem se permitem adoecer.

A medicalização de suas necessidades de saúde constitui o modo homogêneo de reconhecimento pela maioria das feirantes. No entanto, mesmo quando a minoria dessas mulheres reconhece suas necessidades de saúde radicais, a satisfação dessas necessidades é limitada por barreiras que precisam ser superadas de maneira contínua em suas vidas.

O apoio afetivo do profissional foi bastante valorizado pelas participantes desta pesquisa e relatado ausência de vínculos apropriados com os profissionais de saúde, mesmo quando estas já buscam a atenção primária e reconhecem de algum modo seu uso. Tais achados apontam para a importância do encontro entre profissional e usuário, com escuta qualificada, atenção e aproximação com a realidade, levando ao reconhecimento das necessidades de saúde deste público e desenvolvimento de práticas voltadas para a satisfação das necessidades percebidas.

Entretanto, para que essas práticas sejam eficazes, os profissionais devem estar familiarizados com o cotidiano dessas mulheres, com a atividade laboral que realizam e com as implicações que o “ser feirante” traz para o cuidado consigo. Problematizar essa realidade, definir claramente as necessidades de saúde e buscar recursos que possibilite a adoção de medidas, irá contribuir para a melhoria das condições de vida destas pessoas.

As mulheres feirantes estão expostas ao local de trabalho insalubre, que acabam por deteriorar de forma silenciosa a sua saúde. Frente a essa realidade, torna-se relevante analisar as condições de vida, saúde e trabalho dessas trabalhadoras, muitas vezes “invisíveis” aos olhos da sociedade.

Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de iniciativas visando à promoção da saúde dessas mulheres no próprio ambiente do mercado, visto que referem pouca procura aos serviços de saúde, o que está relacionado à falta de tempo decorrente da extensa jornada de trabalho. As ações educativas revelam-se como um caminho a ser percorrida, uma tecnologia de trabalho, uma ferramenta que deve ser utilizada para auxiliar os profissionais e o serviço de saúde a darem respostas às necessidades apresentadas pelas feirantes, em busca de melhoria em suas condições de vida, tendo como objetivo maior o estímulo ao autocuidado e consequentemente construção de sujeitos autônomos.

Para tanto, sugere-se que a equipe multiprofissional atuante na Unidade de Saúde da Família responsável pela área adscrita do mercado, desenvolva atividades de educação em saúde aproveitando o próprio ambiente do mercado público, em parceria com a Secretaria da Tecnologia de Desenvolvimento Econômico (STDE) e Associação dos Feirantes estimulando a coparticipação da comunidade nas ações desenvolvidas, o empoderamento e controle social. É imperativo que todos os envolvidos convirjam esforços nesse sentido. Outra

estratégia que pode ser utilizada para a realização da promoção e educação em saúde é por meio dos programas de rádios locais que são frequentemente utilizados e ouvidos pelas feirantes.

Desta maneira, o trabalho possível de ser construído na Atenção Primária à Saúde, baseado no acolhimento e no vínculo, possui grande potencial no sentido de contribuir para que as mulheres tomem consciência de necessidades radicais de saúde, e as desenvolva com maior autonomia e liberdade a partir da superação de contradições inerentes a sua cultura e à inserção social nos meios de produção e consumo. No entanto, para que esse processo se inicie de maneira a contribuir para que as mulheres se reconheçam como sujeito de cuidado e de necessidades é fundamental que as práticas de saúde nesses cenários se distanciem da reprodução social de culturas medicalizadoras da vida.

