



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RIKSBERG LEITE CABRAL**

**MICROPOLÍTICA DA PRODUÇÃO DO TRABALHO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2014**

RIKSBERG LEITE CABRAL

MICROPOLÍTICA DA PRODUÇÃO DO TRABALHO  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família Área de Concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rocineide Ferreira da Silva.

FORTALEZA - CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Cabral, Riksberg Leite.

Micropolítica da produção do trabalho na Estratégia Saúde da Família [recurso eletrônico] / Riksberg Leite Cabral. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 134 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Gestão em Saúde. 3. Micropolítica. I. Título.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF  
Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha  
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



## FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: “Micropolítica da Produção do Trabalho na Estratégia Saúde da Família.”

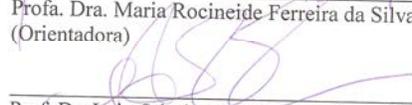
Nome da Mestranda: **Riksborg Leite Cabral**

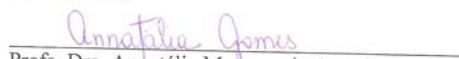
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

### BANCA EXAMINADORA:

  
Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva  
(Orientadora)

  
Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade  
(1º membro)

  
Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes  
(2º membro)

Prof. Dr. Túlio Batista Franco  
(Suplente)

Data da defesa: 30/04/2014

Aos trabalhadores e trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família, especialmente àqueles que participaram deste estudo, que empreendem esforços cotidianamente na produção de modos de cuidar em saúde que carregam consigo potência para transformar o mundo a partir do seu território.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai querido, fonte de inspiração, amor e esperança para as investidas nesta caminhada, muito obrigado por sua presença constante.

Aos meus pais pelo amor, ensinamentos e apoio irrestritos na busca pelo saber e consciência de si no mundo. Obrigado a vocês que primeiro acreditaram em mim.

Aos meus amores Manuela, Riquinho e João pelo que vocês representam em minha vida – minha fortaleza, meu ninho, meu chão! Muito obrigado pelo zelo, cuidado, compreensão e amor incondicional. Sem vocês esta conquista não seria possível, tão pouco teria sentido. Muito obrigado, amo vocês!

Aos amigos e parceiros de trabalho que constitui em Maracanaú, laboratório vivo onde experimentei muitas coisas, aprendi tantas outras, cenários onde transitam afetos. Não tenho como citar nomes uma vez que foram muitos e cada um marcou de modo singular minha jornada. Muito obrigado pela acolhida nesses dez anos.

A prefeitura de Maracanaú pelo apoio nesta investida, permitindo ausentar-me das minhas atividades de trabalho acreditando na simbiótica ligação entre os mundos da universidade e do trabalho para a construção do Sistema Único de Saúde.

A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rocineide que tocou-me desde a graduação para um olhar para o Saúde da Família como possibilidade de mudança no modo de cuidar da saúde das pessoas e acompanhou pacientemente meu processo de pesquisador implicado.

A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Annatália Gomes por seu apoio e cuidado maternal no processo de (des)construção do conhecimento no mestrado e hoje contribui nesta produção, muito obrigado!

Ao Prof. Dr. Túlio Franco que, mesmo à distância, esteve tão presente nas reflexões e análises nesta jornada. Seus escritos possibilitaram outras perspectivas no olhar para o cuidado, gestão e pesquisa em saúde de onde saio transformado.

Ao Prof. Dr. Luis Odorico pela atenção e contribuição na sistematização do saber neste estudo e energia contagiante na militância em defesa do Sistema Único de Saúde.

A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Patrícia pela dedicação e empenho na coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família/Nucleadora UECE. Em seu nome, estendo agradecimentos ao corpo docente que contribuiu com nosso aprendizado e pelo cuidado de Maria e Claudinha.

Aos meus companheiros, muito mais que colegas de mestrado, com quem dividi as dores e os prazeres de estar na Estratégia Saúde da Família. Nossos encontros produziram afetos e saberes que fortaleceram nossos passos nesta caminhada. Um agradecimento especial à amiga Rosane Maerschner pela parceria no processo de aprendizagem, pela escuta e por compartilhar ideias e sonhos na construção de um sistema de saúde público pautado em práticas solidárias.

MANGUEIRA  
Autor desconhecido

Sentado debaixo da mangueira  
Debaixo de uma enorme mangueira  
Sentado eu parei pra pensar  
Que das árvores nós temos que cuidar

Elas nos dão frutas e sombra e limpa o nosso ar  
E nela muitos bichos sempre vão morar  
Formigas, esquilos e muitos macacos  
Papagaios, sábias e tucanos

(Eu percebi como as árvores são importantes)

Das árvores nós temos que cuidar!

Sentado debaixo da mangueira  
Debaixo de uma enorme mangueira  
Sentado eu parei pra pensar  
Em um beija-flor que veio me cumprimentar

Cantando e dançando de flor em flor  
Pólem e sementes pelo ar vão espalhar  
Graças a eles nós temos muitas flores  
E muitas frutas de todos os sabores

(Eu percebi como os pássaros são importantes)

Dos pássaros nós temos que cuidar!

Sentado debaixo da mangueira  
Debaixo de uma enorme mangueira  
Sentado eu parei pra pensar  
Quando um sapo que saltando veio me cumprimentar

Eles podem ser feios, mas são importantes  
Em nossos jardins nos ajudam bastante  
Às vezes temos muito, muitos insetos  
Eles são a comida favorita dos sapos

(E então eu pensei os sapos e rãs são muito importantes)

Dos sapos temos que cuidar!

Dos sapos temos que cuidar!

Sentado debaixo da mangueira  
Debaixo de uma enorme mangueira  
Pensando em tudo que pude ver  
Olha só a que bela conclusão eu cheguei!

Todos somos necessários.

Árvores, flores, pássaros, sapos  
Todos, todos... todos somos necessários  
Para cuidar da vida para salvar o planeta  
Todos somos todos necessários

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde é resultado de lutas por reforma sanitária brasileira que surgem no bojo da decadência do modelo hegemônico de atenção à saúde e propõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como meio de reorientação da organização da rede de serviços e das práticas de cuidado em saúde. No entanto, há um longo caminho entre o instituído e o contexto dos serviços. Em Maracanaú, município que se destaca pelo desempenho satisfatório nas ações de saúde, a ESF configura-se como principal modo de reorganização da rede de serviços que recebe investimentos macroestruturais, com vistas a contribuir para este resultado. No entanto, acreditamos que existam produções no cotidiano dos serviços que estão para além destes empreendimentos e se expressam no agir cotidiano dos trabalhadores das eSF em espaços em que estes têm considerável possibilidade de intervenção. Quais movimentos, portanto, são produzidos por estes trabalhadores em Maracanaú? O que estaria subjacente a esta produção? Para responder a estas questões, realizamos pesquisa que pretendeu analisar a micropolítica do trabalho na ESF. Estudo exploratório-descritivo, do tipo pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, realizado com oito trabalhadores das eSF de Maracanaú. Para produção dos dados e coleta, foi adotada a técnica dos Mapas Analíticos que consistem em uma abordagem cartográfica de análise dos serviços de saúde a partir dos próprios trabalhadores, em seus processos produtivos. Os dados foram analisados à luz do método de Análise de Conteúdo Temática, a fim de interpretar as mensagens apreendidas nas falas dos sujeitos que compuseram duas temáticas – “Produção e Antiprodução da Estratégia Saúde da Família” e “Afetos que (des)mobilizam produções na Estratégia Saúde da Família” - tendo sido confrontadas com achados da literatura, cuja apresentação ocorreu por utilização de fragmentos das narrativas. Foram observados os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e submetido o projeto à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde. Os resultados reafirmam o pressuposto de que a ESF é produzida cotidianamente nos serviços de saúde a partir das relações estabelecidas entre os trabalhadores com os usuários, gestores, seus pares e consigo. Este espaço é permeado pelo agir destes sujeitos que exercem importante influência sobre a ESF, contribuindo para seu fortalecimento e fragilização enquanto proposta de reconfiguração do modelo de atenção à saúde. A orientação para esta produção ocorre a partir de diretrizes políticas, bem como pelos valores e pela visão de mundo dos trabalhadores, constituindo importantes pistas para o processo de gestão da ESF pelos próprios trabalhadores, bem como pela equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde daquele município. Lançar um olhar sobre a ESF na perspectiva micropolítica possibilitou identificá-la como território de subjetividade, em que afetos agenciam processos de produção e antiprodução. Acreditamos que considerar essas questões na reflexão sobre a ESF enquanto modo de reorganização dos modos de produção do cuidado em saúde no SUS e confrontá-las com o cotidiano dos serviços de saúde poderá contribuir para o enfrentamento dos seus limites e destacar suas possibilidades neste intento.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Gestão em Saúde. Micropolítica.

## ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is the result of health reform struggles in Brazil that arise in the midst of decline of the hegemonic health care model and proposes the Family Health Strategy (FHS) as a means of reorienting the organization of network services and health care practices. However, there is a long distance between the institution and the context of services. In Maracanaú, a municipality that stands out for satisfactory performance in health care actions, the FHS represents the main reorganization form of the service network that receives macro-structural investments, aiming to contribute to this result. Nevertheless, we believe there are productions in everyday services beyond these developments, which are expressed in everyday work of FHS professionals in areas where they have considerable possibility of intervention. Thus, what movements do these workers in Maracanaú produce? What would be behind this production? To answer these questions, we conducted a research that analyzed the micro-politics of the work in FHS. Exploratory descriptive study of intervention-research type with qualitative approach conducted with eight workers of FHS teams of Maracanaú-CE, Brazil. For data production and collection, we adopted the technique of Analytical Maps that consists of a cartographic approach to analyze health services from the workers themselves, in their production processes. For data analysis, we applied the method of Thematic Content Analysis in order to interpret the messages understood in the subjects' speeches. Two thematic categories emerged "Production and counter production of the Family Health Strategy" and "Emotions that support/discourage productions in the Family Health Strategy" – we confronted them with findings in the literature, whose presentation took place through narrative fragments. We followed the ethical principles of human research and submitted the project for consideration by the Research Ethics Committee. The results reaffirm the assumption that the FHS is produced every day in health services from the relationships established among workers and users, managers, peers, and themselves. This space is permeated by the action of these subjects that have an important influence on the FHS, contributing to its strengthening and weakening as a proposal to reconfigure the health care model. The guidance for this production occurs through policy guidelines as well as the values and worldview of health professionals, constituting important clues to the managing process of the FHS by the workers themselves, as well as the management team of the Local Health Department of that municipality. Casting a glance at the FHS in the micro-politics perspective enabled to identify it as an area of subjectivity, in which emotions support the production and counter production processes. Thus, we believe that considering these issues when reflecting on the FHS as a way of reorganizing the production methods of health care in the SUS and confront them with everyday health services can contribute to face their limits and highlight their possibilities in this endeavor.

**Keywords:** Family Health Strategy. Health Management. Micro-politics.

## SUMÁRIO

<b>1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
<b>3 MODELOS DE ATENÇÃO E MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE</b>	<b>20</b>
3.1 Modelos assistenciais: o que são e como se constituem?	20
3.2 As políticas públicas de saúde no Brasil e os modelos assistenciais: resgate histórico	25
3.2.1 A economia do café o modelo sanitaria	25
3.2.2 O modelo sanitaria campanhista e o modelo médico privatista	26
3.2.3 Tensões o sobre o modelo assistencial e a reforma sanitária	28
3.3 Saúde da Família: uma proposta de reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde	33
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE</b>	<b>40</b>
4.1 O espaço intercessor como território relacional e produtivo	43
4.2 A produção subjetiva do cuidado	46
<b>5 PERCUSSO DA PESQUISA</b>	<b>52</b>
5.1 Pesquisador como sujeito implicado	52
5.2 Tipo e local de estudo	53
5.3 Aproximações com o campo de pesquisa e participantes	55
5.4 Técnicas e instrumentos	57
5.5 Os encontros de produção e coleta de dados	59
5.6 Análise dos dados e apresentação dos resultados	63
5.7 Aspectos éticos	66
<b>6 PRODUÇÃO E ANTIPRODUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: MOVIMENTOS DOS TRABALHADORES</b>	<b>68</b>
6.1 Capacidade inventiva na produção do trabalho na Estratégia Saúde da Família	68
6.2 Modos de antiprodução do trabalho em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família	74
6.3 Potencialidades e limites da Estratégia Saúde da Família: percepções dos trabalhadores	88
<b>7 AFETOS QUE (DES)MOBILIZAM PRODUÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>94</b>
7.1 O trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas paixões tristes	95
7.2 O trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas paixões alegres	108
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO</b>	<b>133</b>

## 1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO

O presente estudo é resultado de movimentos de tensões e questionamentos vividos por nós, pesquisadores, ao longo da nossa trajetória enquanto trabalhador da Estratégia Saúde da Família (ESF). A proposta de investigação foi materializada sob a forma de projeto de pesquisa no final de 2011, por ocasião da seleção do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, quando ocupávamos o cargo de Coordenador da Atenção Básica e Programas Estratégicos da Secretaria de Saúde de Maracanaú. No entanto, as questões aqui levantadas foram gestadas na nossa vivência cotidiana enquanto trabalhador, gestor e aluno/pesquisador interessado nas produções existentes na ESF.

Nossos questionamentos buscaram respostas sobre como a ESF poderia se fortalecer enquanto modo de organização e produção do trabalho em saúde, capaz de cuidar das pessoas, em seus processos de vida, reafirmando princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Tendo experimentado o trabalho na ESF, enquanto enfermeiro da equipe de Saúde da Família (eSF), bem como na área de gestão, fomos percebendo que tal empreitada se tratava de uma tarefa complexa e que perpassava diferentes fazeres de muitos sujeitos – gestores, trabalhadores e usuários.

Logo, a ideia de que o modo de produção do cuidado na ESF não estaria sujeito apenas aos atos normativos instituídos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi sendo formulada com base nas vivências do nosso cotidiano, à medida que percebíamos diferentes engajamentos de trabalhadores e gestores com a implementação de mudanças que este projeto representa.

A reflexão acerca destas questões foi amadurecida durante nossa trajetória como discente do Curso de Mestrado em Saúde da Família, cujo processo de ensino e aprendizagem foi se constituindo a partir da análise das situações do nosso cotidiano. Neste contexto, nos marcou um momento de discussão acerca das possibilidades e limites da ESF na promoção de cuidados de saúde comprometidos com a dimensão humana do sujeito, cujos discentes, também trabalhadores da ESF, colocaram-se à margem do projeto de mudança que a ESF se constitui, atribuindo à conjuntura política e organizacional a responsabilidade de produzir tal reconfiguração. No entanto, questionávamos: quem seria a ESF se não composta por diferentes nós, sujeitos de sua produção?

Apesar de reconhecermos a existência de múltiplos fatores que ameaçam a ESF como modo de efetivação dos princípios da reforma sanitária brasileira, inquieta-nos o reducionismo desta reflexão aos aspectos macroestruturais – insuficiente cobertura de eSF, a deficiente estrutura das Unidades Básicas de Saúde, o subfinanciamento do sistema de saúde, dentre outros. Uma análise unilateral negligencia àquilo que está no entremeio dos processos produtivos na ESF, ou seja, os aspectos que permeiam a micropolítica do trabalho na ESF e que corroboram tanto quanto as questões macropolíticas para tornar os serviços mais acolhedores, resolutivos e nos quais os usuários depositem confiança. Estamos nos referindo à subjetividade que permeia este processo, os “fatores de a(fe)tivação<sup>1</sup>” produtores do engajamento dos agentes produtores desta mudança – os próprios trabalhadores, embora não apenas eles, mas também.

Nesse sentido, vale resgatar o fato de que o SUS é resultado de lutas por reformas sanitárias brasileiras que tiveram como conquista a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Esta discussão ocorreu no cenário de redemocratização do país e mediante sinais de desgastes do modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado na doença e no saber biomédico. A legislação sanitária brasileira que institui o SUS definiu a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade, regionalização e hierarquização e participação popular como princípios que devem orientar as propostas de mudança nos modos de produção na saúde pública brasileira (AGUIAR, 2011; BRASIL, 1990).

Corroborando com este intento, o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família, apresentado em 1994 pelo Ministério da Saúde, foi idealizado como proposta de mudança no modelo de atenção à saúde praticado no país, cujo foco de atuação dos profissionais estaria na promoção e proteção da saúde do indivíduo, da família e da coletividade, a partir do trabalho em equipe multiprofissional responsável pelo atendimento integral no nível da atenção primária à saúde (RODRIGUES, 2011; BRASIL, 1997).

Desde a criação, o PSF perpassou por processos de aprimoramento, sendo considerado, desde 1996, não mais um programa, mas uma estratégia de mudança do modelo assistencial - Estratégia Saúde da Família - a partir do resgate

---

<sup>1</sup> “Fator de a(fe)tivação” é um termo utilizado por Rolnik (2007, p. 39) para definir experiências, situações, objetos, ideias, qualquer coisa que mobilize o sujeito para perceber, realizar, envolver-se com algo: “pode ser um passeio solitário, um poema, uma música, um filme, um cheiro ou um gosto... pode ser a escrita, a dança, um alucinógeno, um encontro amoroso – ou, ao contrário, um desencontro”.

dos princípios do SUS para consolidação do movimento pela reforma sanitária brasileira, bem como do redimensionamento das práticas de cuidado do modelo tradicional de assistência centrado na cura e nos hospitais (BRASIL, 1997).

Porém, críticas também têm sido tecidas acerca da ESF, afirmando que a mesma ainda não conseguiu romper com o paradigma biomédico, cujos trabalhadores e gestores apresentam percepções restritas sobre o processo saúde-doença, em que o foco tem permanecido sobre a doença, com excessiva tecnificação das práticas de cuidado (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Refletindo sobre a produção da mudança no setor saúde, Campos (1997, p.30) apresenta importante contribuição na compreensão do que estamos falando ao afirmar que:

Aprendermos que a ocorrência de grandes transformações depende sempre de pelo menos dois elementos: do desejo, da vontade desesperada de alterar o *status quo*, de uma dimensão subjetiva portanto; e também do domínio de uma certa ciência, de um projeto conscientemente construído, uma vertente, inapelavelmente, vinculada ao exercício da razão.

No contexto da ESF, acreditamos que o “projeto conscientemente construído” citado pelo autor está relacionado aos atos normativos que sustentam o arcabouço teórico da ESF, ou seja, uma concepção macropolítica desta constituição. Enquanto que o desejo, percebido aqui como energia que mobiliza os indivíduos na produção de uma realidade, é compreendido como uma perspectiva micropolítica deste contexto.

Defendemos que a transformação do modelo assistencial está imbricada na mudança, no modo de atuação dos próprios trabalhadores que operam no sistema de saúde (MERHY, 2011). Portanto, advogamos que somente será possível superar o modelo de atenção à saúde vigente e dissipar práticas obsoletas e de baixo impacto na qualidade de vida dos usuários do serviço quando os trabalhadores das equipes de Saúde da Família - eSF engajarem-se em um movimento neste sentido.

Acreditamos na possibilidade de que parte do que pode ser transformado está sob a governabilidade dos trabalhadores das eSF durante a produção do cuidado, do “trabalho vivo em ato<sup>2</sup>” e partimos desse pressuposto para realizar este estudo. Assim, corroboramos com Merhy (2011) ao afirmar que apenas

---

<sup>2</sup> O “Trabalho Vivo em Ato” é uma expressão utilizada por Emerson Elias Merhy (2006) para defender a potência e a capacidade inventiva na produção do trabalho em saúde que se dá a partir da ação de sujeitos.

investimentos financeiros e procedimentais não serão suficientes para promover a superação do modelo assistencial. São necessárias transformações radicais no modo como o trabalho em saúde é produzido por cada agente, dando vida ao modelo assistencial que se afirma no cotidiano de cada serviço.

Assim, a negação da densa e rica produção que se opera no contexto da micropolítica dos processos de trabalho, ou seja, nos movimentos singulares realizados por cada trabalhador no seu agir cotidiano, despotencializa a discussão e a possibilidade de provocar as mudanças necessárias no modelo hegemônico de atenção à saúde.

A concepção de micropolítica é apresentada por Rolnik (2007) como relacionada à natureza subjetiva das questões. Também é inspirada nas ideias de Guattari e Rolnik (2010) que a consideram como os movimentos produzidos por todos os sujeitos que compõem a sociedade em seus diferentes espaços, na sua relação com o mundo em sua volta. No contexto do trabalho em saúde, Franco (2012b) expressa uma aplicação do conceito que a definiu como o agir de cada indivíduo no cotidiano da rede de serviços de saúde, o que significa que cada sujeito, de algum modo, exerce influência sobre os modos de ser de uma organização a partir dos seus modos de produção.

Nessa perspectiva, Cecílio (2009) aponta três dimensões inter-relacionadas e complementares da gestão do cuidado, ressaltando suas potencialidades: profissional, organizacional e sistêmica. Apesar de retomá-las adiante, gostaríamos de ressaltar aqui o destaque que o autor faz à dimensão profissional, acreditando na possibilidade de (re) inventar novas formas de cuidar a partir de encontros entre trabalhadores e usuários que favoreçam a autonomia, criatividade e singularidade dos sujeitos.

Ao refletir sobre os desafios do SUS, Merhy (2011) considera que as questões micropolíticas do processo de trabalho em saúde têm considerável implicação para efetivação de reformas para transformar o modo de produção do cuidado. Portanto, o desafio consiste na busca de outro modo de operar o trabalho em saúde e, para Merhy (2007), “impotência” é uma expressão que não cabe neste processo de mudança, uma vez que o trabalho em saúde se configura como trabalho produzido a partir da ação de sujeitos que operam com certa autonomia, no qual o trabalhador pode colocar-se em favor do usuário na produção do cuidado.

O município no qual desenvolvemos nossas atividades laborais abriga mais de 200 mil habitantes, está situado na região metropolitana de Fortaleza/CE, apresenta cobertura populacional de 94% pela ESF que se encontra implantada há 15 anos e acumula, em sua história, experiências exitosas reconhecidas pelo Ministério da Saúde e demais instituições públicas de saúde competentes. Atualmente, integra o grupo de municípios de grandes centros urbanos participantes do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), do Ministério da Saúde.

Discussão mais minuciosa acerca dos processos de trabalho na ESF desse município tem-se apresentado cada vez mais necessária em um contexto em que foram realizados investimentos na infraestrutura, ampliação e qualificação de trabalhadores de saúde e, sobretudo, no desenvolvimento de ações de orientação e normatização do trabalho na ESF, de modo a organizar os serviços da rede básica de saúde, ampliar o acesso, qualificar as ações de saúde e impactar na qualidade de vida dos usuários.

No entanto, na atuação como gestor da Atenção Básica no município em questão, no período de 2009 a 2012, percebíamos no cotidiano do nosso trabalho, que estas investidas por vezes se fragilizavam do ponto de vista operacional, como se esvaziassem de sentido para os trabalhadores das eSF que materializam, através do seu processo de trabalho, os projetos de construção da ESF. Temos de admitir que tal fato nos provocava sentimento de frustração ao interpretá-lo como baixo comprometimento com os princípios e as diretrizes da ESF, considerando que como gestor esta era a leitura que fazíamos naquele momento.

Ao mesmo tempo, acreditávamos que esta constatação não poderia ser generalizada nem tampouco nos levar a assumir uma postura de culpabilização dos trabalhadores neste processo, uma vez que também nos saltavam aos olhos experiências que evidenciavam o empenho em constituir serviços de saúde comprometidos com os usuários. Neste sentido, fomos percebendo que, em algumas situações, os atos normativos, na verdade, tomavam outros rumos no momento de sua implementação, sofrendo interferência direta dos próprios trabalhadores da ESF. Isto nos provocou inquietações, no sentido de identificar o que estaria subjacente a estas produções: que motivações levariam os trabalhadores a adotarem determinadas posturas, fazer determinadas escolhas,

trilhar determinados caminhos? Estas questões, nesta pesquisa, estão apresentadas e discutidas como resultados de nossa investida.

Vale destacar que durante nossa experiência na gestão da ESF no município, tivemos a oportunidade de vivenciar processos autoavaliativos junto às eSF – recomendados pelo Ministério da Saúde, como a Autoavaliação para Melhoria da Qualidade/AMQ e Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade/AMAQ – contando com considerável adesão das eSF que nos deram *feedback* positivo em relação à reflexão provocada.

Essa experiência, apesar de ter incitado às eSF a identificarem suas iniciativas que contribuíram para reorientação do modelo assistencial pautado nos princípios da ESF, especificamente a partir do seu processo de trabalho, esta metodologia não se mostrou suficiente para revelar as tramas que se estabelecem neste contexto, nem as motivações que mobilizam os trabalhadores os quais, embora convivendo sob uma mesma realidade, estão a produzir investidas a partir de diferentes natureza de comprometimento.

Diante desse contexto, algumas questões nos provocaram inquietações a partir das quais realizamos este estudo: os trabalhadores se reconhecem como agentes no processo de construção da Estratégia Saúde da Família? como o trabalhador se insere no projeto de mudança do modelo assistencial que representa a ESF? Quais movimentos, no cotidiano do trabalho, estes trabalhadores estão produzindo neste sentido? O que afeta os trabalhadores neste processo?

Desde 2003, quando concluímos o curso de graduação em Enfermagem, nossa experiência profissional tem se dado enquanto trabalhador do SUS, especialmente na Atenção Básica, tanto na assistência quanto na gestão, tendo participado do desafio de fortalecer a ESF enquanto proposta de inversão do modelo assistencial e de consolidação do SUS.

Reconhecemos ter sido esta uma tarefa complexa, sobretudo na experiência como gestor, quando pretendíamos promover a participação dos trabalhadores neste movimento. Por um lado, o desafio estava relacionado à superação de práticas conservadoras, nos modos de fazer gestão que estamos habituados – gestores, trabalhadores e usuários – cuja produção da autonomia dos sujeitos ainda se confundia com mera quimera. Entretanto, a impressão de que existiam fragilidades no engajamento dos trabalhadores com a proposta da ESF nos levou a pensar que esta missão era ainda mais desafiadora.

Portanto, ao ponderar nosso envolvimento enquanto gestor da Atenção Básica/ESF do município durante os últimos quatro anos, o tema em questão tornou-se instigante e despertou profundo interesse pessoal e profissional para debruçarmos e desvelar as questões aqui levantadas. Assim, acreditamos que as questões identificadas neste estudo contribuirá para o aprimoramento da produção do cuidado pelas eSF, a partir do desencadeamento de reflexões acerca do processo de trabalho, identificando limites e possibilidades de superação para a consolidação da ESF e fortalecimento do SUS.

Há que se registrar que durante este processo de investigação, também questionamo-nos a nós mesmos, enquanto gestor da Atenção Básica, acerca da nossa contribuição para essas construções e desconstruções, movimentos de fortalecimento e vulnerabilidade da ESF. Colocamo-nos no confronto com este dilema, bem como buscamos respostas sobre o modo pelo qual os trabalhadores estão a contribuir para o fortalecimento da ESF como projeto reorientador do modelo assistencial em saúde no SUS, sendo estes sujeitos agentes imprescindíveis nesta investida.

A epígrafe do presente estudo, além de trazer consigo um singelo agradecimento ao meu pequenino João por compreender minhas ausências ao longo desta jornada, a mesma tem estreita relação com as questões aqui abordadas, ao considerarmos “todos necessários” neste projeto “mudancionista”, no dizer de Campos (1997). Neste sentido, também lembramos de Freire (2010) em “À Sombra desta Mangueira”, quando aponta a “Esperança” nos processos de transformação da sociedade a partir do próprio agir do homem no mundo, residindo aí, portanto, potência para transformações nos modos de produção do cuidado em saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a micropolítica da produção do trabalho na Estratégia Saúde da Família e sua relação com os processos de mudança na produção do cuidado em saúde.

### **2.2 Específicos**

- Descrever como os trabalhadores das equipes de Saúde da Família em seu cotidiano se envolvem com a construção da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar os fatores que potencializam e despotencializam a produção do cuidado comprometido com o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família;
- Compreender os afetos produzidos nas relações que os trabalhadores das equipes de Saúde da Família estabelecem no cotidiano do trabalho.

### **3 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE**

Pretendemos introduzir a análise do estudo em questão a partir da compreensão do conceito de modelos de atenção à saúde e sobre os modos pelos quais são constituídos. Intenciono, ainda, resgatar, de forma sintética, importantes momentos da história das políticas públicas de saúde no Brasil com ênfase nos modelos de atenção à saúde que predominaram no país bem como fazer uma referência às bases epistemológicas que os fundamentam.

#### **3.1 Modelos assistenciais: o que são e como se constituem?**

No cotidiano, a palavra modelo apresenta polissemia no seu uso que pode estar relacionada no senso comum a um padrão a ser seguido bem como remeter a ideia de um conjunto de conceitos que se articulam entre si quando pensado numa perspectiva técnico-científica. Esta última concepção atende à sua aplicação no contexto da organização dos sistemas de saúde cujo uso agrega princípios ideológicos nos quais se ancoram e se coformam as práticas de saúde (PAIM, 2008).