Este trabalho traz discussões relevantes para iniciar modificações nesse sentido, mas é importante que o investimento em ações e pesquisas não se encerre aqui. Pesquisas no sentido de compreender as práticas profissionais e sua finalidade em traduzir e satisfazer necessidades em saúde das mulheres feirantes precisa ser realizado para que seja possível aprofundar as questões implicadas no fenômeno de reconhecimento social das necessidades de saúde deste grupo.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. C.; PINHEIRO, P. V.; BEZERRA, T. M. G. **Estratégia em Marketing de vendas**: um estudo de caso sobre o pólo das confeccionistas do Mercado Público de Sobral. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/producao-academica/estrategia-em-marketing-de-vendas-um-estudo-de-caso-sobre-o-polo-das-confeccionistas-do-mercado-publico-de-sobral/5807/>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos de estado**: Nota sobre os aparelhos ideológicos de estado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- ANTUNES, R. **A dialética do trabalho**. Escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2009.
- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S; MARINHO, L. F. B. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um Novo Agir. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 2, p. 281- 290 jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2016.
- AQUINO, S. F. Mulher e Trabalho Informal. In: II ENCONTRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA DA REGIÃO NORTE, 2010, Belém. **Resumos de trabalhos**. Belém: 2010. p. 23.
- ARAÚJO, M. F. Família, modernização capitalista e democracia: retomando alguns marcos do antigo debate sobre as transformações da família no Brasil. **Revista Tempo e Argumento**, Florianópolis, SC, v.3, n. 1, p.180, jan. 2011. Disponível em: <http://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180303012011180>. Acesso em: 20 jun.2016.
- ARAÚJO, V. A. F. Homens “de saia” e mulheres “de calça” nas feiras: papéis invertidos ou desconstrução de estereótipos? In: VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA, 2013, Maringá/PR. **Anais...** Maringá: setembro, 2013. p. 25-27.
- ARAÚJO, M. F. Família, democracia e subjetividade. **ORG & DEMO**, Marília, SP, v.9, n.1/2, p.111-124, jan. 2008. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/55/232>. Acesso em: 20 set. 2016.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2016.

ASSIS, R. H. **A inserção da mulher no mercado de trabalho**. Disponível em: <http://www.convibra.org/2009/artigos/140_0.pdf> Acesso em 17 de jun. de 2016.

ATLAS BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sobral_ce> Acesso em 27 jul. 2016.

BANKS, S. B; DINGES, D. F. Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. **J Clin Sleep Med** . v. 3. n. 5. p. 519-528, ago. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1978335/>. Acesso em: 18 ago. 2016

BARBOSA, J.G.; HESS, R. **O Diário de Pesquisa: o estudante universitário e seu processo formativo**. 6. ed. Brasília: Liberlivro, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BERLINGUER, G. **A doença**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto, 1994.

BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. In: Maclachlan, James (Org.) **Problems and progress in medical care**. London, Oxford University Press, 1972.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 2048, de 03 de setembro de 2009. Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.510, de 19 de dezembro de 2005**. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Brasília; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014 que Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**. Brasília, 2011.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 08 maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**, v.1. Brasília, DF, agosto, 1999. 303p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção de Saúde: as cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério do Planejamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílio**. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Brasília, 2008.

BREILH, J. **Epidemiologia e economia, política e saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

CALDEIRA, S.; GOMES, A. C; FREDERICO, M. De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros – a espiritualidade no local de trabalho. **Revista de Enfermagem Referência**. Rio de Janeiro, RJ, n. 3. V. 3. p. 25-35, mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2016.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Iramuteq**: um software gratuito para análise de dados textuais. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2013000200016> Acesso em 14 jul. 2016.

CAMPOS, G. W. S. **Co- construção de autonomia: o sujeito em questão**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARDOSO, S. R. **Significados de saúde para os feirantes de São Joaquim: Um olhar sobre o Projeto de Requalificação**. 2013. 84 f. Dissertação (Mestrado em saúde, ambiente e trabalho) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013.

CARRICONDE, C. **Introdução ao uso de fitoterápicos nas patologias de APS.** **Olinda:** Centro Nordestino de Medicina Popular, 2002.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, São Paulo, SP, v.13, supl.1, p.545-55, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2016.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: In. Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

CERQUEIRA, M. B.; PUPO, L. R. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. **Revista Baiana de saúde pública**, Salvador, v.33, n.2, p. 68-84 abr./jun. 2009. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/207/pdf_22. Acesso em: 13 uj1 2016.

CHERNICHARO, I. M; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.66, n.4, p. 564-570, jul /ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração de Recursos humanos.** São Paulo: Atlas; 2000.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 ago. 2016.

COUTINHO, E. P; NEVES, H. C. N; SILVA, E. M. G. Feiras livres do brejo paraibano: crise e perspectivas. In: XLIV Congresso da Sociedade Brasileira de Economia e Sociologia Rural, 2006 Fortaleza/CE. **Resumos de Trabalhos.** Fortaleza/CE, julho 2006.

DEJOURS, C., ABDOUUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

DEL PRIORE, M.; PINSKY, C. B. **História das Mulheres no Brasil.** 10. ed. São Paulo: Contexto, 2015.

DIAS, E. C. et al. Employment conditions and health inequities: a case study of Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 12, p. 2452-2460, dez.

2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016.

EMMEL, M. L. G et al. Qualidade de vida e promoção em saúde junto a trabalhadores: uma proposição de diagnóstico e intervenção em terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 30-34, 2002.

Disponível em:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/221/175>. Acesso em: 20 jul. 2016.

ESMERALDO, G. R. de O. V. et al. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Rev. APS**, Juiz de Fora, MG, v. 12, n. 2, p. 119-130, abr - jun. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/117-2811-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

FERREIRA, M. C. P. **Do trabalho que constrói ao que destrói identidade: o caso de bancários portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. 2001. 129 f. Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2001.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.13, sup. 2, p.2115-22, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v.6, n. 2, p. 151-163, 2012.

Disponível em:

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>. Acesso em: 08 jun. 2016.

FREITAS et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, GO, v. 11, n. 2, p. 424-28, maio 2009. Disponível em:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm. Acesso em: 08 jul. 2016.

FRIEDRICH, D. B.C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes de saúde da família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 1, p. 83-97, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2106.

FROTA, J. T. **História de Sobral**. 2. ed. Fortaleza: Henriqueta Galeno, 1974.

GERMANO, M.. S. **Treinamento de manipuladores de alimentos: fator de segurança alimentar e promoção da saúde**, São Paulo: Livraria Varela, 2003.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 16, p. 525-626. Disponível em: http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F159862%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FAtencao%20primaria%20a%20saude%20GIOVANELLA%20L%20MENDONCA.pdf. Acesso em: 12 set. 2016.

GOMES, A. F et al. Perfil Socioeconômico de Mulheres Feirantes: um estudo no interior baiano. In: IV Encontro de Administração Política, 2013 Vitória da Conquista/BA. **Resumo dos trabalhos**. Vitória da Conquista/BA: 2013. p.1-16. Disponível em: <http://www.uesb.br/eventos/encontroadministracaopolitica/artigos/EAP052.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2016.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.27, n.1, p. 7-18, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

GOMEZ, C. M., LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, out./dez., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016.

GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2009.

GUATTARI, F. O Novo Paradigma Estético. In: SCHNITMAN, Dora F (Org.) **Novos Paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

HELLER, Agnes. **A filosofia radical**. São Paulo: Brasiliense, 1978.

_____. **Teoría de las necesidades em Marx**. 2. ed. Barcelona: Península; 1986.

HIESA, A.M.A. construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, SP, v. 43, n.2, p. 1352-1357, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a36v43s2.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INOJOSA, R.M. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. In: X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 2008. Santiago, Chile. **Resumo dos Trabalhos**. Santiago/ Chile: 2008. p. 1-13. Disponível em: http://www.reformadagestaopublica.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf. Acesso em; 10 jul. 2016.

KONDER, L. **Marxismo e alienação**: contribuição para um estudo do conceito marxista de alienação. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

KONDER, L. H. **O que é dialética**. 28. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

LELES, P. A. et al. Talheres de restaurantes self-service: contaminação microbiana. **Rev. Hig. Aliment**, São Paulo, SP, v. 19, n. 131, p. 72-76, maio. 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=410748&indexSearch=ID>. Acesso em: 08 jul. 2016.