Os modelos de atenção saúde são constituídos a partir do entendimento que se tem sobre o processo saúde-doença, dos recursos tecnológicos disponíveis em um determinado tempo histórico para intervir sobre a saúde e a doença bem como da eleição de princípios éticos e políticos que norteiam as decisões (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Estudiosos do assunto acreditam que não há um modelo único capaz de ser reproduzido em diferentes momentos históricos, políticos, sociais e econômicos e que corresponda a todas às necessidades dos indivíduos e coletividades. Também se chama atenção para a potência que a concepção médica exerce na organização e prestação de serviços de assistência à saúde, motivo pelo qual a análise constitutiva dos modelos de atenção à saúde serem por vezes, atravessados pelo olhar sobre a formação e a prática médica (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007; PAIM, 2008; SILVA JUNIOR, 1998).

É possível enumerar várias configurações de modelos de atenção à saúde propostos por estudiosos da temática visando organizar o modo de produção do cuidado em saúde em diferentes épocas, em diferentes sistemas de saúde, em

diferentes partes do mundo. Apresento breve síntese acerca da constituição destes modelos a partir da compreensão de que agregam saberes e tecnologias que se articulam entre si e sustentam-se como modo de atender às necessidades de saúde das coletividades.

Segundo Mendes (2011, p.49), os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde como “um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (...)”. Portanto, eles se constituem, segundo o autor, como respostas sociais que objetivam atender às necessidades de saúde da população num determinado tempo histórico sendo, sua configuração, influenciada pelas questões sociais, políticas, ideológicas, demográficas e epidemiológicas.

Neste sentido, Barros (2002) reafirma o conceito de modelos de atenção à saúde chamando atenção para as questões que estão subjacentes à proposição dos diferentes modelos em cada momento sócio-histórico e político da humanidade. O autor elucida, na sua reflexão, que a organização dos modelos de atenção à saúde – suas práticas de cuidado, os modos de organização dos dispositivos de atenção à saúde e a legitimidade dos mesmos - está sujeita à compreensão do processo saúde-doença.

Barros (2002) nos leva a uma reflexão acerca do processo saúde-doença estabelecendo conexões entre as distintas explicações sobre o processo de adoecimento nas diferentes contextos históricos da humanidade e os modos de produção do cuidado em cada uma delas. O autor faz um resgate desde a visão mágico-religiosa presente na antiguidade até o modelo biomédico de atenção à saúde que considera predominante na atualidade.

Nesta perspectiva, aponta quatro paradigmas que antecederam ao modelo biomédico a partir das concepções acerca do processo saúde-doença que influenciaram o modo de produção do cuidado em saúde em diferentes momentos da história da humanidade, desde à antiguidade aos dias atuais – “Medicina Mágico-Religiosa”, “Empírico-Racional”, “Galenismo” e “Paracelso” (BARROS, 2002).

A primeira abordagem, a “Mágico-Religiosa”, considerava a doença como resultado da transgressão individual ou coletiva sendo, necessário, rituais mágico-religiosos para redimir-se perante as divindades. Com o advento da medicina empírico-racional, cujos primórdios são no Egito antes de Cristo, a doença era

compreendida como um fenômeno dissociado da ação de forças divinas transferindo a atenção da doença para o indivíduo doente e suas ações (BARROS, 2002).

Barros (2002) resgatou as ideias do filósofo Alcmeon que contribuiu com a discussão sobre o processo saúde-doença com a introdução da noção de equilíbrio. Conforme o autor, o filósofo considerava que o equilíbrio consistia na “interação de duas ou mais forças ou fatores na etiologia das doenças” acreditando que uma vida saudável é resultado de “meditação, adequação da dieta e moderação em tudo” (BARROS, 2002, p.69).

O “Galenismo” aponta avanços significativos nas percepções do diagnóstico e da terapêutica, predominando como paradigma orientador das ações de atenção à saúde até o século XV. Para Galeno, anatomista e fisiologista que viveu no período 122-199 D.C., as doenças se expressam como resultado de causas internas (predisposição individual), externas (excessos alimentares, sexuais ou atividades físicas) ou conjuntas. Logo, o diagnóstico requeria minucioso exame do indivíduo, aspectos da sua vida quando sadio, condições psicológicas, modo de vida, dieta, aspectos ambientais e da época do ano (BARROS, 2002).

Na transição entre a Escola Galênica e o Modelo Biomédico, o paradigma da escola de Paracelso compreende o período de 1493 a 1541. Este se caracterizava por ser contrário à teoria dos humores e às considerações de Galeno e sua contribuição está na adoção de substâncias químicas na terapêutica adotada em algumas doenças como feridas crônicas e úlcera sifilítica, além da identificação de problemas de saúde que representariam ocupacionais como a silicose e tuberculose (BARROS, 2002).

O modelo biomédico, também chamado pelo autor de mecanicista, tem sua origem no Renascimento cujas ideias humanistas e racionalistas surgem neste movimento colocando o homem como foco das atenções e entendendo-o como capaz de elaborar questionamentos para explorar o mundo a sua volta. O racionalismo propõe um método de investigação criterioso que influencia o pensamento médico nos dias de hoje. A mecânica de Newton levou à ideia cartesiana do corpo entendendo-o como uma máquina a ser explorada (BARROS, 2002).

Numa análise sobre a constituição do modelo hegemônico de prestação de serviços de assistência à saúde na sociedade ocidental, Silva Junior (1998) assinala que os séculos XVIII e XIX foram cenários desta conformação. O autor

acredita que a medicina científica exerceu potente influência neste processo tomando como marco o Relatório Flexner.

Elaborado por Abraham Flexner em 1910, o Relatório Flexner resultou da avaliação das escolas médicas nos Estados Unidos da América – EUA e Canadá. O documento apontou problemas na formação e propôs recomendações pautadas no saber da microbiologia e ênfase na clínica. Sob esta influência, foram destinados recursos para o investimento em pesquisas focadas na descoberta etiológica das doenças e desenvolvimento de arsenal tecnológico como equipamentos para diagnóstico e medicamentos para terapia, sendo o hospital o centro destas intervenções (SILVA JUNIOR, 1998).

Neste sentido, Silva Junior (1998) assinala a partir da leitura de outros autores a existência de elementos que estruturam a medicina científica: o mecanicismo que concebe o funcionamento do corpo humano como uma máquina; o biologicismo que negligencia as condições sociais na produção da doença; o individualismo com enfoque apenas sobre o indivíduo desvinculando-o de sua historicidade e relações sociais; a exclusão das práticas alternativas negando outros saberes não médicos no cuidado à saúde; a tecnificação do ato médico com a incorporação de tecnologias duras<sup>3</sup>; a ênfase na medicina curativa e concentração de recursos para o cuidado em saúde nos hospitais e destes nos centros urbanos (SILVA JUNIOR, 1998).

Sob influência do Relatório Flexner, o modelo biomédico de atenção à saúde, também chamado de modelo flexneriano, experimentou um potente movimento de expansão capitalista com a medicalização da saúde e da doença evidenciada pelo intensivo uso de tecnologias de ponta (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007; PAIM, 2008).

Apesar de reconhecer e enumerar as contribuições do modelo biomédico para a sociedade da época e na atualidade - a descoberta da circulação sanguínea, a descoberta da primeira vacina, a descoberta do agente etiológico da tuberculose, a explicação do diabetes, etc. – Barros (2002) propõe uma análise sobre os “descaminhos” resultantes deste processo e os interesses dominantes a partir da

---

<sup>3</sup> O conceito de tecnologia ora empregado tem como base a compreensão de Merhy (2007) que classifica as tecnologias de cuidado à saúde em duras, leves e leve-duras. As primeiras são àquelas que se utilizam de equipamentos, as segundas são percebidas como os processos relacionais estabelecidos entre trabalhadores e usuários, as terceiras se constituem como os saberes estruturados.

revolução industrial que institui o capitalismo e a lógica da mercadoria e do consumo para produção de lucros. Destaca, ainda, que apesar da sofisticação da biomedicina, é insuficiente para responder aos problemas de ordem subjetiva inerentes a qualquer processo de adoecimento.

Sobre esta questão, Tesser e Barros (2008, p.914) tecem importantes considerações ao refletirem sobre as práticas de cuidado em saúde. Os autores fazem uma crítica à medicalização social ao afirmar que este movimento reduz a autonomia dos indivíduos no manejo de seus problemas de saúde e promove excessiva demanda nos serviços de saúde. Neste sentido, destacam que se faz necessário discutir acerca da “hegemonia político-epistemológica da Biociência” que perpetua ao longo da história a ideia de que os saberes e práticas em saúde devem ser estruturados em procedimentos a serem consumidos “reforçando a heteronomia e a medicalização”.

Numa breve análise sobre a instituição das políticas sociais e de saúde em sociedades capitalistas, Franco e Merhy (2007) consideram que este processo foi fortemente regulado pela conjuntura do poder político e econômico e suas crises. Neste sentido, os autores fazem referências a Donnangelo quem aponta que as práticas de saúde das sociedades capitalistas se prestam a responder aos interesses do capitalismo que requer corpos humanos saudáveis para a produção e consumo de mercadorias e serviços.

Afirma-se, ainda, que o Estado configura-se como o espaço institucional onde se dá o jogo de influências, disputas de concepções e interesses de diferentes grupos sociais que interferem na configuração das políticas públicas. Todavia, destacam os autores, existem grupos na sociedade que defendem interesses próprios ao afirmar que a saúde deve ser regulada pelas leis do mercado, outros, porém, defende-a como um direito de cidadania e, portanto, deve ser regulada pelo Estado (FRANCO; MERHY, 2007).

É neste jogo de interesses que as políticas públicas de saúde nascem podendo assumir formas distintas - neoliberal, pública, gratuita ou mista -, sendo a conformação do modelo assistencial definida pelos detentores do poder capazes de colocar em situação de domínio, questão esta que discutiremos mais adiante (FRANCO; MERHY, 2007).

A conformação dos modelos de atenção à saúde, portanto, pode ser observada a partir da implantação e desenvolvimento das políticas públicas de saúde, suas concepções e modos de enfrentamento de uma problemática.

### **3.2 As políticas públicas de saúde no Brasil e os modelos assistenciais: resgate histórico**

#### 3.2.1 A economia do café e o modelo sanitarista campanhista

No Brasil, apenas a partir da Primeira República ou República Velha (1889 a 1930) que as políticas públicas de saúde têm maior expressividade e se constituem como tal. O cenário sanitário brasileiro caracterizava-se pela existência de epidemias de doenças importadas pelos colonizadores europeus, bem como àquelas ocasionadas pelas precárias condições de vida nas cidades e de condições de trabalho no campo – doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, malária, varíola, desnutrição, acidentes por animais peçonhentos, dentre outras (AGUIAR, 2011; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Segundo Aguiar (2011), as ações de saúde coletiva consistiam em medidas que objetivavam minimizar o impacto das doenças na produção econômica e na repercussão internacional na imagem do Brasil: saneamento dos portos, urbanização e infraestrutura das cidades por onde circulavam as mercadorias e campanhas de enfrentamento às epidemias. A assistência médica era caracterizada pela medicina liberal que estava restrita aos detentores de posses, restando aos demais os recursos terapêuticos alternativos das práticas e saberes populares em saúde.

Durante este período, a economia do país era sustentada pela produção e exportação do café e da prática da pecuária ambas mantidas pelo trabalho assalariado. O contexto sanitário era semelhante ao período colonial (1500 a 1889) cujas epidemias e endemias se constituíam como séria ameaça à atividade econômica. Tal fato levou à adoção de políticas públicas de controle dos ambientes e dos corpos através do saneamento dos portos e medidas repressoras para contenção das doenças transmissíveis (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; AGUIAR, 2011; MERHY, MALTA; SANTOS, 2011).

No Brasil, este modo de intervenção coletiva no processo saúde-doença ficou conhecido como modelo Sanitarista Campanhista que se utilizava de

campanhas com abordagem militarista e centralizadoras, sendo a microbiologia e a bacteriologia as disciplinas que sustentaram tal prática contrapondo-se à teoria dos miasmas (AGUIAR, 2011; ESCOREL, TEIXEIRA, 2008; MERHY, MALTA; SANTOS, 2011).

Nesta época, o sanitarismo campanhista delineou-se como um modo de organização e implementação de políticas públicas que pretendiam responder às necessidades de uma conjuntura econômica agroexportadora que demandava ações de saneamento dos portos e ruas para circulação das mercadorias e corpos saudáveis para produção e consumo. Merhy, Malta e Santos (2011) enfatizam que, na atualidade, este modelo ainda convive com outros modelos de atenção à saúde, embora não seja de modo hegemônico, se presta a fundamentar ações de enfrentamento de epidemias além de ter sua marca de centralização e verticalização cravadas nas práticas de gestão em saúde.

No mesmo período histórico, o modelo assistencial liberal privatista ou médico-privatista, começou a configurar-se como tal a partir da assistência previdenciária inaugurada no Brasil com a implantação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs em 1923, através da Lei Eloy Chaves. As CAPs, instituídas por grandes empresas e mantidas pelos trabalhadores, patrões e governo, se constituíram como resposta às reivindicações dos trabalhadores de acesso à assistência à saúde e previdência social bem como atenderam à necessidade capitalista de manutenção de corpos saudáveis para a produção (AGUIAR, 2011; MERHY, MALTA; SANTOS, 2011).

### 3.2.2 O modelo sanitarista campanhista e o modelo médico-privatista

A Segunda República ou Era Vargas (1930 a 1945) foi marcada por uma profunda crise econômica no café e conseqüente disputa de interesses entre a elite cafeeira e os industriais que defendiam investimentos na infraestrutura para industrialização. O país assistia a um crescente movimento de urbanização resultado do deslocamento da economia do campo para as cidades e conseqüente êxodo rural. Instalava-se um caos urbano evidenciado pela precariedade da infraestrutura das cidades e crescimento das favelas (AGUIAR, 2011; ESCOREL; TEIXEIRA 2008).

Na política, destacou-se neste período, a intervenção do Estado como regulador das políticas públicas caracterizadas como “políticas populistas”.

Subjacentes a estas intervenções, identifica-se interesses de acúmulo de capital para financiamento da industrialização que “se dá à custa das condições precárias de trabalho, aumentando os riscos e problemas de saúde dos trabalhadores urbanos, piorando as condições de vida e saúde dessa população” (AGUIAR, 2011, p. 24).

Neste contexto, somam-se aos antigos problemas de saúde – endemias e epidemias – os novos problemas produzidos pelo processo desordenado de urbanização denunciado pelos ambientes habitacionais e trabalhistas insalubres. Logo, a intervenção estatal destinava-se a garantir mão de obra saudável investindo-se na prestação de assistência médica e previdenciária que, em substituição às CAPs, foram implantados os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs reforçando o modelo assistencial médico-privatista (AGUIAR, 2011; ESCOREL; TEIXEIRA 2008).

Escorel e Teixeira (2008) destacam que, com os IAPs, a assistência médica foi estritamente regulada sendo grande parte dos recursos destinados ao incremento da indústria. Também chamam atenção para a conjuntura social de uma “cidadania regulada” na qual os direitos não eram garantidos a todos de modo universal e igualitário, mas restrita a trabalhadores formais, assalariados e de determinadas categorias que interessavam à industrialização.

Na Era Vargas, o modelo sanitário campanhista viveu seu apogeu com a criação do Ministério de Educação e Saúde pelo governo brasileiro e do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP numa parceria entre Brasil e Estados Unidos da América - EUA, ambos destinados a implementar campanhas sanitárias presentes no período anterior. Este último, no entanto, inaugura a incorporação aos serviços preventivos ações curativas através da assistência domiciliar, assistência médica ambulatorial e hospitalar, porém, restritas a programas específicos sem articulação com outras instituições de saúde. O SESP destinava-se a prestar assistência médico-sanitária às populações residentes nas regiões da Amazônia e Goiás para garantir a mão de obra responsável pela produção da borracha e extração mineral que aqueciam a economia internacional brasileira (AGUIAR, 2011; FAUSTO; MATTA, 2007).

Assim, observa-se no curso da história do Brasil, a dicotomia nas políticas públicas de saúde com a convivência de dois modelos distintos: de um lado as ações preventivas de saúde destinadas à coletividade sob a gestão do Ministério da

Educação e Saúde numa perspectiva do modelo sanitarista campanhista e, do outro, as ações curativas restritas a determinados trabalhadores formais através dos IAPs, configurando o modelo médico-privatista.

### 3.2.3 Tensões sobre o modelo assistencial e a Reforma Sanitária brasileira.

Durante o Regime Militar, o país viveu momentos distintos: de institucionalização da ditadura (1964 a 1968), de expansão industrial (1968 a 1974) e, por fim, de crise econômica e do próprio regime militar (1974 a 1984). Na área da saúde, destaca-se a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social – INPS que unificou os IAPs e uniformizou os benefícios assistenciais e previdenciários aos segurados e familiares. Para tanto, o INPS passou a investir recursos públicos em empresas privadas além da contratação de seus serviços para a prestação de assistência à saúde contribuindo, consideravelmente, para uma lógica de mercantilização dos serviços de saúde (AGUIAR, 2011; PAIM, 2003).

Neste momento da história, ampliou-se a assistência médica e previdenciária aos trabalhadores rurais, às trabalhadoras domésticas e aos autônomos. Além disso, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e com ele o Plano de Pronta Ação - PPA que investiu recursos da previdência na construção de clínicas e hospitais privados para a garantia de acesso de qualquer indivíduo, segurado ou não, aos serviços de urgência (PAIM, 2003).

Esses eventos acarretaram impacto financeiro aos cofres públicos devido à própria configuração do modelo assistencial caracterizado pelo elevado custo da tecnologia empregada, bem como pelas ocorrências de fraude e corrupção instalando-se uma crise no sistema de saúde previdenciária (AGUIAR, 2011).

O contexto das políticas públicas de saúde e dos modelos assistenciais vigentes caracterizava-se pela “insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia” dos serviços de saúde agravando a crise no setor. Estas questões foram discutidas durante a V Conferência Nacional de Saúde em 1975 que resultou na proposição pelo governo da criação do Sistema Nacional de Saúde, uma tentativa frustrada por interesses opostos dos empresários da saúde (PAIM, 2003b, p. 591).

Esta conjuntura levou a reorganização administrativa do sistema de saúde culminou, em 1977, na criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SIMPAS, composto, dentre outros órgãos, pelo Instituto Nacional de

Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS a quem cabia a prestação de assistência médica de caráter curativo e individual a trabalhadores urbanos e rurais (AGUIAR, 2011). Numa análise crítica deste cenário, Merhy, Malta e Santos (2011) consideram que o modelo assistencial médico-privatista foi fortalecido pelo Estado que investiu, deliberadamente, recursos públicos na compra de serviços assistenciais às instituições privadas.

Apesar das políticas públicas de saúde implantadas ao longo da história do Brasil, o modelo de atenção à saúde permanecia praticamente inalterado. Observavam-se práticas curativas, abordagens individuais, o hospital se perpetuava como o centro das práticas de saúde que se tornavam cada vez mais especializadas e de alto custo, além de prevalecer a lógica mercantilista na prestação de serviços de saúde.

Silva Junior e Alves (2007) destacam que o processo de industrialização e urbanização denunciam os limites da biomedicina como saber de sustentação do modelo assistencial vigente. O aparecimento de doenças psicossomáticas, agravos à saúde como a violência e doenças crônico-degenerativas desafiaram a abordagem biologicista no manejo do processo saúde doença. Assim, as disciplinas que sustentavam as práticas de saúde neste contexto, sobretudo a microbiologia, além dos recursos tecnológicos materiais utilizados não deram conta por si de explicar e responder às necessidades de saúde da modernidade.

Contraopondo-se a ordem das políticas adotadas, registram-se em meados da década de 1970, discussões internacionais acerca dos modelos assistenciais e sobre sua capacidade para enfrentar os problemas de saúde da contemporaneidade. Este movimento levou à realização em 1978, na cidade de Alma Ata na cidade do Cazaquistão, da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Promovida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, a Conferência de Alma Ata, como ficou conhecida, constituiu-se como marco político na propagação da Atenção Primária à Saúde – APS como proposta alternativa para a garantia e ampliação do acesso aos serviços assistenciais de saúde com uso racional das tecnologias (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007; FAUSTO; MATTA, 2007).

Entretanto, Fausto e Matta (2007) destacam que a concepção de APS foi introduzida como modo de organização dos sistemas de saúde anteriormente a este evento por meio do Relatório Dawson que, em 1920, se contrapôs ao modelo de atenção à saúde conformado pelas ideias flexnerianas.

Segundo o relatório, o novo modelo de atenção à saúde orientado pela APS deveria ser composto por: serviços domiciliares; centros de saúde primária onde se combinariam práticas de medicina curativa e preventiva através de médicos generalistas, equipe de enfermagem e apoio de especialistas; serviços de atenção secundária à saúde ambulatoriais e hospitalar prestado por especialistas que se destinariam a atender os casos cuja capacidade resolutive dos centros de saúde não foram suficientes para manejar os problemas em questão. O Relatório Dawson subsidiou a conformação do modelo assistencial na Inglaterra como alternativa às elevadas despesas ocasionadas pela crescente tecnologia incorporada nos serviços de saúde e sua baixa resolutividade (FAUSTO; MATTA, 2007).

No Brasil, em 1976, destacam-se a implantação dos Programas de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS que seguia os princípios preconizados pela APS e a criação do Conselho Nacional Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP que reorientou a lógica de financiamento de serviços privados contratados pelo governo e implantou as Ações Integradas de Saúde – AIS. Estas últimas agregaram as diversas ações preventivas e curativas numa perspectiva de integralidade, além de ampliar o acesso aos serviços de saúde e previdenciários à população não segurada (AGUIAR, 2011; PAIM, 2003).

Este outro modo de organização das práticas de atenção à saúde teve como base epistemológica a epidemiologia e a vigilância à saúde que visava contrapor-se às ideias do modelo médico hegemônico, a seus elevados custos e a atender à necessidade de ampliação do acesso aos serviços médicos para as populações menos abastadas (FRANCO; MERHY, 2007).

No entanto, Merhy, Malta e Santos (2011) acreditam que a medicina comunitária não foi capaz de romper com a lógica de acumulação de capital na indústria da saúde, nem com os elevados custos dos serviços médicos assistenciais nem com o modelo de atenção vigente como se propunha. Segundo estes autores, isto se deve ao fato de que a medicina comunitária não se contrapôs à filosofia nem à lógica operacional adotada pelo modelo médico hegemônico, ancoradas na ideologia flexneriana.

Neste sentido, Paim (2003b, p. 592) contribui nesta reflexão ao ressaltar que:

Essas políticas racionalizadoras que atravessaram a saúde pública e a medicina previdenciária no período pós-74, ainda que parcialmente apoiadas por forças setoriais que se contrapunham ao autoritarismo [...] não foram suficientes para alterar significativamente as condições de saúde da população nem para reorientar o modelo médico-assistencial privatista que articulava interesses das empresas médicas, do Estado e de empresas multinacionais de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares.

O cenário político que inaugurava a Nova República em meados de 1980 foi marcado pelo engajamento da sociedade – sindicalistas, populares, estudantes, acadêmicos, trabalhadores de saúde, dentre outros - em movimentos pela democracia e reivindicatórios por melhores condições de vida e de uma reforma no setor saúde. Estas discussões vinham ocorrendo desde a década anterior como crítica ao modelo assistencial médico-privatista adotado no sistema de saúde brasileiro (PAIM, 2003).

Destacam-se, neste contexto de manifestações, o “Movimento de Saúde<sup>3</sup>” e a criação das entidades acadêmicas Centro Brasileiro de Estudos – CEBES<sup>4</sup> e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva<sup>5</sup> que exerceram importante papel político nas discussões e proposições para a realização da reforma sanitária brasileira (AGUIAR, 2011; PAIM, 2003).

O movimento pela reforma sanitária refutou o modelo assistencial predominante no país. Seu projeto compreendia a saúde como um direito social e defendia a garantia pelo Estado de melhores condições de vida à população, um sistema público de saúde universal, integral e de qualidade. Seus ideais foram inspirados no cenário da democratização do país após a ditadura militar e teve como ápice de discussão e negociação de suas propostas a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 inscrevendo-se na Constituição Federal de 1988 e resultando na criação do Sistema Único de Saúde – SUS (AGUIAR, 2011; ESCOREL, 2008; PAIM, 2003).

Fruto de ampla e intensa mobilização social pela garantia da saúde como um direito e dever do Estado, o SUS foi instituído na década de 1990 através da Lei

---

<sup>4</sup> O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES foi criado em 1976 no auge da luta pela democratização da saúde no Brasil. Agrega profissionais e estudantes interessados na discussão sobre as problemáticas de saúde do país e constitui-se atualmente como importante espaço de formulação teórica e produção do conhecimento visando a constituição de uma sociedade mais justa.

<sup>5</sup> A Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO foi criada em 1979 com o objetivo de congregar discentes, docentes e trabalhadores interessados na discussão sobre os rumos da Saúde Coletiva no país contribuindo até os dias de hoje no enfrentamento dos problemas de saúde do país a partir da aproximação e do diálogo entre as instituições de pós-graduação em saúde coletiva entre si e com os serviços de saúde.

Orgânica da Saúde - nº 8.080/90 - tendo sido complementada pela Lei nº 8.142/90 que garantiu a participação popular na gestão do SUS e transferências de recursos para descentralização dos serviços para os municípios (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Ineditamente, na história das políticas públicas de saúde do Brasil, o SUS é incluído na seguridade social da constituição federal que consiste na integração de ações públicas pelo Estado com vistas a garantir o direito à saúde, à previdência e à assistência social. Para tanto, foram estabelecidos princípios e diretrizes que orientam sua implementação, destacando-se: a universalidade, a igualdade, a integralidade, a participação comunitária e a descentralização política-administrativa (BRASIL, 1990a).

Entretanto, a instabilidade econômica que atravessava o país durante a década de 1990, repercutiu no processo de implantação do SUS através a efetivação de suas propostas. Somado a isto, frisa-se a existência de disputas internas que sustentam a hegemonia do modelo assistencial em vigência (AGUIAR, 2011; MERHY, MALTA e SANTOS, 2011).

Destaca-se que apenas vinte e um anos mais tarde a Lei Orgânica da Saúde foi regulamentada através do decreto presidencial de nº 7.508/2001. Este documento configurou-se como instrumento legal que esclarece quanto à estrutura organizacional do SUS, estabelece as competências das instâncias federativas na prestação de ações e serviços de saúde, bem como da configuração das redes de atenção à saúde com destaque à atenção básica como ordenadora do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

No entanto, neste íterim, diferentes propostas foram elaboradas e experimentadas em diversas regiões do Brasil na tentativa de reorientar o modelo de atenção à saúde predominante ao longo da história do país. Silva Júnior (1998) aponta que o movimento pela reforma sanitária brasileira migra de uma dimensão jurídica para o campo das práticas de saúde em busca da sua reformulação visando impactar sobre os problemas sanitários e legitimar novos modelos de atenção à saúde.

Ressalta-se, neste processo, ter sido consenso entre as estratégias de operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS: trabalho de base territorial geográfica e sócio-cultural; percepção do problema de saúde para além da doença incluindo elementos analíticos de planejamento e avaliação; alocação de recursos

orientados pela equidade; adoção de práticas de saúde numa abordagem interdisciplinar que articulam a “epidemiologia, as ciências sociais, a clínica, a educação em saúde e a política intersetorial” para a compreensão do processo saúde-doença; ampliação do espaço das ações de saúde – promoção, prevenção, cura e reabilitação – numa perspectiva da integralidade; releitura da concepção de hierarquização dos serviços de saúde compreendendo a complexidade das questões manejadas no âmbito da Atenção Básica; interlocução do setor saúde com as demais políticas públicas e o estabelecimento de relações democráticas na gestão e na atenção à saúde (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

### **3.3 Saúde da Família: uma proposta de reorientação do modelo assistencial no SUS**

Diante do desafio de universalizar os serviços de atenção à saúde, inserido em um sistema orientado pela integralidade e equidade, era imprescindível a criação de mecanismos que garantissem a efetivação das conquistas sociais do movimento da reforma sanitária brasileira. No entanto, a década de 90 apresentava um cenário econômico e político desfavorável à implantação do SUS marcado por um governo de práticas neoliberais de pouco investimento na saúde pública (BRASIL, 1997; AGUIAR, 2011).

Com o movimento de descentralização das ações de gestão e de atenção à saúde, esta responsabilidade foi transferida para os municípios ficando a cargo das secretarias municipais de saúde a árdua tarefa de garantir um subsistema de saúde de modo a atender integralmente às necessidades de saúde da população. Diante disso, demandava-se a definição de um modo de organização dos serviços de saúde capaz de ser reproduzido nacionalmente e responder aos principais problemas de saúde da população.

O termo “Atenção Básica em Saúde” é utilizado, no Brasil, como sinônimo de APS e tem sido adotada no país como política que orienta a operacionalidade dos princípios e diretrizes do SUS desde a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 – NOB 01/96 (BRASIL, 1996). Recentemente, foi reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica definida como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma

atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011, p.19)

Entretanto, vale destacar que desde a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, várias interpretações têm sido adotadas para compreender a APS o que revela um dissenso quanto ao seu conceito. De um lado, a compreensão é de que o termo “primária” traduz a ideia de “principal”, “essencial” e, do outro, uma crítica à sua conjuntura organizacional e de tecnologias de cuidado adotadas neste contexto definindo-a como atenção primitiva de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007; SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Apesar de passado vinte e um anos do ensaio teórico de Testa (1992) sobre a APS, é possível identificar quão atuais são as questões apontadas pelo autor que ao refletir sobre os cenários reais de implantação da APS os confronta com as bases ideológicas definidas pela Declaração de Alma. Neste sentido, questiona se a APS trata-se de uma atenção primária ou primitiva de saúde e afirma que

Em países que não conseguiram estabelecer um sistema com essas características, isto é, regionalizado e com um adequado sistema de referência, a atenção primária de saúde se transforma em atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria, para uma população idem (TESTA, 1992, p.162).

Na sua análise, faz uma crítica à inoperância dos fluxos e contra-fluxos com os serviços de retaguarda da APS que se configura, em algumas situações, como único recurso para responder a todas as necessidades e demandas do sistema de saúde resumindo-se nela própria o dito “sistema”. Além disso, denuncia a baixa qualificação dos trabalhadores para garantir o desempenho necessário na instância que tem a “maior responsabilidade no funcionamento do sistema” (TESTA, 1992, p.162).

Apesar de considerar avanços e retrocessos na implantação de propostas com o intento de implantar as reformas no setor saúde, o Ministério da Saúde ponderou que os resultados alcançados até então, por outras experiências, não foram suficientes para alterar a configuração do modelo assistencial (BRASIL, 1997). Assim, em 1994, o PSF foi apresentado como um “modelo de atenção à saúde” cujas ações eram realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde por equipe multidisciplinar a quem competia realizar ações na unidade de saúde e comunidade

com vistas à promoção de proteção da saúde dos indivíduos e coletividades (RODRIGUES, 2011, p119).

Muito embora tenha sido definida, inicialmente, como programa, a ESF buscou romper com a ideia de verticalização das ações presentes nos demais programas criados pelo Ministério da Saúde uma vez que não foi concebido como serviço paralelo com ações de saúde fragmentadas. Ao contrário, a ESF foi apontada como um método capaz de agregar e organizar ações e programas de saúde em um dado território sócio cultural objetivando contribuir para o enfrentamento dos problemas vivenciados (BRASIL, 1997; BRASIL, 2012).

Corroborando com esta ideia, Mendes (2012) interpreta a APS, operacionalizada no Brasil prioritariamente através da ESF, como uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde a partir da incorporação e ajustamento de todos os seus recursos para colocá-los em favor dos usuários visando atender suas demandas e necessidades.

Outra crítica rejeitada pelo Ministério da Saúde é de que a ESF não se trata de “um sistema pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia” e justifica que

[...] O Programa de ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos de conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudança de atitudes (BRASIL, 1997, p.08-09).

Neste sentido, destaca-se que só será possível garantir uma APS de qualidade e resolutiva mediante a operacionalização dos seus atributos – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (MENDES, 2012).

O primeiro contato implica na garantia do acesso e na efetiva utilização dos serviços de saúde em todas as situações em que o indivíduo necessitar de assistência. A longitudinalidade é caracterizada pela continuidade da prestação de cuidados em diferentes momentos do processo saúde-doença e ao longo dos diferentes ciclos de vida. A integralidade é compreendida, polissemicamente, como um conjunto de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de cuidados que visam à cura e ao bem-estar do indivíduo. Além disso, a

abordagem integral em saúde consiste no reconhecimento das múltiplas dimensões - biológica, psicológica e social - que compõem o indivíduo (STARFIELD, 2002).

Ao explicitar os princípios e diretrizes operacionais da ESF, o Ministério da Saúde assumiu a compreensão de que só é possível a superação do modelo assistencial predominante na história das políticas públicas de saúde no Brasil mediante a alteração do “objeto de atenção” do indivíduo para a família, da mudança nos processos de trabalho e na organização dos serviços. Apontava, ainda, que as práticas de cuidado deveriam ser reorientadas a partir de novas doutrinas (BRASIL, 1997).

Recentemente, os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica foram reafirmados pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Básica: atuar de forma planejada numa perspectiva intersetorial em território adstrito; acolher os usuários com vistas a possibilitar a universalidade do acesso e longitudinalidade do cuidado de qualidade e resolutivo; adscrever os usuários a fim de formar vínculos e corresponsabilização no cuidado; combinar os diversos sentidos da integralidade e estimular a participação dos usuários na perspectiva de contribuir para o exercício da sua autonomia (BRASIL, 2012).

Evidências científicas têm apontado para as contribuições da APS nos sistema de saúde em diversos países. Porém, verifica-se, que o processo de implantação, expansão e qualificação da ESF no Brasil como proposta de reorientação do modelo assistencial tem enfrentado desafios no âmbito da macro e micropolítica (MENDES, 2012; PAIM, J. *et. al*, 2011; SOUSA; HAMANN, 2009; MENDONÇA, 2009; TAKEDA, 2006; ROSA; LABATE, 2005; STARFIELD, 2002; ANDRADE; FRANCO, 2009; FERREIRA; ANDRADE; FRANCO, 2009).

Neste sentido, Conill (2008) ressalta que, apesar dos serviços da rede básica de saúde organizados sob a lógica da ESF terem apresentado discreta melhora na avaliação em relação ao modelo tradicional, perpetuam-se entraves para a garantia do acesso, deficiente estrutura física das unidades de saúde, qualificação profissional insuficiente, além de problemas na gestão e organização da rede de serviços.

Pesquisas revelam a persistência da dificuldade ao acesso aos serviços de saúde e subutilização dos saberes e práticas dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008; SOUZA *et. al*, 2008). Vale destacar, porém, que a dificuldade no acesso não se dá apenas numa perspectiva

geográfica ou no quantitativo das equipes de saúde, mas na conformação da organização do processo de trabalho das equipes que é marcado, em alguns contextos, por práticas não acolhedoras e vínculos fragilizados (FRANCO, PANIZZI e FOSCHIERA, 2012; ASSIS *et. al*, 2010).

Outro aspecto é apontado por estudo realizado com usuários da ESF o qual revela que a busca por serviços de saúde tem como foco central a doença e a consulta médica revelando, portanto, o desafio desta nova conjuntura assistencial para superar a concepção arraigada na memória coletiva sobre os modos de produção do cuidado (OGATA, MACHADO e CATOIA, 2009).

Numa análise a partir da produção científica publicada ao longo de quatorze anos da implantação da ESF no Brasil, Costa *et. al* (2009) identificou que as práticas de cuidado produzidas neste âmbito precisam ser reconstruídas para o cumprimento da missão da ESF de reorientar o modelo assistencial que permanece atravessado pelo modelo biomédico.

Andrade e Franco (2009, p.77), analisando o trabalho na ESF de um município da Bahia, identificaram mudanças nos processos de trabalho em unidades básicas de saúde a partir da implantação da ESF, porém, avaliam que estas alterações são pouco significativas e justificam:

[...] as tecnologias de trabalho continuam operando por uma lógica instrumental, verificada ao excessivo apego às normas, à agenda estruturada, ao cronograma rígido, à hierarquização da divisão do trabalho na equipe, falta de espaços de escuta e fala entre os profissionais.

Numa crítica à medicina comunitária, também chamada de cuidados primários em saúde, Franco e Merhy (2007) chamam atenção para a frustração de seu intento em causar rupturas no modelo biomédico vigente ao afirmar que as diretrizes de territorialização e vinculação, além das práticas fundamentadas exclusivamente na epidemiologia e vigilância em saúde, não foram suficientes em si mesmas para provocar a mudança necessária nos modos de produção do cuidado centrado no médico e na doença.

Assim, a gestão do cuidado na ESF tem sido objeto de estudos que buscam apreender e discutir os mecanismos utilizados pelos serviços de saúde para atender as necessidades de saúde da população no cotidiano da ESF (CECÍLIO, 2011; KRUG *et. al*, 2010; PIRES; GÖTTEMS, 2009; ANDRADE; FRANCO, 2009; ASSIS, *et. al*, 2010; FERREIRA, ANDRADE; FRANCO, 2009). Nestas abordagens, o

olhar é lançado para “dentro” dos processos de trabalho que se dá nas relações entre os sujeitos, numa perspectiva micropolítica.

O esforço realizado até o momento para contextualizar os modelos de atenção a saúde numa concepção macropolítica faz-se necessário para a compreensão sobre o processo de constituição desses modelos, a que eles se prestam, como as concepções sobre o processo saúde-doença influenciam a produção do cuidado em saúde e assumem um caráter hegemônico.

Para Paim (2008), a hegemonia dos modelos de atenção à saúde está na capacidade que seus fundamentos têm de influenciar e obter adesão política e cultural junto aos diversos segmentos da sociedade, inclusive dos próprios profissionais de saúde.

Assim, quando pensamos o trabalho em saúde, especialmente sobre a produção do cuidado em saúde que se dá nos meandros destes modelos, nos deparamos com o fato de que esse processo acontecer por meio do trabalho vivo em ato, ou seja, é atravessado pelos trabalhadores de saúde com capacidade de exercer certa influência nesta produção.

Sobre esta questão, Franco e Merhy (2007, p.70) afirmam que:

Se de um lado, os fatores sociais, econômicos e políticos, definem em grande medida a estrutura e organização dos serviços, a partir de um lugar próprio referente aos aspectos da macropolítica, por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial é dado pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, mediante os quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde.

Nesta perspectiva, Merhy (2007) defende que a superação de processos produtivos hegemônicos na saúde está imbricada na reestruturação produtiva do setor. Assim, para compreendermos os movimentos de fragilização do modelo assistencial a que se propões a ESF, acreditamos ser necessária uma abordagem analítica e compreensiva acerca do engajamento dos trabalhadores neste projeto com especial atenção para as disputas de diferentes forças – expressas nas ideias, atitudes e ações - que emanam neste campo.

Corroboramos com a ideia de Merhy (2007) quem defende que o modo de organização e produção de um modelo assistencial é fortemente influenciado pelo próprio trabalhador que opera neste contexto. Para Franco e Merhy (2007), o

“autogoverno do trabalhador de saúde”, expressão utilizada para definir a autonomia do trabalhador no seu trabalho, se configura como força instituinte na consolidação ou fragilização dos modelos assistenciais.

Portanto, apoiado nas ideias dos autores trazidos para esta reflexão, acreditamos que causar rupturas em dogmas e superar práticas de saúde demanda o reconhecimento por parte do trabalhador acerca do poder que exercem neste movimento além da adesão dos mesmos ao projeto em questão. A análise empreendida neste estudo concentrou-se neste aspecto, ou seja, da produção do trabalho na ESF que estão a tecer modelos de atenção à saúde a partir do modo que operam no cotidiano dos serviços de saúde.

#### 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE

O intento deste capítulo é ancorar as reflexões e análises acerca da micropolítica do trabalho em saúde a partir dos conceitos que permeiam esta temática. Para fundamentar nossa discussão, temos nos apropriado e buscado contribuir com as ideias de diferentes autores – Franco, Mehry, Cecílio, Guattari e Rolnik - que se debruçaram no estudo sobre a produção do trabalho em saúde, revelando potências, fragilidades, afecções, saberes, poderes e práticas neste processo.

Antes de adentrar no núcleo da ideia central deste subcapítulo, consideramos importante tomar emprestada a reflexão de Cecílio (2009) sobre as dimensões da gestão do cuidado. A compreensão de gestão ora abordada está para além de uma incumbência de um sujeito designado pelas organizações de saúde para coordenar processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações que se dão neste âmbito. A gestão é compreendida como a capacidade de todo e qualquer trabalhador de saúde governar, interferir, conduzir seus processos de trabalho na condição de sujeito. O autor trata o tema com muita sensibilidade e capacidade de articular as ideias que emergem neste contexto com a problemática da desumanização e ineficiência nos sistemas de saúde.

Cecílio (2009) aponta três dimensões da gestão do cuidado que, em uma representação gráfica (Figura 1), delineiam-se a partir de três círculos concêntricos para expressar a ideia de imanência entre elas: “dimensão profissional”, “dimensão organizacional” e “dimensão sistêmica”.

**Figura 1** - Representação gráfica das dimensões da gestão do cuidado proposta por Cecílio (2009).



A primeira dimensão, o círculo mais interno da representação, em que ocorre o singular encontro trabalhador-usuário, é marcada pelo autogoverno do trabalhador sobre sua produção a partir de três elementos: postura ética do trabalhador, no modo de conceber o usuário; competência para operar seus saberes, no provimento de melhores repostas para os problemas apresentados pelo usuário; capacidade de estabelecer vínculo com o usuário (CECÍLIO, 2009).

A segunda dimensão, a organizacional, consiste na gestão das múltiplas práticas profissionais que coabitam os serviços de saúde e das tensões imanentes desta convivência marcada pelas disputas de poder, autonomia e valorização, embora se apregoe a imprescindibilidade de todas elas para produção do cuidado. A fragmentação das práticas de cuidado entre diferentes trabalhadores demandam, portanto, esforços para promover o bom relacionamento na equipe através da comunicação e corresponsabilização (CECÍLIO, 2009).

A terceira dimensão, o ciclo mais externo desta representação gráfica, é definida como a “dimensão sistêmica” da gestão do cuidado que abrange a extensa e complexa rede de serviços de saúde que se diferenciam e se complementam entre si pelas distintas características, se comunicam por fluxos estabelecidos e regulados por protocolos, objetivando garantir o acesso dos usuários aos recursos tecnológicos dos quais necessitam (CECÍLIO, 2009).

Nesse contexto, o autor afirma que apesar da relevância da dimensão sistêmica da gestão do cuidado para consolidação do SUS, merece atenção a ideia de que esta dimensão isolada não será capaz de produzir tal feito se não for enriquecida com as demais perspectivas ou considerada a imanência existente entre elas.

Sem negar os aspectos da macropolítica no contexto das práticas de gestão e de atenção à saúde, Cecílio (2007, 2009, 2011) inclina-se sobre a análise da micropolítica dos processos produtivos do cuidado em saúde, por considerá-la um território – não como um espaço físico delimitado, mas uma dimensão - composta por vetores, permeada de sentidos e questões que mobilizam os indivíduos nos processos produtivos. Nesta perspectiva, Franco (2012b, p.1) afirma que a micropolítica dos processos de trabalho em saúde revela-se como “um mundo

extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva”.

Portanto, a compreensão adotada nesta pesquisa sobre a micropolítica dos processos de trabalho em saúde é de que se constitua como o conjunto de relações estabelecidas entre si por diferentes sujeitos que atuam nas organizações, formando uma complexa e dinâmica rede composta “[...] por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos. Um campo atravessado e constituído por relações de poder” (CECÍLIO, 2009, p.547).

Entretanto, cabe destacar que o olhar sobre a produção da realidade social em uma perspectiva da micropolítica é apresentada por Guattari e Rolnik (2010, p.09), sendo, posteriormente, aplicada no contexto dos processos de trabalho em saúde. Estes autores, na década de 1980, registraram – e também fomentaram - o processo de engajamento da sociedade civil brasileira, na luta pela democracia após anos de ditadura militar no país. Com sensibilidade, revelam, em diferentes recantos do Brasil, a existência de movimentos em uma dimensão que nomeou de “molecular” que se alimentam de afetos e desejos dotados de capacidade em si mesmo de produzir mudanças nos modos de organizar a vida, em um exercício de poder, micropoderes, movimentos revolucionários, “revoluções moleculares”:

Sim, eu acredito que exista um povo múltiplo, um povo de mutantes, um povo de potencialidades que aparece e desaparece, encarna-se em fatos sociais, em fatos literários, em fatos musicais. É comum me acusarem de ser exageradamente, bestamente, estupidamente otimista, de não ver a miséria dos povos. Posso vê-la, mas... não sei, talvez eu seja delirante, mas penso que estamos num período de produtividade, de proliferação, de criação, de revoluções absolutamente fabulosas do posto de vista dessa emergência de um povo. É isto a revolução molecular: não é uma palavra de ordem, um programa, é algo que eu sinto, que eu vivo, em encontros, em instituições, nos afetos, e também através de algumas reflexões.

Nesse sentido, demarca-se a natureza das questões subjacentes à micropolítica. Conforme destacado por Rolnik (2007), micro e macro não se referem ao tamanho – grande ou pequeno – mas configura-se como uma lógica diferente de perceber o mundo que se diferencia por considerar relevante nos movimentos que fazemos na vida, inclusive de produção do cuidado em saúde, elementos que habitam o interior dos sujeitos implicados neste processo, conectando-os como vetores – afetos, desejos, saberes e poderes.

Assim, preliminarmente, consideramos duas perspectivas sobre a micropolítica do trabalho em saúde, a partir das quais fazemos algumas reflexões neste capítulo: “o espaço intercessor como território relacional de produção” e “a produção subjetiva do cuidado”. Estas abordagens foram assim organizadas como uma estratégia didática para compreensão das questões que pretendemos desvelar neste estudo.

Faz-se necessário, ainda, esclarecer que as expressões “produção do trabalho em saúde” e “produção do cuidado em saúde” são utilizadas neste texto como sinônimo, uma vez que, segundo Merhy (2012), os serviços de saúde têm como incumbência maior o cuidar das pessoas, considerando-o como “a alma dos serviços de saúde”.

#### **4.1 O espaço intercessor como território relacional e produtivo**

Os processos produtivos de cuidado em saúde são compreendidos como processos que se operam a partir de conexões estabelecidas no cotidiano do trabalho entre os diversos atores que convivem e se relacionam nesta produção – trabalhadores, gestores e usuários - intercambiando afetos, saberes, práticas, exercendo poderes, fenômeno este que Franco (2012b, p.1) denominou de “redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde”.

Logo, refletindo sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde, Cecílio (2009) destaca o fato de que o encontro trabalhador-usuário é atravessado por práticas que configuram um modo de atenção à saúde. A partir dessa ideia, convida a um olhar sobre a micropolítica dos processos de trabalho, reconhecendo-a como espaço de possibilidades de reinvenção dos modos de produção capazes de romper com paradigmas instituídos afirmando:

O que quero destacar é que há uma dimensão da gestão do cuidado que se realiza no “espaço privado” do encontro trabalhador-usuário. Um espaço de grande potência. [...] Espaço de irreduzível responsabilidade e liberdade da ação do trabalhador (CECÍLIO, 2009, p.549).

A relação trabalhador-usuário de produção do cuidado ocupa lugar central na micropolítica do processo de trabalho em saúde, por apresentar-se como espaço potente de (re)criação dos modos de operar o trabalho na saúde – o espaço intercessor. Neste sentido, acreditamos que a transformação dos modelos de

atenção à saúde está sujeita à ação dos trabalhadores na produção do cuidado nos espaços de intersecção, nos quais ocorre a relação trabalhador-usuário (MERHY, 2011).

O espaço intercessor é, portanto, habitado por distintas forças que emanam dos usuários - que buscam no serviço de saúde respostas para suas necessidades ou demandas socialmente produzidas – e dos trabalhadores a partir das suas convicções e ideologias (FRANCO; MERHY, 2012; MERHY, 2011). Portanto, a reflexão acerca dos modelos de atenção à saúde que influenciam e são influenciados pela produção dos atos de saúde deve ser entendida a partir da conformação desse espaço, nos interessando neste estudo, particularmente, dialogar a partir das ideias, dos sentidos e dos movimentos dos trabalhadores neste cenário.

Sobre essa questão, Merhy (2007) afirma que o processo de trabalho em saúde combina trabalho vivo - pautado na capacidade inventiva e relacional do trabalhador, produtora de subjetivações no encontro com o usuário - e trabalho morto - àquele que opera através do uso dos equipamentos e dos saberes tecnológicos estruturados. O autor destaca que no momento do trabalho vivo, o trabalhador tem a possibilidade de agir com grau de liberdade máxima.

Do mesmo modo, Franco (2012b) sinaliza o fato de que a possibilidade de aprisionamento do trabalhador dependerá do modo como o mesmo se impõe neste processo, logo corrobora a ideia de Merhy (2002), ao afirmar que quando o processo de trabalho em saúde se opera predominantemente em uma perspectiva do trabalho vivo, apresenta grande possibilidade de produção criativa, de governo do próprio trabalhador.

Advogamos, portanto, que a micropolítica dos encontros se configura como potência para a produção de um modo próprio de cuidar ou “de não cuidado” (FRANCO, 2009, p.71). Justifica-se que este espaço abriga, ao mesmo tempo em que produz energia criativa capaz de resultar em Linhas de Fuga, ou seja, outros itinerários que escapam da captura normativa, novos modos de produção de uma realidade fortemente instituída (CECÍLO, 2009; MERHY, 2006; MERHY, 2007; MERHY, 2011a; MERHY, 2011b). No caso de “não cuidado”, são produzidas Linhas de Cristalização, o que Silva (2012) definiu como movimentos que motivam uma estagnação da realidade instaurada.

A este movimento produzido para implantação ou transformação de um modo de ser das instituições, Baremlitt (2002) denominou de “forças instituintes”, que se caracterizam como movimentos revolucionários, transformadores de uma realidade, operando em processo, sempre dinâmico que resulta no instituído – a própria instituição - e, logo em seguida, já está aberta a uma nova possibilidade, refaz-se, recria-se. O autor acrescenta:

Então, é importante saber que a vida social – entendida como o processo em permanente transformação que deve tender ao aperfeiçoamento e visar a maior felicidade, maior realização, maior saúde e maior criatividade de todos os membros – só é possível quando ela é regulada por instituições e organizações e quando nessas instituições e organizações a relação e a dialética existentes entre o instituinte e o instituído, entre o organizante e o organizado (processo de institucionalização-organização) se mantêm permanentemente permeáveis, fluídas, elásticas (BAREMLITT, 2002, p. 30).

Estas considerações foram relevantes para análise empreendida neste estudo, uma vez que, apesar da existência de atos normativos como portarias do Ministério da Saúde que definem os pressupostos da ESF e indicarem princípios e diretrizes para efetiva implantação, sabemos que tal empreitada está sempre em processo de (des)construção, sendo atravessada pela ação de diferentes atores que se conectam na produção desta realidade. Tal concepção é defendida por Silva (2012), a qual acredita que a ESF constitui-se como um “devir”, algo que está em permanente construção e sob influência do agir de cada trabalhador que atua neste contexto.

Além da perspectiva do encontro trabalhador-usuário, é necessário considerar outros encontros existentes no contexto da ESF, como aqueles vividos entre os próprios trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-gestores. Partindo da ideia de que a realização de projetos intervencionistas depende do envolvimento dos diferentes atores organizacionais, Franco (2012b, p.5) advoga que o processo de trabalho é sempre relacional, ou seja, no interior das organizações, os processos produtivos se efetivam através das conexões que os sujeitos estabelecem entre si, e acrescenta:

[...] Os trabalhadores da saúde em atividade, através do trabalho vivo em ato, fazem rizoma, operando com base em fortes conexões entre si, onde a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa. Há um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades, e é a partir desta configuração do

trabalho, como uma amálgama, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado.

Entretanto, considera-se ser relevante observar as características que estas redes conectivas assumem, podendo se configurar como reprodutoras de modos de produção do cuidado, pautados em atos normativos que desconsideram as singularidades dos usuários e dos próprios trabalhadores. Outras, porém, se acomodam, de modo que os sujeitos assumem o protagonismo dos processos produtivos que “são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos” (FRANCO, 2012b, p. 5).

O autor destaca o fato de que tais conexões são estabelecidas pelos próprios trabalhadores, independentemente de acordos verbais ou normativos, no momento produtivo, evidenciando o caráter interdependente no trabalho em saúde. Adiante, retomaremos as questões que estão subjacentes ao movimento de produção do cuidado pelo trabalhador de saúde, mas pontuamos aqui as seguintes questões: quais relações se estabelecem no cotidiano do trabalho na ESF? Quais características elas apresentam? O que produzem?

As considerações tecidas neste preâmbulo acerca do espaço intercessor se fazem necessárias para compreensão deste território marcado, por imanências de forças. Sua abordagem neste texto se deve, portanto, ao entendimento de que é neste cenário que os atos de saúde são produzidos e se concretizam.

#### **4.2 A produção subjetiva do cuidado**

Outro aspecto de grande relevância considerado nesta análise consiste na existência de uma lógica de produção subjetiva do cuidado, ou seja, da existência de mecanismos – não no sentido de mecânico, de máquina, mas de movimento, de processo - através dos quais os trabalhadores são mobilizados a adotarem determinadas posturas na produção do cuidado, a assumirem modos singulares de cuidado, mesmo que submetidos a uma mesma instrução normativa (FRANCO; MERHY, 2013). Os autores consideram que tal diversidade está relacionada ao fato de que diferentes projetos, desejos, sentidos, ideias habitam os trabalhadores, conformando seus “territórios existenciais<sup>6</sup>” e agenciam seus agires cotidianos como fatores de afetivação.

---

<sup>6</sup> A expressão “território existencial” é tomada de Félix Guattari por Rolnik (2007) para definir uma composição subjetiva do indivíduo, aquilo que lhe constitui, que' lhe habita e que orienta seu modo de andar no mundo.

E é isto que vai definir se o cuidado que se produz é de um jeito ou de outro, conforme afirma Franco *et al.* (2009, p.27).

O fato de o território existencial habitar o sujeito, significa que o mesmo onde estiver, seja na atenção básica, no hospital, atenção especializada, domicílio, etc... vai operar aquele cuidado que se inscreve no seu universo como uma ética a ser construída. Portanto, o que define o perfil do cuidado não é o lugar onde se realiza o cuidado, mas o território no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político e que anda com ele onde ele estiver operando seu processo de trabalho.

Desse modo, Franco *et al.* (2009) concebem na micropolítica dos processos de trabalho em saúde uma dimensão para produção de práticas de cuidado capazes de subverter padrões e normas instituídas nas organizações, e afirmam que, neste processo, os gestores têm limitada sua capacidade de exercer influência sobre as ações de saúde produzidas em ato pelo trabalhador. Merhy (2006) salienta a potência das “forças instituintes”<sup>7</sup> que estão presentes no processo de trabalho em saúde por considerar que este ocorre em ato, a partir da ação dos sujeitos sob influencia da sua criticidade e criatividade.

Cecílio e Mendes (2004), em estudo sobre a implementação de políticas institucionais para organização do processo de trabalho no contexto micropolítico de uma organização de saúde, afirmam que as diretrizes sofrem alterações na sua implementação, quando são atravessadas pelo fazer dos trabalhadores que atuam no cotidiano da instituição, reelaborando-as e imprimindo nelas seus interesses e a garantia de “autogoverno” dos seus atos.

Assim, Franco e Merhy (2007) acreditam que as características do modelo de atenção à saúde são definidas por aqueles que detêm o poder para hegemonizá-lo. Neste sentido, ressaltam a influência exercida pelos trabalhadores que produzem os serviços no cotidiano do trabalho, contribuindo, assim, para formatação deste modelo assistencial a partir do modo que produzem o cuidado. Portanto, o que legitima um projeto de mudança, neste caso, de um novo modo de organizar a rede de atenção à saúde a partir da ESF, é o agir cotidiano dos trabalhadores que aí operam.

---

<sup>7</sup> Denominação dada por Baramblitt (2002, p.30) a uma vertente do Movimento Institucionalista, caracterizada pela dinâmica de atitudes capazes de transformar ou fundar uma instituição, ou seja, normas, leis ou até comportamentos. “[...] o instituinte aparece como atividade revolucionária, criativa, transformadora por excelência”. O instituinte se apresenta como aquilo que é produzido pela ação criativa dos sujeitos sem necessária determinação prévia, contrapõe-se à normatização, ou seja, ao que está instituído.

Andrade e Franco (2009, p. 69), analisando a produção do cuidado na ESF no interior da Bahia, corroboram esta ideia a partir dos seus achados, os quais identificaram que “há na equipe vários modelos assistenciais em funcionamento, dependendo sempre da atitude que o trabalhador assume e o modo como opera seu próprio trabalho”.

Cecílio (2007, p.346), produzindo o conceito de “trabalhador moral”, acredita que os trabalhadores “tomam muito mais suas corporações como referência para suas práticas do que aquilo que a organização ou um determinado projeto de governo define como suas diretrizes”.

Dessa forma, há que se trazer para esta reflexão a questão do “desejo” como aquilo que move o indivíduo nos seus processos de vida. Fundamentados pelas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari, Franco *et al.* (2009) descrevem o desejo como uma energia que se forma no inconsciente por processos subjetivos e mobiliza o indivíduo no campo real à produção da sociedade, tornando os sujeitos em protagonistas por excelência nos processos de mudança. Este movimento ocorre através de processos dinâmicos de resignificações da vida, dos modos de produção do cuidado, do próprio engajamento no trabalho, desconstruções e construção de novos mundos que habitam o interior de cada trabalhador, modos de interação com estes, movimentos chamados de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, impulsionados pela força motriz do desejo.

Assim, faz-se necessário o olhar sobre esta produção, ou seja, sobre os processos que estão subjacentes ao modo de agir dos agentes produtores da realidade social, naquele espaço em que o trabalhador se faz sujeito dotado de certa autonomia para tomar decisões e exercer o seu fazer. Cecílio (2011), refletindo sobre processos de avaliação das dimensões da gestão do cuidado em saúde, ressalta o fato de que os atores organizacionais são portadores de valores, projetos e intenções e os colocam em disputa no campo do trabalho, conformando, assim, uma “realidade organizacional” que pode ser objeto de estudo e intervenção.

[...] Se a vida se produz de forma tão dinâmica no interior das unidades de saúde, como se estas fossem habitadas por uma autopoiese própria dos organismos vivos, é necessário compreender a importância, no caso da produção da saúde, o significado revelador daquela dinâmica, dos processos de trabalho sob o olhar das tecnologias de trabalho na ação micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, agregados dos processos de formação de subjetividades, dos

afetos mútuos e dos fluxos de intensidades que operam na formação da realidade (FRANCO; MERHY, 2009, p.6).