LELIS, J. L. et al. **Vínculos de sociabilidade e relações de trocas entre feirantes de Viçosa, MG. Gerar- Grupo de estudos rurais**: Agriculturas e ruralidades. Viçosa, MG, 2009. Disponível em: http://www.gerar.ufv.br/publicacoes/VINCULOS%20DE%20SOCIALIZABILIDADE%20E%20RELACOES%20DE%20TROCAS%20ENTRE%20%20FEIRANTES%20DE%20VICOSA_MG.pdf. Acesso em: 09 set. 2016.

LÉVI, S.C. Introdução a obra de Marcel Mauss. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo, v.2, p.01-37, 1974. Disponível em: http://ftp-acd.puc-campinas.edu.br/pub/professores/cchsa/camilobraz/Fichamentos_Textos_Aulas/Mauss,%20Marcel%20-%20As%20t%C3%A9cnicas%20do%20corpo.pdf. Acesso em: 09 ago. 2016.

LÔBO, P. Despatrimonialização do direito de família. **Revista do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão**. São Luiz, MA, v. 5, n. 2, p. 29-40, jul.-dez, 2011.

MACEDO, A.C. P; ALMEIDA, A.T.C. **Revitalização dos mercados públicos de João Pessoa-PB e o bem-estar dos comerciantes e clientes**. 2011. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

MARCHAND, P., & RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquee aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. In Actes des 5èmes Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. Disponível em: < <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf> >. Acesso em 15 jul. 2016.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 11. ed. São Paulo: Bertrand Brasil, 1987.

MASLOW, A. H. **Motivación y personalidad**. 1ª ed. Barcelona: Sagitario, 1954.

_____. **A theory of human motivation**. Psychological Review, ano 50. p. 370-396, ago. 1943.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MAUSS, M. **Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas**. In: Sociologia e Antropologia. São Paulo, v. 2, p.37-174, 1974. Disponível em: Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: Sociologia e Antropologia. Disponível em: file:///C:/Users/User/Documents/EnsaioSobreADadiva.pdf. Acesso em: 08 set. 2016.

MAX-NEFF, M. **Desarrollo a escala humana**. 2. ed. Barcelona: Içaria, 1998.

MERHY, Emerson E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, Emerson E. et al (Orgs). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

_____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson E; ONOKO, R, (Org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Org.). **Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **Agir em saúde**: um desafio para o público.3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E & QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n.2, p. 177-184, abr/jun, 1993. Disponível em: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2016.

MESZÁROS, I. **A teoria da alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MINAYO, M. C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M.C.de S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.4, n. 4, p. 356-362, out/dez. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2016.

MORAES, G. V. O. **Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade**. 2012. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6511>. Acesso em: 04 jun. 2016.

MORAES, J. V. et al. **Práticas alternativas de saúde num bairro de São Carlos, interior de SP**. JORNADA DE JÓVENES INVESTIGADORES DE LA AUGM, 15, out. 2007.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016.

MORAIS, T. C. P. **Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Teresa_Morais.pdf. Acesso em: 20 ago. 2016.

MOSER, D. C. et al. Resignificar o cuidado hospitalar na perspectiva da humanização: desvelando uma experiência vivenciada. **Extramuros –Revista de Extensão da Univasf**. Petrolina, Vol. 1, nº 2 p. 46-52. Disponível em: <http://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/viewFile/373/173> Acesso em 18 set. 2016.

MOTTA, P. T et al. Análise dos acidentes de trabalho do setor de atividade econômica comércio no município de Belo Horizonte. **REME rev. min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 15. n. 3. p. 427-433, jul-set, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/v15n3a17.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2016.

NAKAMURA, E.E et al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Rev. Lat Am Enferm**. São Paulo, SP, v. 17. n. 2. p.253-258, março-abril. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2569>. Acesso em: 04 abr. 2016.