Percebemos, nesta reflexão, que a capacidade de construir, bem como de desconstruir projetos de mudança em uma organização passa pela ação de diferentes sujeitos que a compõem. Foucault (2012a; 2012b) tem importante contribuição nesta discussão, a partir das questões levantadas sobre as relações de poder estabelecidas no âmbito das instituições, tendo como objeto a microfísica da sua ação nos níveis mais capilares em que se exerce e causa efeitos.

Para Ferreirinha e Raitz (2010), Michel Foucault não pretendeu elaborar uma teoria sobre poder, mas dedicou-se a estudar o poder exercido nas relações entre sujeitos. Neste sentido, Foucault (2012) desmonta a ideia de que o poder é algo que não existe isoladamente em si mesmo ou que emana de um lugar específico e único ou que pertence a alguém. Todavia, é constituído na relação entre sujeitos em uma teia social.

[...] Existe atualmente um grande desconhecido: quem exerce o poder? Onde o exerce? Atualmente se sabe, mais ou menos, quem explora, para onde vai o lucro, por que mãos ele passa e onde ele se reinveste, mas o poder... sabe-se muito bem que não são os governantes que o detêm [...] onde há poder, ele se exerce. Ninguém é, propriamente falando, seu titular; e, no entanto, ele sempre se exerce em determinada direção, com uns de um lado e outros do outro; não se sabe ao certo quem o detém; mas se sabe quem não o possui (FOUCAULT, 2012a, p. 138).

O poder, portanto, consiste em um conjunto de relações de forças que não pertence a alguém nem está centralizado em determinado grupo. Porém, acreditamos que o poder foi capturado na história da sociedade, tendo sido elaboradas percepções distorcidas e reducionistas, ocultando, assim, a verdade sobre o mesmo. Isto se sucedeu como estratégia de dominação dos povos por uma classe que se insinuava como detentora do poder, para que os demais se assujeitassem a ela (FOUCAULT, 2012b; MARINHO, 2008).

No contexto organizacional, tal interpretação seria de que o poder é atribuído aos dirigentes e quanto mais distante do topo do organograma estiver localizado o trabalhador, menos poder ele exerce neste contexto. A analítica de Michel Foucault sobre o exercício do poder é de que este ocorre a partir da ação de uns sobre os outros, ou seja, trata-se de uma ação sobre outra ação que tem

característica instável, uma vez que aqueles que estão em situação de dominação somente é possível pela posição dos dominados (SILVEIRA, 2008).

Ferreirinha e Raitz (2010) refletem sobre as relações de poder na perspectiva de Michel Foucault, recorrem à etimologia da palavra “poder” e revelam que sua proveniência é do latim - “ser capaz”, “autoridade”. Os autores destacam que a palavra assume significado que é traduzido pela capacidade de provocar forças para alcançar resultados, podendo ser exercida conscientemente ou não.

No contexto da ESF, reconhecemos a existência de micropoderes empreendidos pelos próprios trabalhadores de saúde na produção do modelo assistencial. Isto ocorre no exercício do autogoverno, em que estes trabalhadores, através do trabalho vivo em ato, produzem o cuidado do modo que lhe convém, “seja para um “cuidado-cuidador” ou não” (ANDRADE; FRANCO, 2009, p.72).

Assim, observamos em Michel Foucault a ideia de poder para além do controle e disciplina, alcançando uma perspectiva de força transformadora, com capacidade de construir e não apenas entendido como fonte de dominação. As relações interpessoais foram estabelecidas ao longo da história em uma perspectiva piramidal, em que uns exercem poder/influência sobre os outros, deixando-os impossibilitados de tomar decisões. Deste modo, observando a analítica das relações de poder, Michel Foucault afirma que as relações de poder devem acontecer não para manipular os indivíduos, mas para despertar naqueles com menor grau de maturidade a consciência necessária para exercer a liberdade e fazer suas próprias escolhas (MARINHO, 2008).

Portanto, considera-se na micropolítica da produção do cuidado a existência de processos relacionais, nos quais são produzidos desejos, os indivíduos se afetam e micropoderes são exercidos. É a partir desta perspectiva que refletimos sobre o trabalho em saúde nesta pesquisa, considerando o cuidado em saúde uma atividade em permanente produção que está sujeita à ação direta de cada sujeito envolvido.

Assim, apoiamos-nos nessas questões para pensar sobre as fragilidades e fortalezas da ESF como proposta reorientadora do modelo assistencial do SUS. Partimos do pressuposto de que os diversos sujeitos que atuam na ESF são dotados da capacidade de interferir na construção deste projeto, reconhecendo na

micropolítica do trabalho em saúde uma possibilidade de afirmação e/ou de rompimentos com saberes e práticas hegemônicas no sistema de saúde vigente.

Acreditamos que o debruçar sobre o universo micropolítico do processo de trabalho em saúde na ESF nos possibilitou responder a questões trazidas no desenvolvimento deste estudo.

## 5 PERCURSO DA PESQUISA

### 5.1 O pesquisador como sujeito implicado

Produzir a análise e reflexões quanto às questões que emergiram no presente estudo, constituiu-se como grande desafio para nós. Isto se deve ao fato de que na investigação realizada, não assumimos apenas o papel de pesquisador, como também de investigado, pois, ao mesmo tempo em que questionávamos os trabalhadores sobre seus movimentos na ESF, no sentido de provocar análise sobre o que e como estão a produzir o trabalho na ESF, percebíamos que fomos também colocados em análise por aqueles sujeitos ou por nós mesmos. Em alguns momentos, tínhamos a sensação de que palavras foram ditas para nós, enquanto ex-gestor daquele coletivo (pois já não ocupávamos o cargo de coordenador da Atenção Básica há mais de um ano) ou à estrutura de gestão que nossa imagem ainda representava naquele momento.

Em outras situações, éramos nós mesmos que ficávamos a resgatar em nossa memória durante todo o tempo de análise do corpus do estudo as situações compartilhadas e expressões ditas por aqueles trabalhadores e questionávamos: em que medida contribuímos para movimentos de antiprodução na ESF? Que outras maneiras seriam possíveis de conduzir processos de gestão, de modo que potencializasse o trabalho daqueles sujeitos na ESF? Isto ocorreu pelo fato de que a proposição deste estudo foi motivada por um movimento militante em prol da ESF que reconhecemos em nós mesmos e que se fortaleceu ainda mais na experiência desta pesquisa.

Portanto, consideramo-nos como “sujeitos implicados”, ou seja, aquele que tem estreita relação com as questões em estudo, como se fizéssemos parte daquele coletivo pesquisado, portador de pressupostos, caracterizado por um jeito próprio de agir (MERHY, 2013). Esta consideração se deve ao local de onde lançamos nosso olhar, cujas vivências que nos constituíam enquanto sujeito estava a influenciar a análise empreendida, por vezes, ocorria a partir de uma posição de gestão, em que, embora tentássemos nos desvencilhar disso, era como se estivéssemos tentando fugir da nossa condição de investigador. Mas, também, investimos-nos de um papel questionador, inclusive de nós mesmos, tensionando o que era dito e os sentidos ali produzidos.

Conseqüentemente, temos de assumir que habitamos diferentes territórios na produção das análises o que pode apresentar-se não como uma limitação, mas uma perspectiva sobre a temática em estudo. Feuerwerker (2014, p.30) afirma que a produção do saber a partir das experiências do próprio sujeito tem ocupado o debate na saúde coletiva, uma vez que estudos de pós-graduação que analisam experiências no SUS têm sido desenvolvidos por pesquisadores, sendo estes, também, trabalhadores envolvidos nestes projetos. Neste sentido, a autora faz a seguinte provocação: “teriam os pesquisadores/militantes ‘distância’ (para não dizer neutralidade) suficiente para analisarem experiências de que são/fazem parte?”

A autora responde afirmando que a própria ciência considera que todo saber é limitado, provisório e sujeito à perspectiva de onde o pesquisador lança seu olhar. Assim, considera que as análises nestes estudos são profundas e enriquecedoras, por trazer para o foco não apenas as questões dos cenários investigados, como também o próprio pesquisador como objeto de análise (analisador e analisado).

## **5.2 Tipo e local do estudo**

Trata-se de estudo do tipo pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, desenvolvido na Estratégia Saúde da Família do município de Maracanaú-Ceará, Brasil.

Segundo Leopardi (2002), a pesquisa-ação é uma modalidade de estudo assim classificada quanto aos procedimentos de coleta de dados, sendo dirigida a coletivos humanos, em que são apreendidas informações úteis de modo participativo e ativo destes.

A opção por um estudo de abordagem qualitativa se deu em função do objeto de estudo ora proposto. Para Mercado-Martínez e Bosi (2007, p.35), “o modelo qualitativo pode apresentar-se como uma abordagem interessada no microssocial, baseada em palavras, histórias e narrativas cujo interesse é a dimensão subjetiva [...]”. Além disso, as autoras afirmam que a pesquisa qualitativa, ao invés de explicar ou verificar, utiliza-se de uma abordagem transformadora de uma realidade.

O estudo teve como campo empírico o município de Maracanaú, situado na região metropolitana, distando 20 km da capital cearense, fazendo fronteiras com os municípios de Fortaleza, Maranguape e Pacatuba. O município que tem apenas 30 anos de emancipação política, com data de fundação de 4 de julho de 1983, abriga em seu território de 105,696 km<sup>2</sup> uma população estimada para 2013 de 213.404 habitantes (IBGE, 2013), concentra um importante polo industrial, garantindo-lhe o segundo maior PIB *per capita* do Estado (MARACANAÚ, 2012).

Maracanaú integra a rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, estando localizado na Macrorregião de Saúde de Fortaleza, integrando a 3ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará, configurando-se como Polo Assistencial para os serviços de média complexidade (MARACANAÚ, 2012).

O sistema de saúde do município tem a Saúde da Família como estratégia substitutiva do modelo de organização ambulatorial da Atenção Básica implantada desde 1997. Durante a pesquisa, contava com 53 eSF, 35 equipes de Saúde Bucal (eSB) e seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que funcionam em 30 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), distribuídas em seis Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA) que consistem em territórios geograficamente delimitados pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde para facilitar e descentralizar o processo de gestão da Atenção Básica (MARACANAÚ, 2012).

A gestão da Atenção Básica era realizada por um coordenador que contava com o apoio de uma equipe técnica formada por gerentes de programa estratégicos de atenção à saúde - saúde da criança, saúde do adolescente, saúde sexual e reprodutiva, DST/Aids, saúde da gestante, saúde do adulto (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase), saúde do idoso, enfrentamento do tabagismo – e gerências de ações transversais: monitoramento e avaliação, saúde bucal, acompanhamento dos NASF, educação permanente e Projeto Terceiro Turno de Atendimento nas UBASF. Além dessa estrutura, contava, ainda, como seis gerentes de AVISA que supervisionavam e orientavam o trabalho nos diferentes territórios em que atuavam as eSF, eSB e NASF (MARACANAÚ, 2012).

O município foi destaque nacional pelos esforços empreendidos para o fortalecimento e a consolidação da Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo sido considerado pelo Ministério da

Saúde, em 2007, como um dos três melhores municípios brasileiros com ESF implantada (MARACANAÚ, 2011).

Participou nos últimos três anos do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde e aderiu, desde novembro de 2011, ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ/AB que objetivam contribuir para o desenvolvimento da ESF no município, com enfoque na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços na rede básica de saúde. Contava, na ocasião do estudo, com o Programa “Mais Médicos” e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, tendo em vista os desafios enfrentados para manter as eSF completas (MARACANAÚ, 2013; BRASIL, 2012).

Vale ressaltar, ainda, a realização de processos de reterritorialização pela Coordenação da Atenção Básica nos anos de 2011 e 2012 junto às eSF, com participação de trabalhadores das eSF e membros da Associação Municipal de Agentes Comunitários de Saúde, o que garantiu o limite de até 750 pessoas residentes no território para cobertura assistencial por agente comunitário de saúde, embora, outro resultado seja a existência de micro-áreas descobertas de agente comunitário de saúde (MARACANAÚ, 2012).

Além dessa configuração político-administrativa, esse território também era composto por outras dimensões que o atravessavam e nos afetavam. Foi neste município onde vivemos nossas primeiras experiências enquanto trabalhador do SUS, tendo desenvolvido atividades na ESF, no âmbito da atenção e da gestão em saúde ao longo dos últimos dez anos.

### **5.3 Aproximações com o campo de pesquisa e participantes**

Os sujeitos deste estudo foram trabalhadores que integravam as 53 eSF implantadas (MARACANAÚ, 2012), cuja composição está normatizada pela Portaria 2.488, de 24 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde – médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

A composição do coletivo de sujeitos foi definido por conveniência, objetivando garantir a participação dos trabalhadores da ESF que atuavam em diferentes territórios do município e trazerem consigo experiências, ideias e

perspectivas da cotidianidade dos serviços. Esta estratégia foi adotada pela compreensão de que o uso de métodos estatísticos de amostragem é incompatível com a natureza deste estudo e pela necessidade de definição prévia de um coletivo, no qual se daria a aplicação dos métodos e das técnicas de apreensão dos dados. Assim, pretendemos contar com a participação de 12 trabalhadores que integravam as eSF de AVISA distintas, sendo: dois médicos, dois enfermeiros, dois cirurgiões dentistas, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem, dois auxiliares ou técnicos de saúde bucal e dois agentes comunitário de saúde, formando, para efeitos deste estudo, um coletivo cuja composição seria semelhante a duas eSF.

A entrada no campo de pesquisa foi antecedida por visita à Secretaria de Municipal de Saúde, na qual apresentamos o projeto de investigação à equipe gestora da ESF, inclusive ao secretário municipal de saúde. Nossa proposta foi acolhida de forma respeitosa e considerada relevante pelos mesmos ao justificarem ser importante conhecer as questões que permeavam a produção da ESF no cotidiano dos trabalhadores que nela atuavam.

O passo seguinte aconteceu com o envio de uma “Carta Convite” destinada aos médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares/técnicos de saúde bucal, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde das 53 eSF do município (Apêndice A).

Como critério de inclusão utilizado e esclarecido na “Carta Convite”, foi o acúmulo de no mínimo 12 meses de experiência na ESF do município. Anexa à carta, seguiu uma planilha onde os voluntários se inscreveram e responderam dados considerados importantes para o processo de exclusão do excedente de inscritos, visto que havíamos estipulado uma composição de 12 sujeitos para compor um coletivo – UBS e AVISA onde trabalhava; categoria profissional; tempo de experiência na ESF; participação em entidades ou conselho de saúde nos últimos dois anos. Um total de 27 trabalhadores assinalou interesse em participar do estudo, sendo: oito agentes comunitários de saúde, três auxiliares/técnicos de enfermagem, cinco auxiliares/técnicos de saúde bucal, cinco dentistas, seis enfermeiras e uma médica.

Diante do elevado número de inscritos em relação ao que havíamos estipulado como número máximo de sujeitos, identificamos a necessidade de utilizar critérios de exclusão para composição do coletivo. Neste sentido, observamos a predominância de inscritos advindos de três AVISA – I, III e VI – em relação às

demais. A partir de então, utilizamos como critério de exclusão não pertencer à eSF sediada nesses territórios. Outro critério esteve relacionado ao tempo de experiência na ESF nos interessando àqueles que referiram maior e menor tempo de experiência em relação aos demais inscritos, sendo assim excluídos os demais inscritos que se situavam neste intervalo. O terceiro critério de exclusão esteve relacionado à proveniência dos trabalhadores das AVISA e sua categoria profissional por termos identificado uma predominância de determinadas categorias nesta relação. Assim, a composição do coletivo deste estudo ficou determinada da seguinte maneira: agentes comunitários de saúde inscritos da AVISA I; de profissionais de saúde bucal pertencente à AVISA III e de enfermeiros e médicos da AVISA VI sendo, este último, o único profissional inscrito na pesquisa.

Após selecionar os participantes, foi realizado contato com cada um deles, no sentido de informar-lhes quanto à seleção dos mesmos para pesquisa. Nesta ocasião, os sujeitos reafirmaram o interesse em participar, tendo sido agendado, portanto, o primeiro encontro de produção e coleta de dados a partir da disponibilidade dos mesmos. Embora tenham confirmado previamente o interesse em participar do estudo, estiveram ausentes no dia agendado os auxiliares/técnicos de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal, os quais justificaram o não comparecimento por ocorrências de problemas de saúde na família e a escassez de trabalhadores na UBS durante o período de coleta de dados. Os encontros não foram adiados, por compreendermos que tais ausências não comprometeriam o estudo proposto, mas indicaram, de início, problemáticas enfrentadas na ESF, o que seriam, mas tarde, apontadas claramente pelos sujeitos deste estudo.

Portanto, a composição final do coletivo foi de oito sujeitos: dois agentes comunitárias de saúde, um auxiliar de saúde bucal, duas enfermeiras, dois dentistas e uma médica.

#### **5.4 Técnicas e instrumentos**

Considerando a complexidade do propósito deste estudo - analisar como a micropolítica do trabalho em saúde se inscreve enquanto possibilidade de fortalecimento da ESF, como reorientadora do modelo assistencial na ESF, fez-se necessário observar o contexto no qual a produção ocorria: os movimentos dos

trabalhadores e as ideias e os sentidos que os inspiram, bem como os recursos utilizados pelos mesmos (MERHY, 2007; FRANCO; MERHY, 2009).

Com o intento de captar os movimentos dos sujeitos na produção do trabalho em saúde e seus pressupostos, “ferramentas analisadoras” têm sido construídas em uma perspectiva que combina a diversidade de olhares para análise deste contexto. Estas ferramentas têm como foco da análise o encontro do trabalhador com o usuário, com outro trabalhador e com ele próprio e aposta na possibilidade de revelar atos produzidos nestas relações que podem se constituir como linhas de fuga daquilo que está instituído (REIS; DAVID, 2010; FRANCO; MERHY, 2009; MERHY, 2011).

Nesse contexto, os Mapas Analíticos consistem em uma abordagem cartográfica de análise dos serviços de saúde, a partir dos próprios trabalhadores, em seus processos produtivos, através da apreensão dos fluxos de intensidades e dos afetos que se entrelaçam nesta produção. A produção dos mapas analíticos permite, ainda, cartografar a experiência dos trabalhadores de saúde como sujeitos na formulação das ideias que fundamentam sua produção do cuidado, identificar a composição das ferramentas utilizadas neste processo, bem como possibilita a tomada de consciência dos trabalhadores enquanto sujeitos da sua produção (FRANCO; MERHY, 2009).

A autoanálise resultante da produção dos Mapas Analíticos consiste no olhar para si, possibilita a desterritorialização dos saberes e práticas em saúde que habitam cada trabalhador para novas territorializações, ou seja, um movimento de desconstruções e reconstruções de mundos (FRANCO; MERHY, 2009). Este exercício é que torna possível a imanência de forças instituintes, de produções desejantes nos trabalhadores, tornando-os capazes de ocasionar rupturas nos paradigmas que fundamentam as práticas de saúde vigentes a partir das reflexões sobre o seu agir, seu modo de produzir a realidade com a qual convive (FRANCO *et al.*, 2009).

Os Mapas Analíticos, neste estudo, configuraram-se como ferramentas potentes para produzir análise no coletivo, tendo possibilitado criação de um espaço de fala e escuta, inclusive de si, de entrar em contato com os sentidos produzidos pela sua produção, ressignificar suas práticas e estabelecer conexões com que (des)potencializam seu modo de andar no mundo. Vale destacar que tal efeito foi possível, não por roteiro rigidamente estruturado que orientaria sua utilização, mas

pela compreensão de que a análise dos processos produtivos devem ocorrer com a participação direta dos atores envolvidos, ficando reservado ao pesquisador/facilitador o papel de disparar questões e acompanhar (e não direcionar) o processo de análise que vai sendo produzida no coletivo. É importante registrar, ainda, que esta “função” não aconteceu de modo passivo, uma vez que, conforme mencionado, não é possível dissociar o pesquisador daquilo que está sendo pesquisado.

A observação simples configurou-se como outra técnica utilizada no processo de apreensão dos dados desta pesquisa. É definida por Beck, Gonzales e Leopardi (2002) como técnica através da qual o pesquisador acessa a realidade que deseja compreender e registra tudo que considerar relevante para seu estudo para posterior análise. Considerando a complexidade do encontro de produção dos Mapas Analíticos, estes se mostraram como importante recurso utilizado pelo pesquisador durante o curso da pesquisa. Nossas impressões foram registradas em diário de campo, tendo sido utilizadas, ainda, gravação sonora dos depoimentos e captura fotográfica, registros estes resgatados durante a análise dos dados a partir das quais realizamos escutas e leituras em busca de apreender os temas emergentes nos depoimentos além dos aspectos subjetivos que permearam àqueles momentos de produção.

Na experiência deste estudo, as análises produzidas resultaram em mapas que registram movimentos de fortalecimento e fragilização de modos de produção modelo de atenção à saúde comprometido com o usuário e suas necessidades no cotidiano dos trabalhadores das eSF, bem como afetos que (des)mobilizam esta produção.

### **5.5 Os encontros de produção e coleta dos dados**

A produção dos dados desta pesquisa ocorreu por meio da aplicação de Mapas Analíticos durante dois encontros com oito e sete trabalhadores da ESF, respectivamente não tendo sido justificado por um trabalhador sua ausência no segundo encontro. Os encontros aconteceram no próprio município, vale ressaltar que o local não estava vinculado à organização pública, pois, tendo em vista as questões que seriam tratadas, prezamos pela garantia de um espaço confortável e reservado eticamente para livre expressão dos participantes.

Estavam previstos três encontros com o coletivo, nos quais seriam provocadas análises a partir de três questões norteadoras, uma para cada encontro: “O que está a produzir o trabalhador da ESF?” “O que (des)mobiliza o envolvimento do trabalhador na ESF?” “Que relações são produzidas no cotidiano da ESF?”

No entanto, apesar de termos adentrado no campo com um roteiro semiestruturado que orientariam a produção de análises, é importante ressaltar que esta rota foi sendo redefinida a partir do próprio encontro com os sujeitos, uma produção em ato. Tal como afirmou Mercado-Martínez e Bosi (2007) que consideram a pesquisa qualitativa assume uma postura dinâmica na elaboração do conhecimento, sendo sua representação gráfica semelhante a um espiral, o que nos exigiu habilidade para realizar este percurso, de modo flexível, marcado por idas e vindas ao cerne das questões apreendidas.

Assim, vale citar o momento de apresentação dos participantes no I encontro no qual já pautaram o que precisava ser dito, expressaram suas angústias, frustrações, receios, limitações e modos de agir, alegrias e tristezas, possibilidades de fortalecimento e fragilização de um modelo de atenção comprometido com o cuidado do ser humano, inclusive daquele que cuida. Eram questões que estavam imbricadas umas nas outras, agenciadas pelos sentidos produzidos a partir da experiência singular de cada trabalhador na ESF.

A produção dos Mapas Analíticos pressupõe a identificação, pelo facilitador do grupo, de analisadores que consistem em questões a partir das quais o coletivo produzirá a análise. Franco e Merhy (2009, p. 2) esclarecem que

o analisador é o que faz aparecer coisas que estão ali mas não são visíveis. Como diz Lourau: um analisador faz uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio oculta, mas acontecendo.

Por conseguinte, neste estudo, os analisadores estavam relacionados aos objetivos propostos: modos de engajamento dos trabalhadores com o desenvolvimento da ESF, os fatores que mobilizavam os sujeitos no seu cotidiano de trabalho na ESF e as relações produzidas pelos pesquisados neste contexto. No entanto, considerando a dinamicidade do processo de pesquisa qualitativa, também foram afirmados pelos próprios trabalhadores que assumiram ali, em ato, o papel de sujeitos na produção dos Mapas Analíticos, os sentidos produzidos no trabalho na ESF.

Assim, os analisadores foram se legitimando como tal a partir da própria reflexão experimentada pelos trabalhadores da ESF nos encontros da pesquisa, destacando os movimentos de produção e antiprodução da ESF, bem como as percepções e os sentidos produzidos no trabalho na ESF que agenciam processos de fortalecimento e/ou fragilização nesta produção. Ambos se constituem como capítulos deste estudo.

O primeiro e segundo encontros tiveram duas e três horas de duração, respectivamente, nos quais foram abordadas diferentes questões sobre o trabalho na ESF.

No primeiro encontro, predominaram expressões de análise da ESF, sobretudo acerca das relações estabelecidas, dos sentidos e das impressões acerca da sua experiência, cujo trabalhador se colocou distante dessa produção ou como sujeito às diretrizes e práticas de gestão presentes naquele contexto. Utilizamos a livre narrativa dos sujeitos que demonstraram desejo em discorrer sobre suas questões na experiência do trabalho na ESF a partir da questão inicial – “Eu gosto de... Eu não gosto de...” - a partir da qual outras perguntas assessórias foram utilizadas para melhor apreensão dos discursos – “conte-nos um pouco mais sobre esta questão”, “por quem você se sente oprimida?”, “[...] e na realidade da sua equipe de trabalho, como esta questão se apresenta?”.

No segundo encontro, após exaustivas escutas e leitura do pesquisador acerca do material coletado nas gravações e anotações em diário de campo, foi retomada a análise naquele coletivo acerca dos movimentos produzidos pelos próprios trabalhadores enquanto sujeitos da ESF. Objetivamos convidar os trabalhadores a lançar um olhar para si a fim de apreender e pensar as limitações e a potência nas suas produções no cotidiano da ESF, movimentos instituídos e instituintes presentes em seus territórios. Utilizamos como estratégia a produção de um painel criativo, no qual os participantes imprimiram emoções, ideias, sentidos e possibilidades na produção cotidiana da ESF – “o que têm sido possível produzir na ESF?”

Tal estratégia possibilitou localizarmos espaços de governabilidade<sup>8</sup>, daqueles trabalhadores, nos quais exerciam certa autonomia, utilizavam-se da sua

---

<sup>8</sup> Governabilidade é utilizada neste texto como sinônimo de poder em uma organização, ou seja, a capacidade que cada sujeito tem de exercer seu poder na produção da realidade social. A compreensão de “poder”, portanto,

capacidade criativa e relacional, imprimiam valores nos modos de produção. As relações estabelecidas e os fatores de afetivação que impulsionaram e/ou comprometeram seu engajamento na ESF, estiveram presentes nos discursos de ambos os encontros.

**Imagem 01** - Registros fotográficos dos momentos de produção criativa. Maracanaú/CE, 2014.



Fonte: Autor, 2014.

O espaço utilizado para o encontro com os sujeitos deste estudo era cuidadosamente preparado para acolhê-los. A escolha do local não pertencente à organização governamental considerou a proposta de garantir aos participantes um ambiente no qual pudessem se sentir a vontade para expressar livremente suas questões. Na sala ampla e climatizada, utilizamo-nos de tapetes emborrachados que espalhados no chão, junto com pincéis, cartolinas e tesouras compunham uma mandala multicolor. Além disso, música instrumental ao fundo e aroma cítrico foram

---

encontra-se amparada na concepção de Michel Foucault, retratada anteriormente no Referencial Teórico desta pesquisa.

cores, sons e cheiros, nos quais investimos para aguçar sentidos e conexões naquela experiência. O toque também foi utilizado no trabalho, sendo o abraço uma expressão de solidariedade e fortaleza mutuamente desejadas naquele coletivo.

**Imagem 02** - Registros fotográficos da roda de encontro: materiais utilizados e troca de afetos. Maracanaú/CE, 2014.



Fonte: Autor, 2014.

## 5.6 Análise dos dados e apresentação dos resultados

O tratamento dos dados empíricos foi orientado pela técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (2010) e Gomes (2009). Estes autores fazem uma releitura desta técnica a partir de Laurence Bardin, teórica francesa que se destacou por sua aplicação e sistematização como importante ferramenta no campo das investigações sociais durante análise de material de propaganda e comunicação jornalística.

Minayo (2010, p. 303) recorre a Laurence Bardin (1979) para definir a Análise de Conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Segundo Gomes (2010) e Minayo (2010), a Análise de Conteúdo passou por transformações desde suas primeiras experiências que se pautava na objetividade científica e rigor matemático expressos na quantificação da frequência com que aparecem ideias, palavras, expressões no conteúdo manifesto nas mensagens – falada ou escrita. Isto sucedeu a partir do interesse de estudiosos das áreas de psicologia, sociologia e cientistas políticos pela técnica através da qual

pretendiam apreender para além do que estava explícito, ou seja, do “conteúdo manifesto” e lançava-se um olhar sobre o conteúdo oculto da mensagem denominado “conteúdo latente” (MORAES, 1999).

No entanto, na atualidade, a aplicação e o desenvolvimento da técnica de Análise de Conteúdo têm se dado em uma perspectiva crítica do enunciado, a fim de alcançar um nível aprofundado da análise (MINAYO, 2010). Neste estudo, portanto, não nos detemos à perspectiva quantitativa da Análise de Conteúdo, mas adotamos uma abordagem qualitativa que se preocupa com a subjetividade do discurso produzido pelos sujeitos da pesquisa e, para tanto, elegemos a modalidade de Análise de Conteúdo Temática.

Nossa análise não considerou relevante o aspecto quantitativo quanto à frequência das unidades de análise no corpus do material empírico uma vez que, segundo Minayo (2009, p.24)

os autores compreensivistas não se preocupam em quantificar e em explicar, e sim compreender [...] relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações e a partir desse conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente [...]

Sobre a Análise Temática, Gomes (2009, p.86) esclarece que “[...] como o próprio nome indica, o conceito central é o tema. Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo”. Na área da saúde, a Análise de Conteúdo Temática tem se destacado como importante técnica utilizada por diferentes autores, como Campos (2004), Almeida e Ferreira (2009), Rangel *et al.* (2011), Nascimento e Pekelman (2012) que se empenham em analisar processos de comunicação, nos quais os sujeitos imprimem ideias, sentidos e atitudes.

Operacionalmente, a análise de dados foi norteada pelas diretrizes apresentadas por Minayo (2010) e Gomes (2009) que orientam a utilização metodológica de três momentos: 1º pré-análise; 2º exploração do material e 3º tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O primeiro momento consistiu na transcrição fiel das falas e observações apreendidas nos encontros de produção dos Mapas Analíticos. Em seguida, realizamos leituras flutuantes a partir das quais nos impregnamos pelo conteúdo do material empírico até tornar-se menos caótica a sensação de contato inicial com o mesmo. A constituição do corpus consistiu em outra atividade que compôs esta fase,

se deu mediante observância: à exaustividade do material empírico; à sua representatividade (ou seja, apresente características das questões em estudo); à homogeneidade e à pertinência (os dados devem ser adequados para responder às questões problemas). Este momento da análise foi de fundamental importância na preparação do material para aprofundamento na etapa seguinte.

No segundo momento, foi produzido um painel discursivo a partir da determinação das “unidades de registro” - palavras, frases, recortes de depoimentos - e “unidade de contexto” - demarcação do contexto para compreensão da unidade de registro, a fim de facilitar a exploração do material. Em seguida, fomos constituindo os grandes temas que expressaram a síntese de uma mensagem, com ênfase nos seus aspectos mais relevantes, ou seja, os temas (MINAYO, 2010; MORAES, 1999). Sua composição ocorreu a partir da junção de questões afins, tendo sido exploradas exaustivamente seus sentidos, de modo a atender às diretrizes de homogeneidade e especificidade que deve apresentar uma temática, segundo Gomes (2009) e Moraes (1999).

As temáticas foram codificadas colorimetricamente e especificado o quantitativo de unidades de registro presentes em cada uma delas, a fim de facilitar sua visualização e possibilitar melhor análise do corpus do estudo. Esta operação não se configurou como um processo linear, mas marcado por idas e vindas cuidadosas e repetidas, demandando de nós um esforço neste processo, cujo movimento possibilitou refinar as temáticas e aprofundar a compreensão dos dados em análise. Como produto desta etapa, os dados foram agrupados em duas grandes temáticas, conforme exposto no Quadro 1.

**Quadro 1** - Composição das temáticas, subtemas e suas unidades de análises.

<b>Temáticas</b>	<b>Subtema</b>	<b>Nº de unidades de análise</b>
Produção e antiprodução na Estratégia Saúde da Família: movimentos dos trabalhadores	Capacidade inventiva na produção do trabalho na Estratégia Saúde da Família	57
	Modos de antiprodução do trabalho em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde	35

	da Família	
	Potencialidades e limites da Estratégia Saúde da Família: percepções dos trabalhadores	21
Afetos que (des)mobilizam produções na Estratégia Saúde da Família	O trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas paixões tristes	91
	O trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas paixões alegres	27

Fonte: Autor, 2014.

Na terceira etapa – tratamento dos resultados obtidos e interpretação – foi produzida síntese interpretativa, bem como a inferência a partir dos dados analisados, tendo sido respondidas às questões problemas que pautaram este estudo. Lançamos mão da produção científica existente sobre as temáticas que emergiram neste estudo, a fim de confrontar os achados com resultados de outras pesquisas. Sua apresentação aconteceu por meio de utilização de fragmentos das narrativas.

### 5.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará do Ceará, atendendo ao que determina a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido garantidos os preceitos éticos de anonimato, participação voluntária, ciência dos objetivos da pesquisa além de cuidados com a integridade dos participantes (BRASIL, 2012).

Após parecer favorável do CEP (parecer nº 361.457) e anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú, os sujeitos desta pesquisa foram orientados quanto às questões éticas a partir da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste termo, constavam os objetivos do

estudo, sua relevância, bem como foi explicitada a garantia do anonimato e o direito de recusa em participar da pesquisa em qualquer momento de sua realização sem resultar em danos ao mesmo. Assim, foi solicitado o consentimento formal dos sujeitos através de assinatura do TCLE em duas vias de igual teor, tendo sido deixada uma cópia com o sujeito e outra via com o pesquisador.

Foi esclarecido, ainda, aos participantes que os dados coletados durante a pesquisa seriam destinados exclusivamente para análise e produção do relatório da mesma, sendo apagados, após cinco anos do término da pesquisa, os conteúdos das gravações sonora e visual.

## 6 PRODUÇÃO E ANTIPRODUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: MOVIMENTOS DOS TRABALHADORES

Esta temática é composta por 92 unidades de análise, agrupadas em dois subtemas que revelaram movimentos dos trabalhadores no cotidiano da ESF e expressaram modos pelos quais se engajavam na sua (anti)produção. Os movimentos não seguem uma linearidade, mas uma multiplicidade, em que o trabalhador se alterna como sujeito de produção, reprodução e antiprodução, na construção da ESF, seja para o seu fortalecimento ou sua fragilização, enquanto proposta de reorientação do modelo assistencial de atenção à saúde.

### 6.1 Capacidade inventiva na produção do trabalho na Estratégia Saúde da Família

É uma estratégia que eu procurei para o meu atendimento – Trab07

Este subtema agrega 57 unidades de análise, nas quais os sujeitos revelaram estratégias que estavam a produzir no cotidiano do trabalho na ESF. Configuram-se como modos de implicação destes sujeitos com a ESF que ocorria com o exercício de uma relativa autonomia e criatividade, em que, embora “restrita” a um espaço de cuidado delimitado por este trabalhador, sua existência era resultado de sua própria produção.

Eu coloquei o que estou conseguindo fazer dentro das minhas consultas, que eu, que eu tenho certeza [...] eu estou tentando, estou me dando 100% [...] – Trab02

É uma estratégia que eu criei para o meu próprio atendimento, tem o PSE que nós vamos na escola fazer alguma atividade. Então, tem outra criança não estuda lá, estuda em escola particular, em outra escola talvez, que seria de outra área, mas são da minha comunidade, então ela pode vir no dia que eu atendo o adolescente. – Trab07

[...] Só que precisa de material que é lã, alguns materiais! E tudo isso a gente tira do bolso. A última vez foi um bazar que é para arrecadar dinheiro para comprar umas coisas. – Trab04

Tais atitudes se configuram como expressão do trabalho vivo em ato, em que os trabalhadores se utilizavam, portanto, da sua capacidade inventiva para produzir o cuidado no espaço que estava sob sua governabilidade. No espaço

intercessor onde se dá o encontro entre trabalhador-usuário, na “dimensão profissional” da gestão do cuidado, assim como aquele entre Guerássim, o serviçal camponês, e seu senhor Ivan Ilitch no conto de Léon Tolstói<sup>9</sup>, são identificadas possibilidades de criação na vivência cotidiana na ESF. Através deste conto, Cecílio (2009) provoca a reflexão sobre a potência do encontro para produção do cuidado comprometido com a dimensão humana do ser cuidado, ao ressaltar tal produção como uma experiência relacional sobre a qual o trabalhador tem relativa liberdade de ação.

Neste sentido, o agir dos trabalhadores revelou **responsabilização, vínculo e empatia** nas relações tecidas com os usuários, nas quais imprimiam seus valores éticos e humanísticos que inspiraram suas práticas, caracterizando, portanto, uma implicação com a produção da ESF nos seus modos de agir.

[...] quando eu vejo injustiça, eu não fico calada. Tem gente que diz que eu não tenho nada a ver, mas eu tenho sim! Tem gente que diz que não é meu paciente, mas ele é atendido aqui [na UBS onde trabalha] [...] Quando a gente chega à Unidade [de saúde] que acontece alguma coisa com a dentista a gente [...] vai a casa: o que foi que aconteceu? [...] a gente conversa com eles, apazigua e pronto. – Trab04

Quando tem um caso que ela [a médica da equipe com quem trabalha] sabe que se ela mandar aquele caso: vá lá marcar essa consulta! Vai demorar a acontecer e é uma coisa urgente, ela para, pega o celular, telefona para o hospital, telefona não sei para quem, pede ajuda para tentar resolver! [...] não soltar o paciente. – Trab08

[...] Eu me sinto com vínculo com a população, eu me preocupo, eu acho que eu consigo promover saúde e também humanização. Pela maneira que eu fui criada, pela minha educação, pelos meus valores pessoais, eu consigo trazer como valor profissional a humanização. – Trab02

Eu fiz um pacto com Deus, que o meu ministério ia ser o meu trabalho, que eu ia atender o meu paciente como se fosse alguém... do jeito que eu gostaria de ser atendido. – Trab08

É possível perceber modos de implicação dos trabalhadores a partir de suas práticas, no espaço que é marcado pela sua relação com o usuário, no espaço intercessor, em que expressam preocupação, zelo e cuidado. Tais achados corroboram com Franco e Merhy (2007) que defendem a ideia de que os

<sup>9</sup> Ivan Ilitch e Guerássim são personagens de um conto russo de Leon Tolstói utilizado por Cecílio (2009) na reflexão sobre cuidado em saúde. O autor faz um recorte da história para ressaltar no encontro entre o juiz e o serviçal, a sensibilidade do camponês para perceber a necessidade de cuidado do seu patrão e sobre como foi estabelecida uma relação de respeito e vínculo que estimulou a participação de Ivan Ilitch neste processo. Assim, Cecílio (2009) chama atenção para a “dimensão profissional” da gestão do cuidado que está sob a responsabilidade do trabalhador a partir da sua postura ética, do modo como concebe o ser cuidado e, ainda, sobre como é configurado este espaço de relação apostando na potência desta produção para novas formas de cuidado em saúde.

trabalhadores de saúde podem se constituir como potentes agentes de mudanças dos serviços assistenciais. Para tanto, ressaltam que se faz necessário o reconhecimento por estes sujeitos que o trabalho em saúde deve ser orientado por valores humanos e de solidariedade, em que acolhimento e vínculo são compreendidos como diretrizes deste modelo de atenção.

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) afirmam que a noção de vínculo possibilita a reflexão sobre a responsabilidade e o compromisso, através dos quais os trabalhadores se relacionam com os usuários, estabelecendo relações de cuidado. Tal atitude evidencia movimento de engajamento do trabalhador com a conformação de um modelo de atenção à saúde relacional, orientado para as necessidades do usuário.

Neste estudo, as falas revelaram que a implicação dos trabalhadores com o cuidado humanizado e comprometido com o usuário é determinada pelo território existencial (FERREIRA; FRANCO, 2009; ROLNIK, 2007) que habitam os trabalhadores, ou seja, desejos, valores, ideais, nos quais acreditam e orientam seu modo de andar no mundo, tornando-os sujeitos de processos produtivos singulares na ESF.

A religiosidade e espiritualidade configuram sistemas de valores para o sujeito-trabalhador que orientam o seu modo de vida e suas produções, tal como observado por Lacerda *et al.* (2008) e Guimarães, Valla e Lacerda (2009). Estes autores, ao investigarem modos de produção do cuidado de agentes comunitários de saúde evangélicos, identificaram práticas mais humanizadas por agregarem no seu fazer uma visão ampliada do ser humano para além da dimensão biologicista, bem como a percepção de si como sujeito de uma rede social de cuidado em saúde.

Para Campos (2003), a produção do vínculo se dá no encontro entre sujeitos, em que um demanda ajuda e o outro se coloca a disposição para tal, logo, depende da responsabilização de cada indivíduo, uma atitude pessoal. Porém, sua constituição está para além de um gesto solidário e configura-se como importante recurso terapêutico nas relações de cuidado, pois, como o usuário acolheria o tratamento sugerido pelo profissional se não se sentisse valorizado?

Pequenas coisinhas assim que você vê a pessoa conseguindo mudar! [...] O que você orienta e você vê aquilo ali, o pessoal acreditou na sua verdade e que aderiu, e que foi bom [...] – Trab08

Somado a isso, o **acolhimento**, compreendido como práticas produzidas nas relações de cuidado, nas quais se promove a escuta e responsabilização (BRASIL, 2012), mostra-se como movimento de engajamento do trabalhador empenhado na construção de uma configuração do serviço de saúde mais acessível, humanizado e resolutivo, conforme defendido por Franco e Merhy (2007).

Então, o que eu estou conseguindo fazer é o acolhimento [...] os pacientes que eu atendo, eu consigo passar segurança pra eles – Trab02

Lá na unidade, eu faço o meu próprio acolhimento, eu não deixo ninguém fazer não [...] dou bom dia, boa tarde, explico alguma coisa sobre o meu atendimento [...] vou falando com cada um deles: você veio aqui por quê? [...] O Ministério da Saúde diz para nós que são oito pessoas, mas eu não atendo só oito, se tiver dez os dez eu atendo [...] e se tem mais eu tento encaixar em outro horário: você pode vir outro dia? Qual o dia que você pode vir? [...] eu não deixo ninguém marcar minha consulta [...] sou eu que me entendo com o paciente. – Trab07

Percebemos uma polissemia do termo acolhimento nas concepções e práticas destes sujeitos que o reconhece como processo relacional fabricado no espaço intercessor, ou seja, no momento do encontro trabalhador-usuário. Outro sentido que este termo assume no cotidiano das práticas é de que se trata de um dispositivo para organização do processo de trabalho na ESF, pautado na promoção da equidade. No entanto, o consenso entre ambos é que o acolhimento possibilita espaço de escuta, responsabilização e vínculo, o que favorecem produção da ESF como reorientadora do modo de produção do cuidado, no modelo de atenção à saúde vigente.

Esse dado corrobora proposição de Franco, Bueno e Merhy (2007) que destacam o acolhimento como categoria de análise dos processos de trabalho em saúde a partir de três diretrizes. A primeira está relacionada à dinâmica e aos critérios de acessibilidade que os serviços de saúde submetem os usuários. A segunda chama atenção para o trabalho em equipe, no sentido de potencializar os diferentes trabalhadores que constituem a eSF sujeitos de saberes e práticas que devem ser acessados nos processos de cuidado. A terceira diretriz agrega o componente relacional, objetivando qualificar a relação trabalhador-usuário pautada na solidariedade.

Neste estudo, o acolhimento se apresentou como iniciativa do trabalhador, fabricado e delineado por ele no seu agir cotidiano, configurando-se como produção de vida na ESF. Nesta perspectiva, o trabalhador se coloca como

sujeito na produção do cuidado em saúde, como força instituinte, que nasce de sua própria ação, quando se contrapõe à lógica burocrática organizativa instituída no serviço que dificultam, contraditoriamente, o acesso ao cuidado representado pelo engessamento das atividades à agenda semanal de atendimento.

O usuário que vai à Unidade de Saúde com necessidade de atendimento [...] Na nossa área, o pessoal trabalha na CEASA, então, se não tem na CEASA [atendimento odontológico], eles me procuram. Então, eu tenho como solucionar o problema dele naquela hora, se está com dor [...] apesar dos agentes de saúde ter meu cronograma.- Trab07

Medeiros *et al.* (2010), ao darem voz ao usuário na avaliação dos serviços de uma UBS, na perspectiva do acolhimento, identificam que estes atribuem grande relevância à relação trabalhador-usuário para sentirem-se cuidados e satisfeitos com o atendimento recebido. Portanto, práticas acolhedoras se constituem como produções dos trabalhadores capazes de fortalecer a dimensão cuidadora da ESF.

Além do momento da consulta, outros espaços são constituídos para/na produção do cuidado, caracterizando **o trabalho na ESF como redes solidárias** tecidas no seu cotidiano pelos trabalhadores. Essas redes se estabelecem nas relações entre os trabalhadores no âmbito da UBS, bem como na mobilização de outros atores e equipamentos sociais, na tentativa de contribuir para resolubilidade dos casos acompanhados.

[...] Sempre que eu faço prevenção [exame Papanicolau] eu desenho, passo uma caneta bem colorida para chamar atenção. Aí, lá nas tantas, eu boto assim: “ideal avaliação patologia cervical”, por exemplo. Aí, quando ela [a paciente] vem para médica para mostrar o exame, ela encaminha [...] É como se fosse um código entre a gente [enfermeiro e médica da equipe] – Trab08

Aí eu vou lá [no SAME] e... Então, eu sempre vou. Eu vou com o SAME, eu vou com a “fulana” [enfermeira da sua equipe], eu vou com a técnica [...] a tal da transdisciplinaridade, se não tiver essa troca, eu penso que não funciona. – Trab01

Eu acho que o nosso, a equipe, a Estratégia Saúde da Família, forma uma rede de solidariedade [...] Quando tem um caso que ela [médica da ESF] sabe que se ela mandar aquele caso: “vá lá marcar essa consulta”, vai demorar a acontecer e é uma coisa urgente, ela para, pega o celular, telefona para o hospital, pede ajuda, tenta resolver! – Trab08

A gente busca alternativas que não seja do posto, parcerias... Por exemplo, um paciente que tenha que fazer um tratamento em Fortaleza, de CA [câncer], a Secretaria [de saúde] não disponibiliza o carro naquela data certa, a gente busca parceria com outra pessoa [...] para ajudar aquele paciente. – Trab04

Apesar do termo “transdisciplinaridade” ter sido mencionado na fala como um modo integração do trabalho entre os diferentes trabalhadores que atuavam na ESF, mais adiante retomaremos esta questão para análise, uma vez que outros elementos no discurso do grupo apontaram diferentes modos de organização e interação na eSF.

Os sujeitos deste estudo revelaram teias relacionais na ESF, nas quais o cuidado do usuário e uns com os outros se efetivava, se fortalecia. Na categoria 2, discutiremos sobre como esses encontros produziam afetos e mobilizavam os trabalhadores na ESF. No entanto, cabe destacar que essas relações se expressaram como produções concretas desses sujeitos em seus movimentos na ESF, pois estabeleciam parcerias que julgavam de fundamental importância para o alcance de melhores resultados no trabalho.

[...] a gente estava numa escola fazendo atividade: a agente de saúde, a enfermeira [...] é sempre desse jeito. Eu tenho notado que o trabalho em equipe é o melhor, sozinho não se faz nada. – Trab07

Eu preciso deles [dos trabalhadores] e não é isolado, é um trabalho em equipe e é isso que eu sempre tento falar nas reuniões, não importa se é nível médio, se é nível superior [...] – Trab02

Neste sentido, destacaram a composição de uma equipe ampliada para além da composição básica da eSF definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), em que faz-se necessário integrar os demais trabalhadores que atuam no âmbito da UBS, inclusive aqueles que prestam apoio às atividades assistenciais, como recepção, vigilantes, motoristas, coordenação administrativa, dentre outros.

A equipe não é só a gente, é a Unidade Básica de Saúde como um todo [...] – Trab02

A equipe é todo mundo – Trab01

Para os sujeitos deste estudo, ajuntar-se aos demais trabalhadores da equipe traduzia-se como compromisso de cada sujeito, uma atitude de implicação com o trabalho na ESF, uma vez que tinha de conciliar o cumprimento de uma agenda de atendimentos com a participação na reunião da equipe ou mesmo lidar com a negação de si pelos demais trabalhadores como integrante da eSF.

Aí segunda-feira, por exemplo, que é a reunião da enfermeira com as agentes de saúde, aí eu vou antes de começar: eu vou atender agora, mas terminando o atendimento, eu quero estar aqui! Vocês me esperem! Eu digo para agente de saúde. – Trab07

[...] infelizmente, nós dentistas, somos deixados de lado na Unidade, por quê? Porque a equipe acha que a equipe é enfermeira e médico. Aí, o dentista não é chamado quando tem encontro de nada.- Trab07

Embora não haja consciência/convicção coletiva de que a ESF é uma produção que atravessa os diferentes sujeitos e suas práticas, os trabalhadores foram agregando em seus discursos elementos que traduziram a ideia de que **a ESF é uma produção coletiva** que integra o agir cotidiano dos mesmos.

[...] E aí me lembrei da servente, e me lembrei das minhas agentes de saúde, umas de bicicleta, outras a pé. E aí me lembrei da minha, da dentista [...] Aí coloquei a minha enfermeira fazendo puericultura. Aí em me lembrei do rapaz da farmácia [...] – Trab01

Esses achados concordam com Silva (2011), Andrade e Franco (2009), os quais identificam pistas de rupturas no movimento dos trabalhadores, definidas como “linhas de fuga” de um modo de produção do cuidado até então instituído, ou seja, outras trilhas para além do que está dado na ESF. Tais produções representam modos singulares de (re)criação da sua realidade, o que Franco e Merhy (2009) denominou de autopoiese, ou seja, movimento em que os trabalhadores se reinventam, na perspectiva de produzir atos de cuidado em saúde, capazes de suplantar a realidade instituída pouco potente para produzir o cuidado que os usuários necessitam.

## **6.2 Modos de antiprodução do trabalho em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família**

Eu sei que eu tenho potencial para mais coisa, mas a gente se limita nisso [...] Eu não vou fazer além do que eu tenho que fazer. – Trab06

Apesar de as produções dos trabalhadores que contribuírem para construção da ESF enquanto proposta de reorientação do modelo assistencial de saúde no SUS, foi possível identificar que estes movimentos não seguiam uma linearidade, mas expressavam multiplicidades nos processos de produção do

cuidado que, tomando emprestada a expressão cunhada por Baremlitt (2002), nomeamos de “antiprodução” na ESF.

Para o autor, enquanto a produção é compreendida como geradora, a antiprodução consiste na captura desta força produtiva que estagna a capacidade do devir e fragiliza conjunturas. Logo, a antiprodução consiste em movimentos contrários à consolidação de um dado projeto, ou seja, práticas que desarticulam a implementação de uma ideologia. Neste sentido, mereceram atenção falas nas quais os sujeitos também assumiram práticas marcadas por atitudes pouco solidárias, de ruídos na comunicação com os usuários e relação conflituosa com os mesmos e na própria equipe, configurando-se como aspectos que fragilizavam a ESF, por serem contraditórios aos fundamentos que a orientam:

Eu já ouvi tanto palavrão. No meu posto, não tem proteção [...] Vocês não têm noção do linguajar que os pacientes tratam a gente! – Trab05

Nas nossas reuniões de equipe, eu sempre procuro lembrar aos profissionais [...] que nós somos equipe [...] que a gente está ali, é como equipe e precisa se unir porque a gente já tem muita gente contra. – Trab02

Eu vejo que a gente, a população e os funcionários, é como se tivesse uma barreira, nós somos os inimigos deles, não consegue. Eles querem que a gente trabalhe, que a gente chegue ali e querem que a gente esteja pronto para fazer tudo para eles. – Trab06

Os funcionários ficam tudo trabalhando de mau humor, aí isso repercute lá na área, no atendimento ao usuário. Que é o que acontece muito lá no posto: os usuários sendo mal atendidos, mal recebido, principalmente pelo SAME. – Trab04

Esses dados, portanto, se contrapõem à aposta da ESF na **relação trabalhador-usuário**, como geradora de vínculo e corresponsabilização, capazes de alterar a lógica de produção do cuidado e por agregar em si um potencial terapêutico (BRASIL, 2010; 2012). Deste modo, estudos comprovam que atitudes acolhedoras e de escuta das necessidades dos usuários se constituem como potência na ESF para mudança no modelo de atenção à saúde capaz de conquistar a confiança dos mesmos e legitimar-se enquanto tal (MEDEIROS *et al.*, 2010; FRANCO; BUENO; MERHY, 2007; SCHIMITH; LIMA, 2004). Portanto, essas questões se colocam como contrárias à construção da ESF, mas são igualmente produzidas no cotidiano dos próprios trabalhadores, nos seus espaços relacionais, intercessores.

A relação entre os trabalhadores da ESF se constituiu como questão recorrente nos discursos dos sujeitos e como aspecto relevante que caracteriza

modos de antiprodução na ESF. Portanto, embora os participantes deste estudo tenham afirmado que o **trabalho em equipe** na ESF fosse composto pelos diferentes trabalhadores que operavam na UBS, a **não participação efetiva do médico** na produção coletiva que configura o trabalho em equipe destacou-se como fator de antiprodução na ESF, aspecto este capaz de repercutir na ausência de um projeto assistencial comum.

[...] Não vai! Não tem quem faça o médico entrar numa reunião! Mas eu estou sempre. – Trab07

[...] tudo que acontece na área, a área é enorme, você é responsável [se refere a si]. Um caso que você tem que denunciar de violência [...] Porque assim, a agente de saúde, a demanda sempre chega para gente. Médico fica ocupado com as consultas [...] - Trab08

Além disso, mereceu atenção a contradição entre a expressividade do discurso, no qual se destacou a constituição de uma ideia que valorizava um determinado trabalhador e seu saber em detrimento dos outros com a defesa, em outros momentos, da necessidade de reconhecimento das demais categorias profissionais. Assim, acreditamos que **relações assimétricas** podem estar sendo produzidas de modo velado nas relações da equipe, o que pode comprometer o seu desempenho como tal. Porém, em outro discurso, identificamos a compreensão de que o trabalho na ESF era constituído por diferentes sujeitos que deveriam ser valorizados, contudo não ficou claro que o valor dado ao trabalho dos mesmos deveria se dar de modo isonômico.

[...] eu mando o meu paciente comer verduras e frutas e como miojo e sopa, tá?! [parece se referir aos colegas de trabalho que adotam esta prática]. Pode o mundo explodir, mas eu vou almoçar todo dia na minha casa. "Mas essa doutora almoça todo dia na casa dela?! Almoça! Mas, a doutora volta e a doutora atende. [...] Minha casa é muito unida, é espetacular, é um ambiente de amor. Então, quando eu chego, eu volto revigorada. Tu já pensou se eu almoçasse como hoje eu almocei lá? [...] Por que que eu tenho que comer porcaria? Por que que eu tenho que ser boia fria? Eu não quero não? [...] Eu estudei! Eu estudei! – Trab01

[...] eu não queria uma 'briga' para médico, eu não acredito nisso. [...] eu sempre achei que a gente tinha que fazer uma greve da saúde, sabe? Um negócio, assim, para todo mundo ter ganho e ganho real, está certo? Eu não acredito em só uma categoria protegida, eu não acredito porque eu não 'toco' o posto só! – Trab01

Apesar de compreender a necessidade humana de o trabalhador reservar para si momentos para estar em família e cuidar dessa relação, no sentido de

reduzir a distância que a jornada de trabalho e a dedicação exigida podem provocar, nos traz a reflexão a negação do encontro para o almoço com os colegas da equipe no cotidiano da UBS como espaço possível de produção de afetos capaz de inspirar este trabalhador. Ficamos, ainda, a nos questionar como seria possível estabelecer relações isonômicas para constituição de um trabalho em equipe, quando o olhar para o colega o inferioriza como “boia fria”. Mesmo reconhecendo as diferenças entre os trabalhadores que integram a eSF, preocupa-nos que estas sejam sinônimo de desigualdade nos processos relacionais e favoreçam a submissão de um, em detrimento do outro. Tal distanciamento entre os trabalhadores também esteve presente na relação entre dentistas e auxiliares de saúde bucal, em que a subordinação do saber e do fazer do segundo em relação ao primeiro foi apontada neste estudo. Pires (2014), discorrendo sobre a divisão técnica do trabalho em saúde, afirma que nas categorias profissionais em que há distribuição das atividades entre os trabalhadores de diferentes graus de escolaridade, a concepção e o planejamento do trabalho é atribuído àquele de maior escolaridade, ficando sob a responsabilidade dos demais a execução das tarefas.

Hoje eu estou neutra, muito neutra. Eu não sei se é [...] pela maneira como o dentista está chegando, a gente fica muito no lugar, então a gente espera ele começar [...] No meu lugar de auxiliar e ele de dentista [...] eu estou aqui só para auxiliar – Trab06

Destarte, a submissão de um trabalhador em relação ao outro também repercute no modo pelo qual percebe o seu trabalho, desvalorizando o potencial de cuidado existente no seu próprio agir. Deste modo, os atos de cuidado que poderiam ser produzidos por este sujeito – aquele que está submetido à ordem e ao saber do outro - ficam na periferia deste contexto sendo subutilizados. Segundo Pires (2009), a divisão técnica do trabalho em saúde distancia o trabalhador do seu objeto de trabalho, tolhendo a autonomia neste processo, bem como dificulta o estabelecimento de relações com o sujeito a ser cuidado. Isto se deve ao fato de que as atividades destinadas aos trabalhadores de menor escolaridade se caracterizam pela repetição e reduzidas possibilidades de exercício da criatividade destes.

[...] assim, eu não tenho a mesma produção de vocês! Porque a gente auxilia. [...] Só para eu falar para vocês como é tão triste [...] os profissionais que vão chegando bota a gente neste lugar... – Trab06

A divisão técnica do trabalho resulta no desenvolvimento de ações de cuidado “parcelar”, em que cada trabalhador, mesmo de uma mesma categoria profissional, responsabiliza-se por diferentes atividades na prestação da assistência ao usuário. Neste estudo, identificamos relações estabelecidas na modalidade de um **trabalho em equipe por agrupamento**, aquele que é composto por diferentes trabalhadores que não se articulam entre si e nem suas práticas (PEDUZZI, 2001; 2010), sendo as atividades produzidas de modo serializado, o que repercute na produção do cuidado fragmentado.