NERY, S.R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Londrina, PR, v. 14, n.

1, p. 1411-1419, set-out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio de 2016.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Santa Maria/RS, v. 13. N. 3. P. 344-353. mai-jun, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 ago. 2016.

OLIVEIRA, A.M.N. et al. Repensando as relações intrafamiliares sob um olhar foucaultiano. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10. n. 3. p. 152-158, set. 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/18.htm>. Acesso em: 28 abr. 2016.

OLIVEIRA, G.S.J.F. et al. Conforto térmico no ambiente de trabalho: avaliação das variáveis subjetivas da percepção do calor. In: VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2010, Belo Horizonte. **Resumo dos Trabalhos**, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: http://www.aedbaja.aedb.br/seget/artigos10/201_ARTIGO%20-%20SEGET.pdf. Acesso em: 15 jul. 2016.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929- 1938 nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016.

OLIVEIRA, M. W.; MORAES, J. V. Práticas Populares de Saúde e a Saúde da Mulher. **Revista de APS**, Juiz de Fora, MG, v. 13, n. 4, p. 412-420, out./dez. 2010. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/723/387>. Acesso em: 20 abr. 2016.

OLIVEIRA, NHD. **Recomeçar**: família, filhos e desafios. São Paulo: UNESP, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Declaração de Jacarta**. OMS, Jacarta, 1997. 6 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Healthyworkplaces**: a model for action. For employers, workers, policymakersandpractitioners. Disponível em <<http://www.who.int/>> Acesso em 15 ago. 2016.

PACHECO, M.; MORETTO, E.F.S.; TAGLIARI, M.H.O cotidiano dos agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família de um município de médio porte do Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17. n. 2, p. 95-107, 2003. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/20140521090112v17n2_13cotidianoagentes.pdf. Acesso em: 10 jun. 2016.

PELEGRINI, J; MARTINS, S.N. A história da mulher no trabalho: da submissão às competências. Um resgate histórico e as gestoras lajeadenses neste contexto. **Revista Destaques Acadêmicos**. Rio Grande do Sul, RS, ano 2. n. 2. p. 57-66, agosto. 2010. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/65-70-1-PB.pdf. Acesso em: 08 abr. 2016.

PERNA, P. O; CHAVES, M. M. N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do coletivo para a ação da enfermagem. **Trabalho necessário**, ano 6, nº 8, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 1009-1019, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2016.

PROBST, E.R. A Evolução da mulher no mercado de Trabalho. **Instituto Catrinense de Pós-Graduação**, Blumenau, Disponível em: <http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-05.pdf > Acesso em: 17 jun. 2016.

RABENHORST, E. R. Necessidades básicas, direitos humanos e pobreza. **Verba Juris**, João Pessoa, PB, ano 6, n. 6, jan./dez. 2007. Disponível em: http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/vj/article/view/14861/8416. Acesso em: 09 jul. 2016.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in) satisfações no trabalho. **Rev Bras Enferm.**, v.59, n.4, p.565-8, jul./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2016.

REGIS, L.F.L.V.; PORTO, I.S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 45, n.2, p.334-41, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2016.

RENNER, J. S. **Custos posturais nos posicionamentos em pé, em pé/sentado e sentado nos postos de trabalho do setor costura na indústria calçadista**. 2002. 167 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2449/000369947.pdf?sequence=1. Acesso em: 09 jun. 2016.

RODRIGUES, D; SANTOS, V. E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J Health Sci Inst**. São Paulo, SP, n.4. v.28. p.321-324, janeiro-abril. 2010. Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04_out-dez/V28_n4_2010_p321-324.pdf. Acesso em: 02 jun. 2016.

SÁ, M. G. Feirantes: Quem São? Como Administram seus Negócios? In: Encontro Nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração, 34, 2010, Rio de Janeiro. **Resumo dos Trabalhos**, Rio de Janeiro: ANPAD, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/eor482.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SAITO, D.Y.T et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, SC, V. 22, n. 1, p. 175-183, jan-mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_21.pdf. Acesso em: 15 jul. 2016.