Eu entendo que assim, o meu trabalho, para o paciente chegar até a minha sala, ele precisa procurar o posto, ele precisa ter um prontuário, então a agente de saúde precisa fazer a visita para dar aquela autorização [...] ele precisa procurar o posto de saúde para marcar a consulta, aí envolve os funcionários da recepção [...] de lá ele vai para o ambulatório e aí entra a equipe de enfermagem com auxiliares e técnicos, até chegar à minha sala, ele passou por diversas etapas. – Trab02

Outra característica do trabalho em equipe identificada neste estudo capaz de comprometer a construção de um projeto potente de intervenção esteve relacionada à comunicação entre os agentes do trabalho e estes com os usuários. Identificamos um distanciamento entre os trabalhadores sujeitos, bem como o desencontro das informações na UBS, o que repercute no cuidado com o usuário.

O nosso médico, infelizmente, ele não quer trabalhar de equipe. Ele é assim, ele lá na dele, faz a parte dele, é “equipe”, pronto! [...] nós não estamos em equipe, nós estamos em “equipe” – Trab04

A gente tem uma dificuldade grande de comunicação porque a recepção está lá e eu estou na minha sala. – Trab02

Deram uma orientação errada para aquele usuário lá na recepção, então ele vem para o profissional com tudo, com o sangue fervendo! – Trab07

O que está faltando são pessoas preparadas na Unidade de Saúde, é uma equipe onde todo mundo fale a mesma língua. Então, a gente fala: gestante não pode perder consulta no mês! Tem que ter consulta no mês! Aí chega no SAME e o SAME diz: tem vaga não! Só tem vaga para daqui a dois meses. – Trab08

Apesar de haver um consenso entre os participantes de que a comunicação efetiva é sinônimo de “falar a mesma língua”, a fragilidade nos processos de comunicação está para além deste requisito e revela ausência de espaços de fala e escuta. As reuniões de equipe se constituem como tentativas, porém, sua legitimidade é comprometida pelo esvaziamento de trabalhadores e de

discussões sobre as questões que permeiam as dimensões macro e micropolítica do trabalho na ESF, que contribuem para seu fortalecimento ou fragilização.

[...] infelizmente, as reuniões só acontecem com enfermeira e ACS – Trab04

[...] Na verdade, a minha mãe sabe o que eu sinto, a minha família com quem compartilho minha vida, é... as tensões, é... as desmotivações, as decepções, as dificuldades e... Mas, a gente tem que encontrar uma maneira de sobrevivência. [...] Nas reuniões, eu procuro colocar de uma maneira profissional as dificuldades do processo de trabalho, os erros que acontecem – Trab02

Ressaltamos o fato de que, apesar de permanecerem juntos em uma mesma equipe, em um mesmo local de trabalho, estes sujeitos não conviviam ou apresentavam dificuldades para compartilhar as questões produzidas neste espaço. Existiam pistas de que tal atitude se configurava como medida de autoproteção, rotas de fuga de um mundo marcado por afetos que interferiam na potência de vida, o mundo do trabalho na ESF. Assim como para Kell e Shimizu (2010), estas ausências e silenciamentos interferem na elaboração de projetos terapêuticos capazes de atender às necessidades mais amplas de cuidado dos usuários.

Esses dados também corroboram com os achados de Cervinski *et al.* (2012) que afirmam que a comunicação interna na equipe se constitui como desafio a ser aprimorado na ESF, de modo que sejam compartilhados espaços de fala e escuta para integração das práticas desses trabalhadores.

Nessa perspectiva, a Atenção Básica aposta no trabalho em equipe como diferencial para promoção da integralidade que, em contraposição ao modelo biomédico em que se encontra fragmentado, tem como diretriz a presença de profissionais de diferentes formações e sua articulação, a fim de que os núcleos de competências profissionais específicos sejam fortalecidos e ampliem a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012).

Para Ribeiro, Pires e Blank (2004), portanto, o trabalho em equipe se constitui como grande desafio para a ESF, uma vez que esta pretende romper com o modelo assistencial vigente para construir uma nova prática de cuidado em saúde, na qual exista interação entre saberes e práticas dos diferentes sujeitos que compõem a equipe de trabalho.

No entanto, nesta pesquisa, a ênfase do trabalho em equipe esteve nas questões operacionais, de regulação do acesso ao serviço de saúde, em um processo linear e compartimentalizado, em que cada trabalhador operava com o seu

fazer em tempos distintos, em uma lógica objetiva do usuário, não sendo possível identificar momento da integração de suas produções. Como consequência dessa prática, apreendemos fragilidade na cumplicidade e corresponsabilização na equipe com o cuidado do usuário para o qual não havia um projeto assistencial comum.

Eu trabalhava numa equipe que o médico disse: eu não vou me meter com isso. Vocês vão se meter, façam vocês, porque eu não vou assinar isso daí [se refere a um documento elaborado por profissionais enfermeira e fisioterapeuta solicitando apoio à rede de assistência social frente a um caso de negligência com idoso] – Trab08

Quando o paciente bate lá na minha porta, eu tenho um problema horrível que eu estou errada, que é assim: quando a criatura chega comigo, eu tenho uma dificuldade terrível de dizer não. E eu digo sempre: pessoal, vocês é que têm que dizer não, eu sou como se fosse a mãe. Então, quem tem que dizer “não” são vocês! – Trab01

Percebemos duas questões importantes: uma relacionada ao processo de trabalho médico-centrado e outra ao sentido da corresponsabilidade no processo de trabalho em equipe. Embora reconheçamos que o processo de acolhida do usuário na UBS deve ser deslocado do eixo médico para uma equipe multiprofissional, aproveitando o potencial de cuidado dos demais trabalhadores, tal como sugerem Franco, Bueno e Merhy (2007), ficamos a refletir sobre como poderia a equipe de recepção de uma UBS responsabiliza-se sozinha pela avaliação das necessidades dos usuários que buscam o serviço de saúde.

Nesse contexto, acreditamos que o trabalho em equipe teria sua relevância, à medida que possibilitasse agregar saberes e competências para o cuidado do usuário, compartilhar a responsabilidade com o mesmo, ao invés de atribuir a um determinado setor a incumbência para regular seu acesso ao serviço de saúde.

Além disso, ser considerado pelos usuários do serviço como “mãe”, ou seja, a incorporação em pessoa de práticas acolhedoras, de apoio e compreensão do “filho” – o próprio usuário – que representações ocupariam, portanto, no imaginário dos usuários, os demais trabalhadores da UBS? Como estas representações estariam a interferir na relação destes sujeitos? Assim, corroboramos com Franco (2007), ao afirmar que a ênfase no trabalho em equipe no processo de trabalho em saúde deve ser orientada pela capacidade de agregar saberes dos diferentes trabalhadores na proposição de projetos terapêuticos, de modo a atender às necessidades dos usuários em suas múltiplas dimensões –

biopsíquica e social – e redimensionar, assim, o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e não para privilegiar a relação de um trabalhador com os usuários em detrimento dos demais.

O **apego à normatização** surge nesse contexto não como o cumprimento de uma ordem instituída pela gestão, mas criadas no âmbito da própria eSF, sob a justificativa de organizar o atendimento. Este elemento se mostrou como fator de antiprodução, por ocupar lugar privilegiado para garantia do atendimento em detrimento do usuário, destacando-se a recusa na realização de consulta nos casos, em que o prontuário do usuário não era identificado pelo serviço de recepção da UBS e mediante atraso do usuário à consulta agendada.

Eu só atendo se achar o prontuário. Sem o prontuário, eu não atendo! – Trab01

A gente tem que organizar o atendimento, não tem que ter regras do atendimento? Não, é porque o usuário é prioridade que ele pode chegar a hora que ele quiser no posto, entendeu?! – Trab05

Apesar de reconhecer a importância da organização dos serviços de saúde, percebemos uma lógica burocrática que orienta tal investida, bem como a ausência de escuta que esta prática adota, especialmente na relação trabalhador-usuário que utiliza normativas elaboradas pelo primeiro, na tentativa de organizar o atendimento, mas que podem se configurar como barreiras institucionais no acesso ao serviço de saúde. Assim, mesmo reconhecendo a necessidade de os trabalhadores criarem estratégias para organização do serviço, o que nos preocupa é a relação entre estes e as necessidades de cuidado dos usuários em detrimento dos interesses dos trabalhadores: não seriam modos de burocratização, ao invés de cuidado?

Tal realidade assemelha-se àquela apresentada por Cavalcante Filho *et al.* (2009) que, ao relatar a experiência de implantação de acolhimento coletivo por uma eSF, ressaltam que o trabalho estava organizado por agendas individuais, como um cardápio de serviços previamente definidos - aos quais os usuários deveriam ser acomodados – e que o atendimento se dava por ordem de chegada, sendo os usuários recepcionados por equipe não técnica. Esta configuração dificultava o acesso do usuário aos serviços e a capacidade de agregar os diferentes integrantes da equipe na responsabilização do cuidado com o paciente, não

possibilitava espaço de escuta do mesmo e pouco aproveitava o potencial dos diferentes sujeitos inseridos na ESF nesta produção.

Somados a essa questão, outros depoimentos revelaram uma lógica de organização da atenção à saúde da comunidade centralizada na UBS e, portanto, nos procedimentos produzidos, orientados para as ações programáticas de saúde. Igualmente, nos despertou atenção o fato de que os trabalhadores perceberem no momento da fala que tal configuração era insuficiente para produzir o cuidado que os usuários necessitavam.

Eu desenhei a Unidade de Saúde no centro, mas o certo era para ser a comunidade. Mas, nesse momento, na verdade o posto tem sido o centro do, de procura e aí, assim, coloquei os principais programas. – Trab02

Eu sinto falta, assim, de... Hoje, têm uns dentistas novos que tão vindo só para atender, eles não tão preocupados muito com o programa não! [...] De hipertenso [programa], a gente tem, não é o programa, tem o dia separado. Hoje, é o dia do hipertenso, atendeu, vai embora. A gestante: atendeu, vai embora [...] Eu não vejo esse acolhimento. – Trab06

As falas chamaram atenção pela análise que expressaram consigo. Os trabalhadores lançaram um olhar para as práticas produzidas por eles na ESF e identificaram situações limites. Estes sujeitos perceberam, portanto, que produzir o cuidado dos usuários não se tratava apenas de destinar um turno para o atendimento de um determinado público, mas para aquilo que era produzido naquele momento, a micropolítica que permeava o encontro entre trabalhador-usuário.

Observamos antiprodução da ESF quando os trabalhadores no seu **modo de agir não abrem espaço de escuta ao usuário**, às questões que estão subjacentes à produção do processo saúde-doença. Situação semelhante foi identificada por Silva (2012, p. 103) o que definiu de “ciclo de não escuta: consulta – não escuta – medicaliza usuários – usuário vai embora – usuário retorna ao CSF, pois seu problema não foi resolvido”.

Mesmo reconhecendo a necessidade de alterar esta prática, parece-nos que estes sujeitos se viam destituídos de poder para fazê-lo e apresentavam como justificativa a grande demanda para atendimento e a desmotivação no trabalho. Essas questões são discutidas no capítulo seguinte deste estudo, no entanto, cabe destacar que os trabalhadores reconheceram a insuficiência desta conjuntura para produção do cuidado do qual os usuários necessitavam, mas deslocavam para a

equipe de gestão da ESF a responsabilidade para provocar as mudanças necessárias.

Apesar de reconhecermos o elevado número de famílias adscritas à eSF como problemática, acreditamos que esta questão não pode explicar a ausência de escuta na ESF. Neste sentido, Schimith e Lima (2004) afirmam que ampliar o número de eSF não é suficiente para possibilitar o acesso aos serviços de saúde na UBS, uma vez que se mostrou como problemática questões relacionadas ao processo de trabalho da equipe como a ausência de espaços de escuta.

Assim, apoiamos Merhy (2007), quando defende a ideia de que a reestruturação no setor saúde capaz de produzir cuidado está relacionada ao modo de produção dos trabalhadores no uso de tecnologias leves. O autor define tecnologias como o conjunto de recursos, materiais e não materiais, utilizados pelo trabalhador no momento da produção. As tecnologias leves, portanto, são relacionais, modos de estabelecimento de vínculo e escuta dos usuários potentes em si para produzir cuidado. Não caberia, portanto, um repensar sobre as práticas de cuidado adotadas no âmbito da UBS, modos de alterá-las? Que potência tem o trabalhador para fazê-lo? Essas questões permearam nossas intervenções, de modo indireto, no sentido de promover reflexões nos sujeitos em busca de respostas e possíveis reformulações.

Outro aspecto identificado como antiprodução na ESF esteve relacionado à **dificuldade no acesso ao serviço de saúde**, reconhecidamente pelos trabalhadores como articulação, *nó*, crítica na ESF. Assim como o acolhimento foi apontado anteriormente como estratégia de escuta e de organização da demanda odontológica, a falta do profissional médico na equipe e a grande procura de usuários na UBS foram citadas como justificativas desta problemática.

Eu acho que a gente está deixando a desejar [...] as necessidades individuais de cada um [...] desse lado eu coloquei o que eu acho que está faltando, que a gente não está conseguindo promover, certo? Eu acho que o acesso, porque eu estar sem médico, eu acho que muitas necessidades não estão sendo resolvidas, então eu acho que o acesso. – Trab02

[...] Quando você começou no PSF médico, enfermeiro e dentista fazia o seu acolhimento. Então os três, oito horas da manhã a equipe na frente, todo mundo no acolhimento. Então, depois se tirou tudo: o médico não quis ir para o acolhimento, o enfermeiro também não quis ir porque era muito trabalho, porque atrasava o atendimento [...] – Trab07

É família demais – Trab01

É importante reconhecer a importância de todos os trabalhadores que atuam no cotidiano da ESF. Por isso, é preciso reinventar modos de produzir e não apenas de se pautar pelas proposições realizadas por um único profissional, no caso, o profissional médico que hegemonicamente tem estabelecido padrões de atenção e ocupado o centro da procura e da produção de procedimentos na UBS. O motivo de tal preocupação se deve à relação “acesso ao serviço de saúde” como “acesso à consulta médica”, tal pôde ser observado nas falas. Os outros trabalhadores não estariam a produzir atos de cuidado de saúde? Além disso, o reconhecimento de que a UBS é que está no centro da ESF e não a comunidade, conforme apresentado na fala anterior, provoca uma questão sobre que lugar ocupa o usuário na produção do cuidado na ESF.

Franco e Merhy (2007), refletindo acerca das contradições da ESF como proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS, esclarecem que no modelo “médico procedimento centrado”, igualmente adotado no modelo médico hegemônico, a UBS tem a consulta médica como o centro do trabalho produzido, subjugando, portanto, os saberes e as práticas dos demais trabalhadores que constituem a eSF aos atos do médico.

Esse modo de organização do serviço de saúde desapropria os demais trabalhadores de sua autonomia para prestar assistência, sendo, sua prática, regulada pelo médico, reduzindo, portanto, as possibilidades terapêuticas do usuário (FRANCO; MERHY, 2007; TESSER; BARROS, 2008).

Somada a isso, a medicalização provoca demanda excessiva aos serviços de saúde e reforça a produção social de uma demanda centrada no procedimento, em uma relação objetual com o usuário, cujo foco está no uso de tecnologias duras, procedimentais, em detrimento de uma lógica relacional de produção da autonomia do usuário no seu modo de viver e cuidar-se (FRANCO; MERHY, 2012; TESSER; BARROS, 2008).

Nesse sentido, a organização do atendimento centrada na UBS, a efetivação do acesso ao serviço de saúde dependente da consulta médica e a ênfase nas ações programáticas de saúde encontram ecos em estudos de Andrade e Franco (2009), Assis *et al.* (2010b) e Franco, Panizzi e Foschiera (2012), cujos resultados apontaram para uma lógica organizativa orientada pelas ações programáticas em saúde, na qual o cronograma de atendimento da eSF se

apresenta como dispositivo de enquadramento da demanda negligenciando as necessidades dos usuários.

[...] o funcionário dizer assim [...]: olhe, eu só consigo atender 12 e não chegar ninguém na minha porta dizendo: doutora, chegou um com febre! Doutora, chegou um com asma! Doutora, chegou... Eu não sou pronto-atendimento! Quem é pronto-atendimento é o hospital. [...] o PSF é cheio de novas coisas para encaixar, daqui a pouco vamos fazer até parto porque se a pessoa parir ali, eu vou ter que saber. Eu sou atenção primária! Eu não sou para está atendendo [...] – Trab01

Este discurso pode traduzir a ideia de que a **ESF trata-se de um projeto fechado**, definido a priori, no qual devem ser operadas ações programáticas de saúde que devem regular a demanda dos usuários no serviço de saúde. Esta concepção está pautada na proposta de implantação da ESF enquanto Programa de Saúde da Família, na década de 1990, quando agregou ações programáticas de saúde, ou seja, um conjunto de programas verticais que propunham o atendimento de usuários portadores de patologias epidemiologicamente definidas.

Franco e Merhy (2007), refletindo sobre a ESF e suas contradições no modo de produção, destacam que as práticas organizativas da UBS centrada no cronograma de atendimentos comprometem o vínculo entre o serviço e os usuários, bem como sua capacidade de produzir o cuidado quando os usuários mais necessitam. Assim, este estudo revela a percepção dos trabalhadores de que a credibilidade na ESF como potência de produzir cuidado acessível e resolutivo encontra-se prejudicada por negligenciar necessidades da comunidade adscrita, inclusive quando esta busca atendimento.

Outros programas a gente está deixando a desejar que seria o quê? As necessidades dos homens, dos adolescentes que muitas vezes eles nem sabem que têm necessidades, mas a gente tem que encontrar estratégias para buscar essa população e eu acho que isso a gente está deixando a desejar. [...] quando tinha ficha, as fichas nunca eram suficientes para necessidade da população porque a população está muito maior que àquela que a gente dá conta. [...] Eu acho que não está tendo resolutividade [...] então, ele [o paciente] não consegue obter o resultado esperado por ele, nem a gente consegue obter o resultado esperado por a gente profissional. Nesse momento, eu acho que a credibilidade, a confiança no posto ficam estremecidas. – Trab02.

A expressividade deste discurso nos provoca a refletir sobre movimentos de antiprodução na ESF, a partir das dimensões da gestão cuidado propostas por Cecílio (2009): profissional, organizacional e sistêmica. Na primeira, a gestão do cuidado ocorre pela ação direta do próprio trabalhador na sua relação com o

usuário, um espaço de relativa autonomia. Na segunda dimensão, a gestão do cuidado se dá a partir das conexões estabelecidas pelos trabalhadores entre si, na interface entre seus diferentes saberes e práticas. A terceira dimensão caracteriza-se pela comunicação com os diferentes serviços, objetivando articular uma complexa rede de cuidados.

Assim, apesar de os trabalhadores apontarem, insistentemente, neste estudo, o excesso de famílias adstritas às eSF como fator que justifica movimentos de antiprodução na ESF, nos questionamos se a relação quantitativa neste dimensionamento atendesse ao que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF cumpriria o seu papel de promover acesso, acolhimento, vínculo, resolutividade e integralidade da atenção à saúde dos usuários mediante às práticas e relações estabelecidas por estes sujeitos? Não seria necessário reestruturar os modos de produção vigente, seja na gestão ou no cotidiano desses trabalhadores?

Diante do que foi apreendido nos discursos desses sujeitos, é possível afirmar que existia uma tentativa de delimitar problemas e espaços de governabilidade sobre os mesmos e localizar a sobrecarga de trabalho somada à deficiência na infraestrutura no centro desta discussão. Estes achados ratificam estudo de Beck *et al.* (2010), em que elucidam que a realização do trabalho na ESF é prejudicada por fatores externos aos trabalhadores, não dependendo destes para modificá-la.

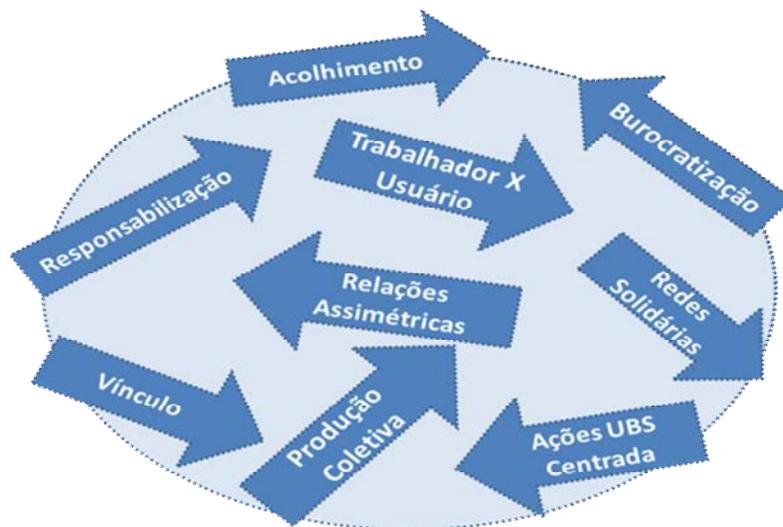
Acreditamos que esta simplificação fragiliza movimentos de produção na ESF, pois **desvia o olhar de si como coautor** nesta produção e, conseqüentemente, motiva os trabalhadores a acomodarem-se na periferia do debate, inclusive da produção de soluções.

[...] quando você pergunta [se refere ao pesquisador]: alguém aqui se sente com poder para...? [alguém interpela ao fundo: "não!"] No momento, eu acho que esse momento que a gente está de desmotivação [novamente interpelada: "muito grande!"] a resposta é não! – Trab02

No entanto, os sujeitos revelaram em seus discursos multiplicidades de concepções e práticas fabricantes e fabricadas do e no cotidiano do trabalho, capazes de consolidar e fragilizar a ESF, elas se apresentam de forma caótica (Figura 4). Logo, pensar essas questões à luz das dimensões da gestão do cuidado definidas por Cecílio (2009) – profissional, organizacional e sistêmica, possibilita dizer que elas ocupam espaços distintos, o que afirma a possibilidade de

intervenções dos diferentes sujeitos que neles atuam, inclusive os próprios trabalhadores. Mas, ao mesmo tempo, estão interligadas, se imbricam nos processos de produção, sendo determinantes e determinadas dos/pelos modelos de atenção e gestão em saúde.

**Figura 02** – Representação figurada da produção e antiprodução na Estratégia Saúde da Família. Maracanaú/CE, 2014.



Fonte: Autor, 2014.

Assim, os dados desta temática revelaram multiplicidades no processo de produção da ESF, reforçando Merhy (2007, p. 12-13) quando afirma que

Mas de fato, somos e não somos, sujeitos. Ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras [...] não há nunca uma identidade, individual ou coletiva, que fica para sempre no tempo em nós. Esta, está sempre em produção.

Portanto, retomando a questão levantada nesta investigação quanto ao modo de inserção do trabalhador na ESF, é possível entender que ocorre por meio de sua própria produção. Neste movimento, os trabalhadores fabricam nos seus diferentes territórios práticas singulares, as quais ora contribuem para reorientação do modelo assistencial pautadas na responsabilização, vínculo e acolhimento e, ora negligenciam tais diretrizes, adotando uma lógica burocratizada na produção do cuidado e hierarquizada na composição do trabalho em equipe, pouco potente para ocasionar rupturas na configuração no modo de produção do cuidado na ESF.

### 6.3 Potencialidades e limites da Estratégia Saúde da Família: percepções dos trabalhadores

Eu acho que nosso trabalho faz transformar, promover mudanças. – Trab08

Este subtema agregou 21 unidades de análise que revelaram, na perspectiva dos trabalhadores, repercussões da ESF na vida dos usuários, bem como os seus limites como reorientadora do modelo de atenção à saúde no SUS. Apesar de não se constituir inicialmente como objetivo deste estudo, decidimos por registrar e discutir as questões nele apresentadas por ter se constituído como um analisador nos encontros de produção dos dados, sendo, entretanto, percepções dos trabalhadores a partir das experiências no cotidiano do trabalho na ESF e suas análises.

Para os sujeitos deste estudo, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho, a **ESF se constituía como um marco no acesso à saúde**, por sua distribuição e capilaridade nos territórios e a reconheciam como e capaz de produzir vínculo.

Eu observo assim: antes do Saúde da Família, a população, a comunidade, e depois do saúde da família [...] coloquei um sol. Porque eu acho assim, eu não vejo mais a comunidade sem o PSF, apesar de reclamar de tudo, mas eu acho que a gente está bem pertinho dela, é diferente quando antigamente todo mundo corria para o hospital. – Trab08

Destacamos, ainda, o fato de que as práticas de cuidado destes sujeitos tinham **influenciado para o viver saudável da comunidade**. Assim, os sentidos do trabalho na ESF também traduziram a compreensão de que estavam a se produzir práticas comprometidas com a dimensão humana do usuário.

[...] E aí eu resolvi botar todo mundo feliz, eu botei todo mundo sorrindo. E é assim que eu vejo, por incrível que pareça com o que eu digo que eu sofro, mas é assim que eu vejo! – Trab01

[...] você vê assim, vê a pessoa conseguindo mudar. De atitude, em relação à questão da higiene, com relação à água de beber, à alimentação, ao cuidado com o bebê, à amamentação [...] – Trab08

Esses dados apoiam os achados de Mendonça (2009) que considera a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde como resultados positivos da ESF. Nesta perspectiva, Leite e Veloso (2009) apontam a ESF como produtora de

vínculo e capaz de ampliar o acesso aos usuários, fato este que constitui como avanço na rede de saúde do SUS.

Neste estudo, ressaltamos a **ESF como ampliação de serviços da rede básica de saúde capaz de agregar diferentes trabalhadores e de promover o acesso** dos usuários aos recursos para tratamento neste âmbito do sistema de saúde. Estas conquistas comprovam a proposta da ESF como meio de fortalecimento do SUS, como política pública capaz de assegurar o direito à saúde.

[...] e aí eu me lembrei que não tinha dentista no PSF, era enfermeiro e o médico. [...] pessoal, não tinha remédio não, meu povo! Não tinha nada nas farmácias quando eu comecei. [...] Eu só sei que deu certo: dentista que não tinha, remédio que não tinha, eu comecei a dizer: “rapaz! Esse negócio foi bom”. – Trab01

A afirmativa de que a ESF se configura como avanço no sistema de saúde pela ampliação do acesso ao serviço de saúde e dos recursos necessário à terapêutica também é reconhecida por Rangel *et al.* (2011) que identificaram, dentre outros avanços, em entrevistas com usuários, a localização da UBS na própria comunidade e a disponibilidade de medicamentos como avanço promovido pela ESF. Ney e Rodrigues (2012) apontam, ainda, que a identificação de médicos com a filosofia da ESF se configurou como fator importante para permanência destes.

Outro aspecto relevante foi que, para sujeitos deste estudo, a ESF não estava reduzida a um espaço de produção de práticas assistenciais de saúde, mas que tinha se constituído como **território fértil de diferentes lutas por melhorias das condições de vida da comunidade**.

Aí eu me lembrei da água [...] água encanada que no Jaçanaú nós não tínhamos água encanada! E eu tinha Hepatite e hoje eu tenho zero de Hepatite A [...] Eu lembrei que eu tinha paciente asmático lotando o posto [...] me lembro que eu tinha que sortear qual a criatura eu ia dar [o acesso ao medicamento era restrito, disponível para poucos], eu tinha que descobrir qual era o mais grave, era terrível! [...] A gente fez um trabalho junto do secretário, com o prefeito, a fulana [cita uma médica do Hospital Municipal] que ficava enlouquecida que era lotado de asmático e eu no meu posto [...] e hoje pessoal, eu não tenho mais ninguém cansado no posto. – Trab01

Essa é uma característica importante que confere à ESF a qualidade de impactar na qualidade de vida da comunidade, uma vez que, desde sua concepção, já se propunha a fazer com que a saúde fosse reconhecida como direito de

cidadania e assumia o compromisso de mobilizar a sociedade civil para o efetivo controle social (BRASIL, 1997).

Ao mesmo tempo em que a ESF foi destacada neste estudo como produtora de avanços para a saúde da comunidade, também foram lembrados os **limites que demarcam seu percurso** e comprometem este intento (Figura 5).

**Figura 03** – Dimensões-limites da Estratégia Saúde da Família na percepção dos trabalhadores. Maracanaú/CE, 2014.



Fonte: Autor, 2014.

Os trabalhadores revelam uma percepção de que a ESF tem um projeto admirável, mas sua trajetória enfrenta um declive ocasionado pela deficiente estrutura sobre a qual se organiza e é implementada destacando, o **dimensionamento de famílias por eSF**. Outro aspecto ressaltado foi a consciência dos usuários em relação ao direito à saúde que os tornam clientes exigentes por serviços de qualidade, mas pouco militantes desta causa.

O PSF é lindo, se você for ver bem direitinho [...] – Trab01.

Eu ainda coloquei uma linha, assim, que seria o crescimento, o sucesso do PSF. Ele começou numa linha crescente, sempre crescente e chegou num momento de estabilidade [na verdade a curva no gráfico faz um declive] e, eu acho que se a gente não tomar cuidado, ele vai começar a chegar num momento de queda, principalmente no sucesso, na qualidade, não pelo programa em si, o programa está muito bem estruturado, mas pelas condições da gente colocar ele em prática e pela população que está cada vez mais consciente dos seus direitos e cobram eles [...] – Trab02

Apesar de ressaltar em seu discurso “se a gente não tomar cuidado ele [o PSF] vai começar a chegar num momento de queda”, o que expressaria um sentido de implicação do trabalhador com o enfrentamento dos desafios vividos na ESF para impactar na melhoria das condições de vida da comunidade, cabe afirmar que esta percepção é por vezes interpretada por um olhar de quem se coloca de fora, o que pode ser evidenciado quando os sujeitos reduzem a problemática ao elevado número de famílias por equipe.