SAMPAIO, J. R. O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. **R.Adm.**, São Paulo, SP, v.44, n.1, p.5-16, jan./fev./mar. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/v4401005.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

SANTANA, Vilma S. et al. Acidentes de trabalho não fatais e a informalidade das relações de emprego. **Relatório anual 2011**. Salvador, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/4756/1/PISAT.%20Relatorio%20Acidentes%20pdf%202011.4.pdf> Acesso em: 15 ago.2016.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v.17, n.11, p. 2876-2878, Nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2016.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, v. 19, p.106-121, 1996.

SCMIDT, N. T. A dupla jornada de trabalho: reflexão sobre o vínculo da mulher com o trabalho doméstico em contexto de ensino e aprendizagem de sociologia para o nível médio. **Revista Eletrônica LENPES-PIBID de ciências sociais- UEL**. Londrina/ PR, n. 1, V. 1, p. 1-11, jun. 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/lenpespibid/pages/arquivos/1%20Edicao/1ordf.%20Edicao.%20Artigo%20SCHMIDT%20N.%20T.pdf>. Acesso em: 09 aog. 2016.

SCOPINHO, R.A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v.15, n.1, p. 1575-1584, Jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700069&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2016.

SICOLI, J.L; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, SP, n.12. v.7.p.91-112, dezembro. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>. Acesso em: 10 maio de 2016.

SILVA JUNIOR, Eneo A. **Manual de controle higiênico-sanitário em serviços de alimentação**. 7 ed. São Paulo: Varela, 2014.

SILVA, M. A. M. **O direito à saúde:** representações de usuários de unidades básicas de saúde. 2008. 97f. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

SILVA, P. R. **Desafios e Possibilidades: A luta por (re) costurar a vida franca.** 2014. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2009/11/Marcos-Alex-disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2016.

SIMÕES, F. I. W; HASHIMOTO, F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. **Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas.** Minas Gerais, MG, ano 1. n. 2. p. 1-25, outubro. 2012. Disponível em: http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/Mulher-mercado-de-trabalho-e-as-configura%C3%A7%C3%B5es-familiares-do-s%C3%A9culo-XX_fatima.pdf. Acesso em: 20 jul. 2016.

SOARES, M.C. **Promoção da Saúde nas Escolas:** estudo para contribuição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU com as ações propostas pelas Escolas Promotoras da Saúde. 2011. 90 f. Dissertação (Mestrado)- Centro Universitário UMA , Niterói, Rio de Janeiro, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p.726. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf Acesso em 12 ago. 2016.

STOTZ, E.N. Encontro de movimentos e práticas de Educação Popular e Saúde. **Interface – Comunicação, Educação, Saúde**, Botucatu, SP, v. 8, n.14, p.179-182, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2016.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde:** mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde). 1991. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

STOTZ, E. N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **São Paulo em perspectiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 1, p. 25-33, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Saúde e sociedade:** como entender a saúde. Tradução de Paola Trindade Garcia. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2014. 21 p. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Unidade%203.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2016.

VEDANA, V. Fazer a feira e ser feirante: a construção cotidiana do trabalho em mercados de rua no contexto urbano. **Horiz. antropol.** Porto Alegre, RS, n. 39. v.19,

junho. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010471832013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2016.