Tudo isso, eu acho que passa pela estrutura porque eu acho que se a gente tivesse um número “x” de famílias. Porque, se eu pudesse chegar, fazer o acolhimento, ter aquele momento com o paciente, eu acho que isso diminuiria, diminuiria tudo isso [se refere à problemática apresentada no grupo na relação usuários e trabalhadores de saúde]. – Trab08

Em vista disso, apesar da ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde configurar-se como resultado concreto da ESF, os trabalhadores denunciaram o quantitativo de famílias adscritas à eSF como superior ao definido pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) e perceberam este dado como fator que dificulta o acesso das mesmas ao atendimento. Esta questão reapareceu nos discursos dos sujeitos repetidamente como aspecto limitante para produzir as mudanças desejadas no modelo de atenção à saúde vigente, em que o acesso e a resolutividade do caso fossem garantidas.

[...] as fichas nunca eram suficientes pra necessidade da população porque a população está muito maior do que àquela que a gente consegue dar conta. Eu acho que o acesso está prejudicado, a resolutividade fica... – Trab02

A proposta de que a ESF se constitua como **coordenadora das redes de atenção à saúde** se configurando como primeiro contato dos usuários com a rede de serviços de saúde do SUS, de onde são referenciados para serviços especializados e a ela retornem para seguimento do tratamento (MENDES, 2012; BRASIL, 2012), é percebida como outro desafio pelos sujeitos deste estudo. Isto se deve ao fato de que o sistema de saúde não consegue garantir ao usuário a continuidade do cuidado na rede de serviços.

[...] eles [os pacientes] têm dificuldade de marcar consultas e exames especializados. – Trab02

Eu faço Atenção Secundária porque eu estudo, todo tenho responsabilidade com meus pacientes. – Trab01

Portanto, o acesso do usuário à rede de serviços de saúde ainda está limitado à porta de entrada que se constitui em si como primeiro contato e como única alternativa para atender suas necessidades de saúde, comprometendo a resolubilidade. Afirmam, ainda, que quando se consegue atendimento especializado, não existe comunicação de contrarreferência para a UBS, comprometendo o seguimento do usuário.

A contrarreferência que nunca vem. – Trab01

Para Testa (1992), nos sistema de saúde, em que não foi possível estabelecer redes de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados com adequado processo de referência e contrarreferência, a atenção primária à saúde se expressa como serviço que denominou de “atenção primitiva de saúde”, caracterizada pela qualidade questionável e baixa resolutividade. Estudos recentes reafirmam esta questão como problemática que compromete a integralidade da atenção à saúde a que se propõe a ESF, por dificultar a continuidade do acompanhamento do usuário na rede de serviços de saúde (MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011).

Outro aspecto percebido pelos sujeitos como grande desafio para a ESF esteve relacionado à **estrutura deficiente e à desqualificação dos trabalhadores** que atuavam na UBS para além da eSF. Assim, a problemática a ser enfrentada para que a ESF se afirmasse como reorientadora do modelo de atenção à saúde, no âmbito da rede básica no SUS, concentrava-se em torno da questão estrutural.

A gente só tem uma autoclave para duas unidades, aí tem que lavar o material, a gente explica, mas eles [os pacientes] não entendem [...] – Trab05

Mas a questão que eu vejo é o despreparo. O SAME não tem funcionários suficientes, [...] e não tinha ninguém preparado para acolher o paciente [...] Se você tivesse uma estrutura física e de pessoal adequado [...] tinha que ter esse apoio, mas isso não é o que acontece [...] Eu tenho que marcar minha agenda, eu tenho que fazer reuniões para motivar os funcionários, eu tenho que fazer o acolhimento, tudo eu! Então, eu acho que falta estrutura – Trab08

Percebemos, portanto, que em diversos momentos, os desafios enfrentados pela ESF, na percepção dos trabalhadores, estiveram localizados em um território sobre o qual não tinham governabilidade para intervir, era de uma dimensão externa à produção do seu trabalho. Assim, este dado nos levou aos seguintes questionamentos: que papéis estariam reservados aos trabalhadores na produção da ESF? Não seriam, também, sujeitos de práticas que fragilizam a ESF? Não seriam, em dados momentos, sujeitados a modos de produção que cooperam para tal fim? Estas questões podem revelar como os trabalhadores estão a contribuir direta ou indiretamente com os avanços e desafios da ESF, estando, por isso, presentes nesta pesquisa na temática “Produção e Antiprodução na Estratégia Saúde da Família”.

Franco e Merhy (2007), ao refletirem sobre a potência da ESF em provocar avanços nos modos de vida da comunidade, acreditam que esta possibilidade está para além da reformulação estrutural e organizacional dos serviços de saúde propostos em suas diretrizes. Estes autores afirmam que a capacidade de provocar reais mudanças nos modelos produtivos reside na reconfiguração das práticas de cuidado implementadas pelos trabalhadores que operam. Assim, não pretendemos negar a questão da infraestrutura como desafio ora legitimado pelos trabalhadores para concretização do projeto “mudancionista”, no dizer de CAMPOS (1997), que porta a ESF. No entanto, conforme ressaltado anteriormente, nos interessa apreender que outras possibilidades existem no cotidiano dos trabalhadores da ESF capazes de produzi-la “apesar de”.

## **7 AFETOS QUE (DES)MOBILIZAM PRODUÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta temática é composta por cento e trinta e seis (136) unidades de análise que corresponderam a 60% do total de unidades identificadas neste estudo. Além da expressividade numérica, vale destacar os sentidos das falas que a compuseram, as quais estavam a revelar experiências no campo da subjetividade, a partir de dois subtemas que agregaram elementos que nos fizeram conhecer fatores de afetivação.

Cabe, aqui, esclarecer como chegamos a esta perspectiva de análise desta temática. Para tanto, recorreremos a Franco e Galavote (2010, p. 180) que, ao tecerem reflexão acerca de possibilidades de produção do cuidado em saúde, procederam às considerações sobre outras dimensões que estavam a habitar o corpo humano para além da matéria e dos sistemas orgânicos que os compunham. Tal elaboração ocorreu com o intento de “pensar outras práticas de cuidado, capazes de operar pelos afetos”.

Assim, este corpo é constituído por intensidades que se comunicam por fluxos, ou seja, nas próprias relações estabelecidas entre os sujeitos e entre estes e as “coisas” – objetos, contextos, atitudes etc. (ROLNIK, 2007). Portanto, este processo relacional se configura como espaço em que transitam afetos capazes de produzir cuidado (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

Ora, se este movimento acontece no processo de cuidado, em que, na relação entre os corpos, permeiam afetos capazes de mobilizar no ser cuidado atitudes que promovam a vida, tal produção também ocorre nos processos relacionais dos sujeitos que operam na ESF capazes de afetar-se mutuamente.

Portanto, o uso dos termos “paixões tristes” e “paixões alegres” foi inspirado em Baruch Espinosa – filósofo de origem judaica – citado por Franco e Galavote (2010). Estes autores compreendem tais paixões como fabricadas nos encontros dos sujeitos ou entre os sujeitos e “coisas” – estrutura física deficiente e sobrecarga de trabalho, por exemplo. Os afetos estão no campo da subjetividade e se constituem como vetores que agenciam produções na ESF (paixões alegres) e que também desmobilizam sujeitos em seus processos produtivos (paixões tristes). No entanto, vale destacar que, conforme observado por Barbosa e Aguiar (2008), as questões que estão a produzir paixões tristes são, também, as mesmas que

produzem paixões alegres, o que as legitimam como relevantes na compreensão sobre a micropolítica que opera na ESF.

### 7.1 O Trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas Paixões Tristes

[...] todo mal estar que a gente está sentindo dentro da unidade, pelo paciente, pelo próprio gestor ou pela pessoa que trabalha... [...] a gente tem até vontade, mas são tantas dificuldades... – Trab02

Este subtema é composto por unidades de análise que expressaram influências acerca da experiência dos sujeitos quanto ao trabalho na ESF - especialmente nas relações destes com usuários, gestores e outros trabalhadores - sobre seus processos de vida (Figura 5). Além disso, foi possível apreender como isto se reverbera no seu agir na ESF, em que os sujeitos são produtores e produzidos do e no trabalho.

**Figura 04** – Representação gráfica dos processos relacionais na Estratégia Saúde da Família produtores de paixões tristes.



Fonte: Autor, 2014.

Nesse sentido, o trabalho na ESF se mostrou, na perspectiva dos participantes deste estudo, como produtora de sofrimento para os mesmos, os quais acreditavam que suas experiências cotidianas os legitimavam a fazer tal elaboração, relevando, portanto, um caráter empírico e singular.

[...] Eu confesso que eu era apaixonada [pelo trabalho na ESF]. Mas, de uns tempos para cá, eu não sei o que anda acontecendo comigo, aí eu sinto que eu preciso parar, eu preciso parar! – Trab08

O que me angustia é isso, eu não estou conseguindo fazer 100% - Trab02

Ele [promotor de justiça] não sabe nem o que é o PSF. – Trab04

Porque ele [promotor de justiça] nem sabe como é o sofrimento da gente [...] Esse pessoal que está no poder aí [se refere à gestão] [...] eles nunca trabalharam na ponta [se refere ao trabalho na eSF], têm alguns que já trabalharam, mas trabalharam muito pouco. Aí, eles esqueceram, esqueceram que quem trabalha na ponta sofre um monte de opressão. – Trab01

A elaboração e expressão dos sujeitos quanto à experiência na ESF como produtora de sofrimento nas suas vidas esteve presente nos discursos de todos os participantes desta pesquisa. Merece atenção para si e para este contexto onde estão inseridos, de modo que sejam consideradas as questões que permeiam sua experiência como objeto de cuidado.

Para Campos (1997), é por meio destes trabalhadores que os projetos de mudanças são implementados nos serviços de saúde e, portanto, precisam ser considerados como sujeitos. Por conseguinte, há que se lançar um olhar sobre a dimensão humana que o constitui para que sejam ouvidos, acolhidos, cuidados e tenham sua potência aumentada nos processos de produção da ESF, comprometida com valores humanos.

As paixões tristes surgiram neste estudo como questões capazes de repercutir na vida dos trabalhadores, como causadoras de angústia e, ao mesmo tempo, se reverberam na produção cotidiana do trabalhador na ESF, reduzindo sua potência para reorientação do modelo assistencial capaz de cuidar das pessoas.

Eu já fui melhor antes, entendeu? Já me entreguei aqui. Só que como eu disse hoje [...] – Trab06

A partir dos discursos dos sujeitos, a produção de paixões tristes está **nos processos relacionais na ESF** - com os usuários, com a equipe e com a gestão – e na **precarização do trabalho** neste âmbito.

Os conflitos vividos na **relação com o usuário**, no cotidiano da ESF, foram destacados pelos sujeitos deste estudo como capaz de produzir paixões tristes que reduziam a potência de agir, pois se sentiam desrespeitados no exercício da sua função.

Quem está ali, na ponta, no dia a dia, todo mundo aguenta um pouquinho de grosseria [se refere à relação com a comunidade]: o pessoal da recepção aguenta, a farmácia, a técnica de enfermagem, a dentista, a psicóloga, todo mundo aguenta um pouquinho. – Trab02

Os trabalhadores percebiam o conflito na sua relação com o usuário como resultado de um processo de empoderamento dos usuários, o que os tornavam pessoas exigentes. No entanto, os trabalhadores avaliaram as atitudes adotadas por estes como inadequadas e atribuíam a responsabilidade às autoridades políticas.

A culpa, viu, é dos políticos que empoderou o povo de forma errada – Trab01

Diante disso, questionamo-nos: não seria objetivo de modelos de atenção à saúde comprometidos com a autonomia dos sujeitos o desenvolvimento de senso crítico destes de modo que sejam capazes de provocar reflexões e reorganização das práticas de cuidado?

A Política Nacional de Atenção Básica considera a participação popular como diretriz importante para o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2012). Entretanto, justificam que não é o fato em si dos usuários estarem “empoderados”, mas o modo através do qual estes sujeitos exigem o cumprimento dos seus direitos na área de saúde.

Segundo os participantes deste estudo, as atitudes adotadas traduziam pouca consciência quanto aos seus deveres enquanto cidadão, ao tratar de maneira ríspida os trabalhadores que atuavam na ESF. Esta questão permeia a relação trabalhador-usuário, o que pode interferir no estabelecimento do vínculo entre os sujeitos.

Neste sentido, os sujeitos destacaram a inexistência de políticas que fomentassem a participação popular pautada na defesa do direito à saúde, sem perder de vista o respeito e o valor do trabalhador na ESF.

[...] todos nós como cidadãos temos direitos e deveres. O nosso dever é ser bom profissional e o serviço público é atender bem o público. [...] Quando a gente falha nos nossos deveres, aí a gente puxa a orelha ou por uma coordenadora, ou por uma gerente ou por uma ouvidoria. O elogio à gente, não sabe nem o que é isso. Mas, quando o paciente falha no dever dele [“nada acontece!” – completa uma voz ao fundo]. [...] Nesse momento, se enaltece cada vez mais os direitos do usuário, sem cobrar os deveres dele e nós, profissionais, estamos cada vez mais ‘puxados’ pelo dever e sem os direitos. [...] é como se o povo tivesse valorizado e o profissional de saúde, não. – Trab02

Desse modo, outra questão precisa ser considerada nesta análise: que lugar os trabalhadores da ESF têm assumido no processo de fomento à discussão na comunidade sobre as problemáticas vivenciadas no território, de modo que os usuários sejam vozes ativas no controle social das políticas de saúde? Não seriam estes, importantes atores para tal empreitada? Nesta perspectiva, o discurso de um trabalhador saltou no grupo ao reconhecer a consciência política do seu trabalho na ESF, como meio para provocar processos de mudança:

A gente está tentando deixar a comunidade mais consciente politicamente, porque tem paciente que quando, de quatro em quatro anos, o político vem dá para ele quatro sacas de cimento e pronto! Aquilo ali para ele, o político é um deus! Aí, quando é depois, lá vêm as consequências. [...] isso reflete na vida deles. – Trab04

Outra questão que se localizou na relação entre trabalhador-usuário foi a preocupação dos trabalhadores com as **necessidades dos usuários e a dificuldade que estes enfrentam para tê-las atendidas**. Este fato se constitui como fator que produziu paixões tristes no trabalhador, tal como identificado por Azambuja *et al.* (2007) e Oliveira Neto (2011). Em uma pesquisa sobre a saúde do trabalhador da ESF, este último identificou a presença de sofrimento psíquico em 69% dos participantes que apontaram como principal agente causador de angústia a impossibilidade de resolver os problemas que os pacientes apresentavam. Tal como afirmado por Campos (2007, p.71), “ninguém é pedra, ninguém é absolutamente racional e frio no trabalho em saúde, somos afetados pelo modo de ser dos nossos pacientes”.

[...] A gente está tentando levar o barco, está difícil [...] é triste você ver a população, uma pessoa que precisa e que não tem e não consegue, um exame que o profissional solicita e aí ele não consegue fazer aquele exame. Então, assim, não está do jeito que eu queria [...] – Trab02

Essa história aí [se refere a um caso que relatou sobre indícios de violência infantil na área] eu liguei pro Disque 100, aí o Disque 100 realocou pra Maracanaú, aí Maracanaú mandou o CREAS, o CRAS. O CRAS foi tentou várias vezes [abordar a família], a gente tentou várias vezes, mas não conseguimos, até que um dia conseguimos. Aí, fizeram um relatório enorme, mandaram esse relatório para o Ministério Público, para o Conselho Tutelar, para Secretaria de Saúde, mandou para todo mundo. Ninguém fez nada! Ninguém apareceu por lá e eu continuei na área com minha agente de saúde: *fulana* [cita seu nome] e aí? *Fulana*, e aí? [era interpelada por sua ACS que lhe solicitava resposta dos encaminhamentos do caso, mas não tinha resposta] – Trab08

O **trabalho em equipe** é questão recorrente neste estudo, em que os trabalhadores apontaram para sua ausência como fator que comprometia a potência do trabalhador. Nesta perspectiva, o trabalho na ESF se constitui como produções solitárias quando marcadas por ausência de relações de parceria entre os trabalhadores da equipe e falta de corresponsabilização sanitária com a comunidade adscrita.

Eu vejo muito assim, aumentou demais o trabalho [...] e tudo vai para na mesa da enfermeira. Então, eu sei que o médico tem que dar conta das consultas. Mas, assim, a gente, além do atendimento, ainda tem essa história que a gente tem que dar conta de tudo [...] eu me sinto, assim, sufocada! – Trab08

Mas a nossa dificuldade é essa: a “equipe”. Porque, só funciona os ACS e a enfermeira [...] Não estou me sentindo no posto como equipe, médico não está trabalhando em equipe. A desunião total, todos desmotivados, a desunião é total. Eu não estou fazendo nenhum grupo, nem hipertenso, a gente fazia um grupo muito bacana de gestante, de hipertenso, não estou fazendo mais nenhum. A secretaria cobra, a enfermeira vê e eu disse: eu não vou fazer mais nenhum, eu não estou motivada para fazer, eu vou ser sincera, não adianta eu fazer uma coisa sem está motivada – Trab04

Como consequência, observamos que a fragilidade nas relações da equipe e sua desorganização quanto aos processos de trabalho comprometem a atuação dos sujeitos e repercute nas práticas de cuidado do usuário. Do mesmo modo, Carreiro *et al.* (2013), ao estudar acerca do adoecimento mental do trabalhador na ESF, apontaram para as relações e os processos no trabalho em equipe como fator gerador de estresse, devido à desorganização do trabalho e à dificuldade na convivência no grupo.

A **relação dos trabalhadores com a gestão** saltou de modo expressivo e majoritário neste estudo, como questão que comprometia a produção da ESF, em

que os trabalhadores percebiam as práticas de gestão como controladoras e opressoras do seu modo de produção.

Eu me sinto oprimida com a gestão [...] eu me sinto cortando as minhas asas. [...] aquela cobrança que se digam “essas são leis para serem cumpridas e não para serem discutidas”, é muito chato... – Trab07

Eu fico com vergonha [...] eu me sinto assim, como se eu fosse uma criança e minha mamãe veio brigar comigo – Trab06

[...] o que me aflige é que essa coordenação perdida atrapalha o meu serviço, atrapalha o serviço do posto. – Trab02

[...] essa coisa de massacrar o profissional, vai, pessoal, vai acabar [se refere a esta questão como ameaça à ESF] – Trab01

Como a prática de gestão poderia potencializar o trabalho na ESF enquanto possibilidade de produção do cuidado, senão mobilizando os próprios trabalhadores, produtores em ato do cuidado, a usar da sua capacidade inventiva? “Cortar as asas” do trabalhador significa capturá-lo, reduzir sua potência, negar o contexto subjetivo por onde circulam vetores que agenciam processos de mudanças na ESF.

O trabalho em saúde ocorre no “trabalho vivo em ato”, ou seja, na ação do próprio trabalhador, por meio de processos relacionais, cujo encontro entre este e o usuário transitam afetos capazes de produzir cuidado (MERHY, 2007; FRANCO, 2012; CECÍLIO, 2009). Assim, recorremos a Campos (2007) quem afirma que a tentativa de afastar do indivíduo seus desejos e interesses, tal como “cortando as suas asas”, resultaria no comprometimento desta produção.

Em uma reflexão acerca das práticas de gestão nas organizações e sua aplicação no contexto da saúde, Campos (2007) resgata a historicidade dos métodos administrativos para constituição do que denominou de “racionalidade gerencial”. Para o autor, após a escravidão e as conquistas trabalhistas do mundo moderno, as práticas gerenciais buscaram técnicas mais sutis de controle e dominação no mundo do trabalho.

Isso aconteceu em virtude da necessidade dos administradores em manter os trabalhadores subordinados aos seus interesses, o que implicaria reduzir ao mínimo a interferência destes nos processos de produção, ou seja, a eliminação de traços de subjetividade nas operações, inclusive de expressarem seus próprios desejos e interesses. Para tanto, a “racionalidade gerencial” utiliza-se de dispositivos

que pretendem controlar e modelar os trabalhadores em seus processos produtivos (CAMPOS, 2007).

Neste estudo, os trabalhadores sinalizaram o exercício desta prática por diferentes atores da equipe gestora da ESF – coordenador de UBS, gerentes dos territórios de vigilância à saúde e secretaria de saúde - quando denunciaram, em tom de protesto o controle sobre a organização da agenda de retorno de pacientes, fiscalização obsessiva em relação ao registro de ponto digital e excessiva quantidade de relatórios quanto às atividades realizadas.

Eu vejo um paciente que está com pneumonia e peço para ele vir daqui a sete dias e a minha gerente diz que eu não posso [...] – Trab01

[...] agora a nossa coordenadora [da UBS] é general [...] antes a coordenação se preocupava com o paciente, hoje em dia, a preocupação dela é com o horário do funcionário, se o funcionário está ali, se o funcionário bateu o ponto [...] o que ele deveria estar organizando, ele não organiza [...] coordenar a unidade – Trab04

[...] Ser enfermeira da Estratégia Saúde da Família está me deixando, assim, angustiada, com tanta coisa! Eu estou me sentindo... Às vezes, eu me sinto como se eu fosse uma irresponsável porque toda semana vem: “o que é que você vai fazer na sua área hoje? Vai ter algum evento? Vai ter alguma coisa?” Pergunta no começo da semana, aí tem que informar o que você vai fazer [se refere à Secretaria Municipal de Saúde]. No final da semana, tem que enviar um relatório do que foi feito. [...] – Trab08

A gente foca muito no coordenador [da UBS], mas como é uma escada, vem lá de cima e vai descendo [se refere a um nível hierárquico de gestão] e lá em baixo [na UBS, na relação com os trabalhadores] é onde pega mais. Eu acho que o coordenador [da UBS], eles estão errando, eles estão pecando porque não entende do negócio, mas eu sei que eles também são pressionados. – Trab06

Essa prática também foi apontada por estudo que identificou nos processos de trabalho da gestão em UBS preocupação com atividades, meio cuja lógica estava pautada em uma concepção clássica da administração que reforçavam o burocratismo, o “produtivismo” e a alienação do trabalhador em relação ao seu próprio processo produtivo (FRACOLLI; EGRY, 2001).

A exigência e pressão relacionadas ao cumprimento de metas também surgem em outros estudos como fatores influentes para o comprometimento da produção da ESF, por levar à saída de profissionais que nela atuam (BARBOSA; AGUIAR, 2008). Este fato evidencia tal problemática como pertencente a diferentes municípios onde existem a ESF, demandando, portanto, revisão das práticas de

gestão, a fim de aprimorá-la e cumprir com a missão de coordenar processos de trabalho potentes para consolidar a ESF no país.

A intervenção da equipe gestora da ESF se caracteriza pela produção da alienação do trabalhador, conforme definido por Campos (2007), como o distanciamento entre o trabalhador e o resultado do seu próprio trabalho. Isto ocorre por meio de métodos de gestão capazes de submeter os indivíduos à obediência de seus chefes, sob uma lógica autoritária de governar. Como resultado desta prática, o trabalhador tem sua produção sujeitada a normas rígidas e burocráticas que reduzem sua potência para produzir o cuidado que os usuários necessitam.

[...] tem me doído muito mesmo, você agora não pode mais passar remédio para quem não é daqui da unidade. Tem que ser autorizado, passar pra ser autorizado pela gerente que nunca está no posto, passar pela coordenação que nunca está no posto e quando está se tranca na sala dela e passa pela gente sem dizer um bom dia ou boa tarde. – Trab07.

Apesar de considerar importante práticas de gestão que busquem organizar os serviços no âmbito das UBS, bem como orientar o trabalho na ESF de modo que atenda aos pressupostos da política nacional de Atenção Básica capaz de produzir cuidado, nos preocupou o modo como têm sido implementadas. Portanto, ficamos a nos questionar se as práticas de gestão adotadas têm sido compatíveis com as práticas de atenção que se pretende construir na ESF. No entanto, na perspectiva dos trabalhadores, elas seguíam na contramão uma da outra.

Por conseguinte, reiteramos Merhy, Malta e Santos (2011) ao afirmar que a compreensão acerca dos modelos de atenção à saúde e sobre a potência da gestão se constitui como um grande desafio para os gestores do SUS, em todas as suas instâncias, inclusive naquela em que trabalhadores e usuários se entrecruzam cotidianamente e produzem relações de (des)cuidado, ou seja, a UBS. Isto se deve ao fato de que é por meio da gestão que o processo de trabalho pode ser questionado, provocada análises sobre o que está a ser produzido nos serviços de saúde.

Outro aspecto identificado quanto às questões relacionais como produtoras de paixões tristes na ESF foi a **ausência de espaços de fala e escuta**, em que sujeitos possam compartilhar a vida no cotidiano do trabalho na ESF entre si e com a gestão. Experiências de relações que se constituem, em si, como produtora

de sofrimento. Deste modo, os trabalhadores perdem a oportunidade de colocar para a gestão e seus pares as questões que estão a produzir sofrimento e estagnação nos modos de produção capazes de cuidar da saúde das pessoas na ESF.

Apesar da gente está no mesmo posto, dentro lá, a gente não consegue enxergar o problema do meu vizinho, eu não consigo [...] lá ninguém fala, ninguém diz nada. – Trab06

A gente fica angustiada. Sem saber... Porque ninguém tem com quem desabafar, quem recorrer. – Trab04

[...] quando a gente sofre alguma coisa do usuário, qual é o órgão que eu vou recorrer? – Trab02

A gente está sem pai e sem mãe. – Trab01

[...] precisa, eu acho, humanizar um pouco mais, fazer reuniões – Trab07

A negligência com a saúde do trabalhador da ESF é apontada por Carreiro *et al.* (2013) que identifica nas questões relacionadas ao trabalho fatores predominantes para desencadear adoecimento mental nestes sujeitos. Trindade e Lautert (2010) identificaram a ocorrência de exaustão física e mental – denominada Síndrome de Burnout – em 6,97% dos sujeitos pesquisados, cuja causa estava relacionada ao trabalho na ESF. Outro estudo sobre saúde ocupacional dos trabalhadores da ESF identificou que 69% dos trabalhadores apresentavam algum sinal de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho ao revelar sentimentos de tristeza, angústia, medo, irritação, nervosismo e impaciência como os mais frequentes (OLIVEIRA NETO, 2011).

Diante disso, nos questionamos: se a aposta na ESF é de que se constitua como proposta de reorientação do cuidado em saúde capaz de perceber as necessidades dos indivíduos, que atitudes devem ser esperadas no cuidado de quem cuida? Esta questão emergiu a partir da análise do corpus deste estudo, mobilizando reflexões acerca das necessidades destes trabalhadores como de fundamental importância nos agenciamentos de produções de devires na ESF. Esses dados indicaram, portanto, a necessidade de cuidar do trabalhador da ESF pelas experiências vividas neste contexto e por se configurarem como questões ameaçadoras da ESF, uma vez ser o próprio trabalhador, o meio pelo qual a ESF é produzida.

Refletindo sobre estas questões, Campos (2007) propõe um método de gestão relacional, pautado na participação ativa de gestores e trabalhadores, em que aos primeiros é atribuído o papel de mobilizar reflexão, crítica e proposição acerca dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Assim, a prática de gestão é reconfigurada, a fim de conferir uma lógica de gestão em saúde, em que os trabalhadores são percebidos como sujeitos sociais que participam de um espaço coletivo, no qual são discutidas questões e tomadas decisões relacionadas ao seu trabalho (SPAGNOL, 2005).

Bastos *et al.* (2008), ao relatar a experiência da apropriação e aplicação dessa concepção junto à eSF, apontam para a importância desta estratégia como promotora de espaços de escuta dos trabalhadores e produção de análises sobre o processo de trabalho na ESF. As autoras destacam como resultado da investida o fortalecimento da eSF para superar seus medos, ampliar o conhecimento e viver a cogestão.

Assim, os dados deste estudo indicaram a necessidade de repensar as práticas de gestão à luz de conceitos propostos no campo da saúde coletiva – como espaço coletivo, sujeito social, vínculo, dentre outros - de modo a agregar à função gerencial dispositivos capazes de potencializar a produção cotidiana da ESF.

Outro aspecto destacado pelos participantes no contexto relacional com a gestão foi o fato de que esta estava permeada pela **interferência política-partidária nas práticas de gestão** que interferiam na contratação de **trabalhadores desqualificados para atuar na ESF**, bem como nos processos de tomada de decisão. Na perspectiva dos sujeitos deste estudo, a interferência se caracterizava por medidas que desconsideram o conhecimento técnico sobre a ESF e eram orientadas por interesses eleitoreiros, inclusive no momento de recrutar trabalhadores. Além disso, tal interferência também ocorria no processo de gestão do trabalho na ESF, o que comprometia o desempenho da ESF.