VIEIRA, Sebastião I. Manual de saúde do trabalho: segurança, higiene e medicina do trabalho. São Paulo: LTR, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE DESTINADO ÀS PARTICIPANTES DA PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: Vida de Maria: Necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Ana Hirley Rodrigues Magalhães

Caro Sr. (a) _____ sou enfermeira, mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: Vida de Maria: Necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público. Neste sentido, você está sendo convidada a participar de uma pesquisa no mercado público, que tem como objetivo Identificar as necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público do Município de Sobral/CE. Os dados serão divulgados à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisa com seres humanos os seguintes direitos serão respeitados pelas pesquisadoras: a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa que estou participando; o anonimato das informações individuais e personificadas; a liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa; a segurança de que não haverá divulgação personificada (que se identifique) das informações; divulgação sobre os resultados da pesquisa e que não será prejudicado em qualquer instância dentro desta instituição, por responder com sinceridade às perguntas feitas pelo pesquisador.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos correspondem ao constrangimento emocional e exposição de sentimentos diante da entrevista, ocorrendo na etapa de coleta de dados.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de oferecer subsídios para a compreensão das necessidades de saúde das mulheres feirantes, gerando conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema do dia-dia dessas mulheres; Os resultados da pesquisa serão divulgados para Secretaria de Saúde e Secretaria de Desenvolvimento Econômico - STDE, assim como para os profissionais de saúde, a fim de desenvolver ações voltadas para as necessidades de saúde promovendo assim um cuidado de forma integral. A pesquisa será usada para direcionar os programas de promoção e prevenção de mulheres do mercado público.

4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se você precisar de alguma ajuda por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhado(a) por ao responsável da Unidade Básica de Saúde do Território.

5. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que você nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum das entrevistas ou áudio nem quando os resultados forem apresentados.

6. ESCLARECIMENTOS: Quaisquer dúvidas que você tiver em relação à pesquisa ou à participação das que você tiver, estamos disponíveis para qualquer outro esclarecimento no endereço: Dr. Giovane Carneiro, 526, bairro Expectativa, ou poderá comunicar-se com a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, localizado Avenida Comandante Maurocéllo Rocha Pontes nº.186,

Bairro Derby Club, Sobral-CE, telefone: (88) 3677-4255. Caso queira reclamar sobre esta pesquisa, poderá dirigir-se pessoalmente a mim ou fazê-la por escrito e enviar a estes endereços. E, em face destes motivos, gostaria muito de contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento da pesquisa descrita anteriormente realizado pela pesquisadora _____, que compreendi seus propósitos e assumo a minha participação e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Sobral - CE, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA
Observar como é o ambiente de trabalho (uso de EPI, estrutura física, riscos de trabalho).
Observar como se dá o processo de trabalho das feirantes
Observar a dinâmica das relações entre as mulheres feirantes
Observar as relações das mulheres com o contexto do trabalho e ambiente
Observar como acontece a interação e comunicação com a pesquisadora

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**ENTREVISTA SEMI-STRUTURADA**

Data ____/____/____ N° da entrevista: _____

Horário de início: _____ Horário de término: _____

Nome do participante (fictício): _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Grau de instrução: _____

Situação conjugal: _____

N° de filhos: _____

Renda familiar per capita: _____

1. Como é sua jornada de trabalho? Quantas horas você trabalha por dia? Você se sente cansada?
2. Quais as dificuldades enfrentadas no seu trabalho?
3. O que você entende por saúde?
4. O que é preciso para ter uma boa saúde?
5. O que as mulheres feirantes do mercado precisam para cuidar da saúde?
6. Descreva algo que você faz para ter saúde?
7. Além do que você faz para ter saúde, o que mais você considera importante para viver bem?
8. O que o serviço de saúde poderia oferecer para que as mulheres cuidem melhor da saúde?
9. Que mudanças na sua vida produziriam benefícios para sua saúde?

ANEXOS

ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DA TECNOLOGIA E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO- STDE



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora *Ana Hirley Rodrigues Magalhães*, a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado: "*Necessidades de saúde na percepção de mulheres feirantes do Mercado Público*", que está sob a coordenação/orientação do *Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente*, cujo objetivo é Analisar as necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público do Município de Sobral/CE a partir da Taxonomia das Necessidades de Saúde proposta por Cecilio e Matsumoto (2006), no Mercado Público Chagas Barreto.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesmoutilizarem os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

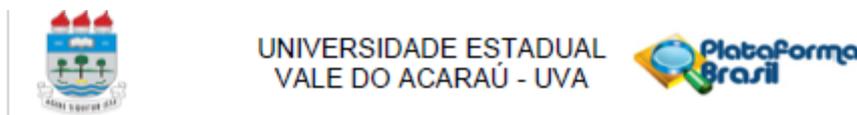
Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Sobral, 02 / 02 / 2016.

Prefeitura Municipal de Sobral

Daniela da Fonseca Costa
Secretária de Tecnologia e Desenv. Econômico

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NECESSIDADES DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE MULHERES FEIRANTES DO MERCADO PÚBLICO

Pesquisador: Ana Magalhães

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53306616.5.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.450.356

Apresentação do Projeto:

Projeto referente à Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, como requisito para o título de Mestre, sob orientação do Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público do Município de Sobral/CE a partir da Taxonomia das Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto (1999).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O desenvolvimento da proposta poderá acarretar riscos mínimos, pertinentes ao processo de participação dos sujeitos no grupo estudado, podendo causar desconforto ou constrangimento aos participantes. No entanto, avalia-se os benefícios da pesquisa, no sentido de oferecer subsídios para a compreensão das necessidades de saúde das mulheres feirantes, possibilitando o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde desse público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, mediante uma abordagem qualitativa, a ser realizada com mulheres feirantes que atuam como cafezeiras do mercado público do município de Sobral/CE há mais de 5 anos e que aderirem as ações desenvolvidas pelo Centro de Saúde da



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.450.358

Família. A coleta de dados se dará por meio de entrevista semiestruturada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de obrigatórios apresentados encontram-se adequados.

Recomendações:

Considerando que toda pesquisa envolve riscos, recomenda-se aos pesquisadores atentar aos os riscos que o desenvolvimento da pesquisa poderá desencadear, bem como explicitar as formas de minimiza-los. No capítulo metodologia, no item que se refere aos princípios éticos, retificar a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que esta foi revogada em 2012 pela resolução 486/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

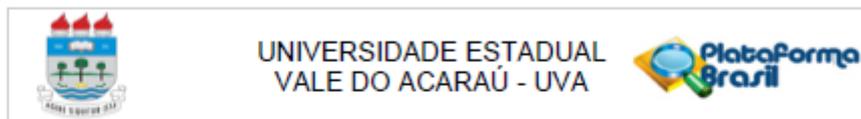
Considera-se o projeto aprovado, devendo-se atender as recomendações registradas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_658288.pdf	03/02/2016 16:14:33		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	03/02/2016 16:13:39	Ana Magalhães	Aceito
Outros	Entrevista.docx	03/02/2016 14:40:34	Ana Magalhães	Aceito
Outros	observacao.docx	03/02/2016 14:40:02	Ana Magalhães	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	03/02/2016 14:39:14	Ana Magalhães	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	03/02/2016 14:38:43	Ana Magalhães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice.docx	03/02/2016 14:32:01	Ana Magalhães	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	03/02/2016 14:29:29	Ana Magalhães	Aceito



Continuação do Parecer: 1.450.356

Declaração de Instituição e Infraestrutura	img119.jpg	03/02/2016 14:14:57	Ana Magalhães	Aceito
--	------------	------------------------	---------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

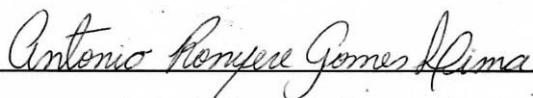
SOBRAL, 14 de Março de 2016

Assinado por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador)

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que foi realizada a revisão textual da dissertação de mestrado : “VIDA DE MARIA: NECESSIDADES DE SAÚDE DAS MULHERES FEIRANTES DO MERCADO PÚBLICO” de Ana Hirley Rodrigues Magalhães.

Sobral, 21 de dezembro de 2016.



Antonio Ronyere Gomes Lima

(Revisor Textual)

Formação: Letras -Registrado sob o nº 1.191