[...] outra coisa, a coordenação [...] eu resolvi achar você lindo e dizer: você vai ser o meu coordenador. Mas, ele não tem treino, o cara é... [...] é muito amadorismo, tudo é feito no amadorismo. – Trab01

O vereador diz: “meu posto de saúde”, “meus funcionários”... muito chato, muito chato! Porque você se sente como se os funcionários fossem... não é aquele funcionário que trabalha com dedicação, que se dedica, que se doa. Então, ele bota porque foi um cabo eleitoral e, todas essas coisinhas, assim, às vezes, tratando até mal os próprios pacientes, isso dói mesmo porque,

tratar mal o paciente?! Todas essas coisinhas aí são muito chatas [...] – Trab07

[...] Mas a questão que eu vejo é o despreparo. O SAME não tem funcionários suficientes. Não tem! [...] não tinha ninguém preparado para acolher o paciente. porque o SAME é a porta de entrada. Então, se o SAME não está preparado... [...] O que está faltando é pessoas preparadas na unidade de saúde [...] – Trab08

Aí é que entra aquela questão da política. Foi o vereador tal que indicou e aí eu posso fazer o que quiser. – Trab04

Achados semelhantes foram apontados por Trindade e Pires (2013) que consideraram a influência político-partidária de cunho clientelista e a falta de profissionais qualificados como motivadoras do aumento da carga de trabalho dos profissionais que atuavam na ESF. Barbosa e Aguiar (2008), estudando os fatores que corroboram a permanência dos enfermeiros na ESF, também ressaltam esta influência, uma vez que enfermeiros foram demitidos ou pediram demissão pelo que chamaram de “questões políticas”.

Como consequência dessas práticas, observamos a redução da potência do trabalhador como sujeito criativo na produção do cuidado, bem como um movimento de distanciamento entre os trabalhadores alterando, assim, a lógica do trabalho integrado que requer a ESF.

Eu sofro ainda hoje, porque eu queria ser reconhecida, mas não vou ter porque nosso mundo é um mundo político e no Brasil, a política não é de reconhecimento de quem estuda. – Trab01

[...] Aquela união que eu sentia, aquela união que eu sentia na unidade [de saúde] está acabando! Está acabando, não tem mais. – Trab07

Além disso, outro resultado apontado pelos sujeitos esteve relacionado à desqualificação profissional, sobretudo àqueles que coordenavam as UBS e prestavam apoio nas atividades administrativas, a **sobrecarga de trabalho** decorrente de acúmulo de atribuições que não eram essencialmente suas, mas o faziam por compromisso com o trabalho.

A coordenação da unidade tinha que fazer reuniões mensais ou quinzenais para que a gente trabalhasse junto, tinha que ter esse apoio, mas isso não é o que acontece! Mas, é a enfermeira, é a médica, é a dentista, aí o resto se não for preparado a gente tem que se virar! Eu tenho que marcar minha agenda, eu tenho que fazer reuniões para motivar os funcionários, eu tenho que fazer acolhimento, tudo eu, eu, eu, é assim... – Trab08

Esses dados reforçam os achados de outros estudos que também apontam a insuficiência e desqualificação profissional como fatores que contribuem para fragilizar o movimento de universalização e integralidade das ações da atenção básica à saúde no Brasil (BECK *et al.*, 2010; TRINDADE; PIRES, 2013). Além disso, a sobrecarga de trabalho decorrente da presença de profissionais desqualificados repercute na saúde mental dos trabalhadores da ESF, ocasionando distúrbios como ansiedade e transtorno depressivo (CARREIRO *et al.*, 2013).

Neste estudo, a **precarização do trabalho na ESF** também se apresentou como questão relevante para ocasionar sofrimento e reduzir a potência do seu trabalho. Esteve relacionada ao excedente de famílias adscritas às eSF, ao aumento de atribuições dos trabalhadores, à deficiente infraestrutura nas unidades de saúde e à inexistência de direitos trabalhistas e remuneração insuficiente. Estes resultados confirmam achados de diferentes autores (TRINDADE; PIRES, 2013; OLIVEIRA NETO, 2011; AZAMBUJA *et al.*, 2007), reafirmando, portanto, estas questões como problemáticas que demandam atenção pela capacidade que têm de comprometer a produção do cuidado por ocasionar, inclusive, sofrimento psíquico nos trabalhadores (CARREIRO *et al.*, 2013).

Novamente a questão do dimensionamento de famílias por eSF emergiu no estudo, neste momento esteve relacionada à influência que exercia sobre a potência do modo de agir dos trabalhadores na ESF, comprometendo-o. A sobrecarga de trabalho tanto é consequência do aumento do número de famílias na área adscrita, como também das atividades que lhes são requeridas, provocando exaustão do trabalhador.

Como eu estou numa área em que a população está muito maior do que a unidade dá conta, os agentes de saúde também têm uma quantidade de famílias muito superior ao que eles podem dar conta, a gente está tentando levar o barco, está difícil [...] – Trab02

[...] como é que vou fazer tudo isso, se eu tenho nove turnos na semana e, em cada um, eu tenho coisas para fazer? [...] Você está com sua agenda lotada, noventa dias atrás com hipertenso, trinta dias atrás de gestantes e você tem “Semana de Hipertensão”, tem que parar tudo e ir para as escolas, aí você fica... Se você não atende o paciente, a comunidade se chateia, se você tiver fazendo o evento, aquela coisa, a propaganda, você não está fazendo nada! – Trab08

Outra dificuldade apontada pelos sujeitos deste estudo foi a **deficiência na infraestrutura das UBS**, cujos mobiliários apresentaram necessidade de substituição e falta de apoio na aquisição de recursos materiais para continuidade dos trabalhos de grupos educativos.

Eu coloquei aqui que a gente tem um grupo de gestante. Esse grupo está até parado por falta de verba financeira porque a gente tem esse grupo. Nesse grupo, a gente tem umas oficinas que a gente produz uns cachorrinhos. De lá, é na unidade [...] a gente está parado, mas está querendo voltar novamente que é um grupo muito bom, elas gostam. – Trab04

[...] tem que dar condições de trabalho, com relação ao número de família, com relação à estrutura da unidade básica de saúde. Olhe! Essa PMAQ que entrou, eu não posso dizer assim: chegou ao posto um cesto de lixo da PMAQ, entendeu? Aí assim, os mobiliários estão quebrados [...] eu sinto assim, falta de estrutura para que o PSF faça o papel dele, que é um papel amplo demais. – Trab08

A precarização do trabalho na ESF também se expressou sob a forma de **fragilização do vínculo empregatício e baixa remuneração**. Segundo os participantes deste estudo, a remuneração era insuficiente para atender às necessidades humanas e também se traduzia como forma de desvalorização do próprio trabalho. Estas questões comprometiam a potência do seu trabalho na ESF provocando, inclusive, sentimento autodepreciativo.

[...] têm muitas meninas que já entraram e já foram embora do cargo, por quê? [...] um salário mínimo não vale a pena. Só porque é concursada? Não vale. – Trab06

[...] eu fico, me analiso, me analiso, eu me analiso muito. Então, assim, às vezes, eu fico pensando: será que eu sou mercenária? Só penso em ganhar mais? Fico me sentindo mal com isso. Só que eu fico assim, eu estava analisando, a gente precisa ter sonhos! A gente precisa é... E com o salário que a gente está agora [...] é impossível você fazer isso [...] – Trab08

A forma de contratação dificulta (senão impede) a expressão e reivindicação dos participantes por melhores condições de trabalho e remuneração, por provocar sentimento de insegurança em relação ao emprego. Assim, os trabalhadores são sujeitados à realidade instituída o que afeta a produção na ESF.

O que acontece é que não têm funcionários concursados, então tem medo de fazer alguma manifestação [...] – Trab07

Eu estou insatisfeita, eu não tenho vínculo, eu sou cargo comissionado. – Trab08

Porque aqui [...] acontece isso. As pessoas do nível central [se refere à Secretaria de Municipal de Saúde] quando eu falo qualquer coisa as 'bichinhas' dizem: mas, doutora [...] a senhora é concursada. Se a gente falar, se a gente for falar, a gente vai perder o nosso emprego. Aí eu digo: se a gente ficar assim, daqui a dez anos seremos uns paus mandados e ninguém vai poder falar nada! [...] Não é para ser revoltado, é para saber reivindicar, não é? Eu acho que são tantas injustiças... – Trab01

Essa desvalorização, somado ao aumento das atribuições, responsabilidades, cobranças, faz com que a gente fique... – Trab02

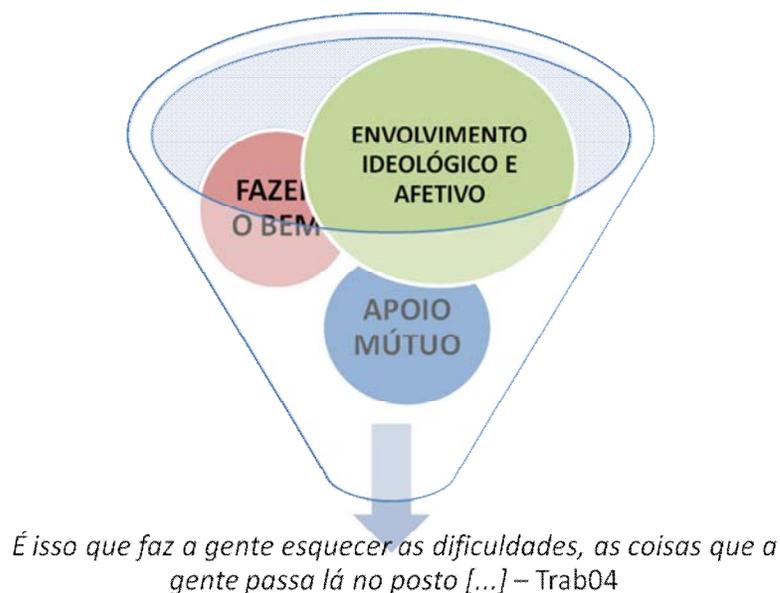
Ney e Rodrigues (2012) apontam em estudo realizado na ESF que a política de recursos humanos adotada pela gestão se constitui como fator crítico para afixação de médicos na ESF, pois prevalecem vínculos empregatícios fragilizados, planos de cargos e salários incompatíveis com as necessidades dos trabalhadores e com a realidade da ESF.

Percebemos como os aspectos de dimensões distintas, localizados no campo da macro e micropolítica, se engendram e fabricam sentidos a partir dos próprios sujeitos e de sua inserção na ESF. No entanto, vale destacar que esta realidade não se resume a isso. Também foi possível identificar a criação de rotas de fuga para esta captura como uma tentativa do trabalhador exercer relativa autonomia no ato de cuidar sobre o qual é responsável. Estas produções foram discutidas no capítulo anterior e evidenciam devires minoritários, ou seja, modos de agir singulares que ocorre no cotidiano dos diferentes territórios da ESF - gestos e atitudes de trabalhadores marcados por sutileza ou aparentemente insignificância, mas que carregam em si a potência de cuidar e reconfigurar um modelo de atenção à saúde no qual está inserido.

## **7.2 O trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas paixões alegres**

No trabalho na ESF, também foi possível apreender, na perspectiva dos sujeitos deste estudo, produções de paixões alegres que se constituem, ao mesmo tempo, produto e produtoras desta experiência, ou seja, resultados do trabalho e mobilizadoras deste.

**Figura 05** – Afetos que mobilizam produções na Estratégia Saúde da Família.



Fonte: Autor, 2014.

Estar na ESF se revela como **resultado do envolvimento ideológico e afetivo do trabalhador** com as produções que têm sido experimentadas no cotidiano e como estas se reverberam no processo de reforma do modelo de atenção à saúde que propõe e na própria vida na comunidade. Este dado ratifica os achados de Trindade e Pires (2013) que identificaram a afinidade com o modelo de atenção como fator redutor da carga de trabalho na ESF. São experiências, nas quais o trabalhador vivencia um papel de sujeito de mudanças sociais, conforme será explorado adiante como potencialidade da ESF.

Estratégia Saúde da Família é uma coisa que prende muito você. Então, quem tem perfil se apaixona e gruda e não sei o que acontece. – Trab08

[...] Me lembrei que a gente tem coleta de lixo [se refere a uma conquista da comunidade], pessoal, eu tenho pacientes miseráveis que são catadoras de lixo e que estão espetaculares, ganhando dinheiro, [...] minhas pacientes catadoras de lixo hoje botam batom [...] elas não tinha identidade, eram miseráveis, melhorou pessoal! [...] isso aqui não foi político não, foi técnico [...] eu gosto é disso! Por isso que eu estou no PSF! Tem gente que não entende [...] – Trab01

Outro aspecto observado foi que as questões que estavam a produzir paixões tristes estavam, também, a produzir paixões alegres, o que revelou a potência que tinha no contexto de produção e antiprodução da ESF. Neste sentido, a

possibilidade de “**fazer o bem**”, foi reconhecida como mobilizadora nos seus processos produtivos.

Apesar de escutar as grosserias, de... aquelas coisas que a gente passa no dia a dia do posto [...] Eu me sinto muito realizada quando eles [os pacientes] me agradecem e quando eu vejo que estou fazendo o bem para eles. Gosto muito! – Trab05

[...] eu acho que o nosso trabalho traz o quê? Ele traz a humanização, eu me sinto... É fazer o bem! [...] Eu tenho essa coisa, de querer fazer o bem [...] eu trabalho por isso, eu gosto de fazer o bem, eu gosto de ver as pessoas contentes, eu gosto de ajudar naquilo que é possível. Então é isso... – Trab08

Logo, a experiência do trabalho na ESF se revelou como meio de inserção do trabalhador na própria vida, à medida que possibilitava a percepção de si como sujeito capaz de produzir atos de cuidado que interferiam no contexto sócio sanitário da comunidade. “Fazer o bem”, portanto, acessa no trabalhador sua dimensão humana que é permeada por afetos a partir das relações que estabelecem no cotidiano da ESF.

Porém, embora reconheçamos a importância que tal sentido possa provocar na mobilização destes sujeitos, preocupa-nos o viés de que o cuidado em saúde seja compreendido pelo trabalhador e/ou pelo usuário como favor e não enquanto direito, o que pode sujeitar um em detrimento do outro.

Por outro lado, o sentido do trabalho como meio de “ajudar o próximo”, pode igualmente repercutir na despolitização das questões relacionadas ao trabalho que estão a comprometer a produção da ESF, sobretudo a precarização dos vínculos empregatício, condições de trabalho e remuneração. Isto está relacionado ao dilema vivido entre a legitimidade de suas reivindicações, quando o sentido do trabalho é sublimado como prática solidária descolada da dimensão política e socioeconômica que também representa. Esta questão foi discutida no subtema anterior, quando o trabalhador questionou a si como “mercenário”, ao pautar a baixa remuneração como problemática na ESF.

“Fazer o bem” assumiu, ainda, neste estudo, uma perspectiva de “adesão do usuário” às propostas de cuidado recomendadas pela eSF ou alternativas de autocuidado coletivamente produzidas. Neste sentido, pequenos gestos são captados pelos trabalhadores como fator de potência capaz de corresponsabilizá-lo

na construção de um modelo de atenção à saúde comprometido com o cuidado humano.

[...] a gente fica tão feliz quando ele [o paciente] chega lá no posto para receber sua insulina com seu isoporzinho [recipiente confeccionado pelos próprios usuários em grupos produtivos realizados pelos trabalhadores da UBS], tudo satisfeito, isso aí para gente é gratificante. É isso que faz a gente esqueça as dificuldades, as coisas que a gente passa no posto, é só isso mesmo! – Trab04

O **apoio mútuo** surgiu nos discursos como relações de cuidado que os trabalhadores estabeleciam entre si no cotidiano da ESF. Todavia, quando vivenciam situações nas quais existiam escuta e acolhimento das suas angustias, dos seus planos, enfim, compartilhavam a experiência de estar na ESF, os trabalhadores afetavam e eram afetados mutuamente por vetores de potência capazes de mobilizar produções e paixões alegres.

Graças a Deus que eu estou com ela [profissional que integra sua eSF], porque se ela for embora por causa desse negócio aí [desmotivação em relação ao trabalho] eu não sei o que vai ser de mim [...] Porque assim, eu e a *fulana* [parceira da eSF], a gente conversa muito. Porque você precisa mover o mundo para você está sempre com energia pra acreditar [...] – Trab01

Neste estudo, a potência do “apoio mútuo” esteve para além de uma composição multiprofissional da eSF e interface das atribuições dos membros. Revelou-se, portanto no espaço intercessor entre os próprios trabalhadores, em que a fala e a escuta eram adotadas pelos mesmos. Isto remete à importância da dimensão relacional, afetiva, essencialmente cuidadora que permeia o trabalho na ESF. Deste modo, fomentar práticas como estas se configuram como fundamentais para o fortalecimento da ESF, a partir do próprio trabalhador que a produz.

Esses dados corroboram achados de outros estudos que indicam o trabalho em equipe como fator redutor da carga de trabalho dos profissionais da atenção básica, uma vez que, por meio dele, os sujeitos compartilham as dificuldades vividas bem como as ideias que lhes inspiram a enfrentar as diferentes realidades onde estão inseridos (TRINDADE; PIRES, 2013; BARBOSA; AGUIAR, 2008).

Outro aspecto identificado como mobilizador dos sujeitos na ESF esteve relacionado ao fato de que o trabalho se constitui como fonte de remuneração para outras investidas profissionais fora da ESF. Rotas de fuga, produções de sentidos que se configuraram como saídas encontradas pelos sujeitos deste estudo para permanecer neste território, embora provisoriamente.

Então, hoje, minha realidade é essa: eu tenho um sonho [concluir a faculdade], eu preciso trabalhar, nesse meu trabalho, eu preciso receber, insatisfeita ou não, a gente tem que receber. – Trab06

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As falas apreendidas estão longe de se constituírem conclusões fechadas para as questões colocadas no início desta investigação. Isto se deve ao fato de que as reflexões e análises apresentadas são demarcadas por um tempo, um momento de vida dos trabalhadores na ESF e da nossa perspectiva (enquanto pesquisador), influenciada pela vivência acumulada até aqui.

Destarte, cabe resgatarmos as inquietações a partir das quais nos debruçamos ao realizar este estudo. Elas tiveram origem nas experimentações vividas no cotidiano da ESF enquanto trabalhador e, posteriormente, como gestor e nos inquiriam incessantemente em busca de respostas como se estas carregassem consigo a potência transformadora das práticas na ESF. Questionamo-nos, portanto: como os trabalhadores da ESF se inserem no projeto de mudança do modelo assistencial no SUS que representa a ESF? Pretendíamos descrever os movimentos produzidos por estes sujeitos neste processo, bem como identificar as questões que permeavam este contexto. Tal pretensão nos impulsionou a estudar sobre a micropolítica dos processos produtivos na ESF.

A temática “Produção e Antiprodução” indicaram questões que nasceram da experiência dos trabalhadores na ESF e revelaram movimentos capazes de fortalecer e fragilizar a proposta de reconfiguração de um modelo de atenção à saúde que se mostrava insuficiente para produzir o cuidado que os usuários necessitavam. Os discursos dos participantes da pesquisa revelaram o fato de que estes se constituíam como sujeitos de produções e antiproduções ao reconhecerem movimentos ou estado de inércia, mesmo diante das circunstâncias que comprometiam a prestação do cuidado.

A produção da ESF, portanto, revelou-se nas ações que estão para além do cumprimento das diretrizes a Política Nacional de Atenção Básica, mas se legitimava como tal, por apresentar-se concretamente como modo de envolvimento do trabalhador com a produção do cuidado inspirado em valores humanos, como a solidariedade, capazes de implementar as diretrizes ou reinventá-las. Por isso, na micropolítica do cuidado, circulavam vetores capazes de fabricar modos de agir potentes para instituir outra lógica para produção do cuidado na ESF.

Assim, os achados deste estudo nos motivam a afirmar que a produção da ESF ocorria de modo potente, quando o trabalhador acessava os territórios que

constituíam a ESF pelo corpo vibrátil. Quando isto acontecia, seus sentidos se abriam para conectar-se com os diferentes sujeitos que estavam imbricados nesta produção – usuários, trabalhadores e gestores – e agenciavam movimentos singulares, instituintes de uma reconfiguração do modelo assistencial.

Portanto, a ESF está em constante produção-antiprodução-produção, algo inacabado, sujeita aos agires dos trabalhadores que trazem em si a potência para provocar com suas práticas, linhas de ruptura e/ou de consolidação do modelo de atenção à saúde centrada nos procedimentos fabricados na UBS, em detrimento das necessidades dos usuários e, conseqüentemente, impotente para cuidar da saúde da comunidade.

Assim, os dados deste estudo reforçam o pressuposto que defendemos ao propor esta investigação, em que a produção da ESF é atravessada pelo agir do próprio trabalhador no seu cotidiano de trabalho, ou seja, a existência de uma produção subjetiva do cuidado. Deste modo, consideramos que a produção do cuidado, portanto, da própria ESF, está sob influência dos territórios existenciais dos sujeitos que a produzem.

Logo, para contribuir com a ESF, como modo de reorientação do modelo assistencial capaz de fortalecer o SUS, há que se inclinar sobre os territórios da ESF – compostos por estruturas, diretrizes, indicadores sociodemográficos e epidemiológicos, como também por sentidos e afetos que se imbricam e demandam uso de tecnologias capazes de abranger a complexidade que emerge deste campo.

Esse movimento deve ser fomentado pelas práticas de gestão que, segundo os trabalhadores, exercem influência sobre seus modos de agir, assumindo o papel de sujeito. Porém, ao mesmo tempo, esta atitude deve permear as práticas dos próprios trabalhadores que também se afirmam como sujeitos criativos de processos de mudança e de estagnação que, mesmo não se reconhecendo como tal, estão a produzir e antiproduzir a ESF no seu cotidiano. Reside, pois, o grande desafio para a ESF, mobilizar reflexões junto aos trabalhadores quanto à possibilidade que carregam consigo para transformar os modos de produção na ESF.

Para tanto, há que se constituírem espaços no cotidiano da ESF que promova a fala e escuta, a análise dos processos de trabalho e corresponsabilização com a produção da ESF, em que trabalhadores e gestores assumam de modo consciente e legítimo o papel de sujeitos de processos instituintes, capazes de

fortalecer a ESF para além de um modo de organização territorial de atenção à saúde, mas produtor de práticas potentes e inovadoras de cuidado em saúde. Assim, a experiência desta pesquisa revelou nos encontros realizados potência para produções de afetos que, segundo os sujeitos, estariam a agenciar processos de mudança no seu modo de engajar-se no trabalho e a vida que aí é produzida.

Os sentidos produzidos pelos participantes deste estudo em relação ao trabalho na ESF revelaram experiências singulares vividas por eles nos processos relacionais com outros sujeitos e contextos. Estes sentidos foram compreendidos, neste estudo, como “paixões alegres” e “paixões tristes”, ou seja, fatores que ora ampliavam a potência de agir destes trabalhadores e outrora fragilizavam sua capacidade de produzir a ESF no seu cotidiano.

Assim, as paixões tristes no trabalho na ESF foram traduzidas em sofrimento e opressão, capazes de reduzir sua potência de criação na ESF, bem como de abrir outras trilhas que lhes conduziam para um lugar onde se sentiam “protegidos”. Estas rotas se caracterizaram como atitudes de autocuidado, capazes de retroalimentar esta produção e, em outras situações, constituíam-se como rotas de fuga deste contexto, levando-os, inclusive para outros territórios de vida distantes da ESF.

No entanto, de modo múltiplo, a ESF também se constituía para estes sujeitos como modo de inserção no mundo, oportunidade para imprimir seus valores e de agires micropolíticos capazes de transformar a própria vida. Isto se evidenciou nos momentos em que os trabalhadores analisavam o seu trabalho, sobre como se implicavam na sua produção e comunicavam ideias e afetos nas relações estabelecidas com a gestão, com a equipe, o usuário e consigo. Nesta perspectiva, é importante destacar o fato de que os encontros de produção dos dados desta pesquisa se figuraram como espaço potente para o fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores e de produção de cuidado mútuo.

Desse modo, percebemos que considerar a micropolítica que permeia os processos produtivos na ESF é estar atento à multiplicidade de vetores de potência que transitam nos espaços intercessores constituídos na ESF e sobre como interferem na capacidade de agir dos sujeitos que se relacionam nestes territórios. Este estudo nos levou a acessar territórios da ESF ainda não habitados por nós, na vivência enquanto gestor na ESF, e lançar-nos sobre as questões que estão no entremeio da produção da ESF impressas nas experiências vividas por estes

sujeitos no cotidiano do trabalho – a própria micropolítica - atribuindo relevância às mesmas, tanto quanto às questões macroestruturais – de infraestrutura, de organização de serviço, de alcance de metas e discussão de indicadores. Desta forma, há que estar aberto a sentir, a analisar estas questões nos processos de gestão, pois estão a produzir afetos (des)mobilizadores da capacidade destes sujeitos em produzir cuidado na ESF.

Portanto, acreditamos que agregar essa perspectiva no processo de trabalho da gestão e da atenção à saúde pode possibilitar aos sujeitos a acessarem outros mecanismos de produção nos territórios da ESF, ampliar olhares e sentir o mundo do trabalho em saúde, na perspectiva do corpo vibrátil, afetar e ser afetado por ela. Cremos que as respostas encontradas neste estudo podem contribuir para o fortalecimento da ESF, à medida que trabalhadores, gestores e usuários do SUS as tomem como construtos para confronto com sua realidade.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil. In: AGUIAR, Z.N. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011, p.15-40.
- ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B. O Trabalho de Equipes de Saúde da Família de Itabuna e Ilhéus, Bahia. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. (Org.). **A produção subjetiva do cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009, p.61-78.
- ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; LIMA, W.C.M.B.; OLIVEIRA, S.S. FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B.; MARTINS JÚNIOR, D.F.; JESUS, S.R. Dimensões Teóricas e Metodológicas da Produção do Cuidado em Saúde. In: ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010a, p.13-38.
- ASSIS, M.M.A.; LIMA, W.C.M.B.; NASCIMENTO, M.A.A.; FRANCO, T.B.; PEREIRA, M.J.B.; JORGE, M.S.B. Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família de um município da região nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010b, p.39-58.
- AZAMBUJA, Eliana P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** [online]. vol.16, n.1, pp. 71-79. ISSN 0104-0707, 2007.
- BARBOSA, S.P.; AGUIAR, A.C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática – 5ª. Ed.** – Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002, 214p.
- BARROS, J.A.C. Pensando o Processo Saúde Doença: a que responde o Modelo Biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**, v.11, n.1, p.67-84, 2002.
- BECK, C.L.C; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. – 2. Ed. rev. e atual – Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002, p. 163-193.
- BECK, CL.C.; PROCHNOW, A.; SILVA, R. M. da; PRESTES, F.C.; TAVARES, J.P. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros. **Esc. Ana Nery**, jul-set, v.14, n.3, p. 490-495, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

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

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.. Disponível em: <[HTTP://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em: 17 Mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 32p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 4ª ed.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 72p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 40p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. In: **Política Nacional de Humanização na Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a, vol.2, p.11-28.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Básica e o Desafio do SUS. In: **Política Nacional de Humanização na Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b, vol.2, p.29-48.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 17 Mar. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 17 Mar. 2013.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 01/96**. Disponível em: <[HTTP://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001\\_96.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf)>. Acesso em: 17 Mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8080/1990. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 16p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out; v.57, n.5, p.611-614, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec, 1997, p.29-88.

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e a gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, p.85-102.

CAMPOS, G.W.S. Eixos de conformação do método. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. – 3ª edição - São Paulo: Hucitec, 2007, p.21-40.

CARREIRO, G.SP. *et. al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da ESF. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. jan/mar; v.15, n.1:146-55, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>. Acesso em 28 de março de 2013.

CAVALCANTE FILHO, J.B.; VASCONCELOS, E. M. da S.; CECCIM, R.B.; GOMES, L. B.. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface (Botucatu)** [online], vol.13, n.31, pp. 315-328. ISSN 1414-3283, 2009.

CECÍLIO, L.C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.545-555, 2009.

CECÍLIO, L.C. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.37, p.589-599, 2011.

CECÍLIO, L.C. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.345-363, 2007.

CECÍLIO, L.C. O.; MENDES, T.C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.39-55, 2004.

CONILL, E..M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária a Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S7 – S27, 2008.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. *et. al.* (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.333-384.

ESCOREL, S.; História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Império do golpe militar à Reforma Santária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. *et. al.* (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.333-384.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Org.) **Modelos de Atenção à Saúde e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.43-67.

FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. In: FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p35-62.

FRANCO, T.B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde** [Internet]. Professor Túlio Batista Franco, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em: [http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes\\_na\\_micropolitica\\_do\\_processo\\_trabalho\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf). Acesso em: 13 Jan. 2013.

FRANCO, T.B.; GALAVOTE, H.S. **Em busca da clínica dos afetos**. In: FRANCO, T.B.; RAMOS, V.C. (Orgs.) **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p.176-200.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva** – 4ª ed. - São Paulo: Hucitec, 2007, p.55-124.

FRANCO, T.B.; PANIZZI, M.; FOSCHIERA, M. **O “Acolher Chapecó” e a Mudança no Processo de Trabalho no Programa Saúde da Família (PSF)** [Internet]. Professor Túlio Batista Franco, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <[HTTP://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/acolher\\_chapeco\\_exp\\_mudanca\\_do\\_proc\\_trabalho\\_tulio\\_franco\\_et\\_al.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/acolher_chapeco_exp_mudanca_do_proc_trabalho_tulio_franco_et_al.pdf)>. Acesso em: 15 Nov.2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde** [Internet]. Professor Túlio Batista Franco, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em:

<[HTTP://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/producao\\_imaginaria\\_da\\_demand\\_a\\_tulio\\_franco\\_emerson\\_merhy.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/producao_imaginaria_da_demand_a_tulio_franco_emerson_merhy.pdf)>. Acesso em: 11 Dez.2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho [Internet]. Professor Emerson Elias Merhy, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <[HTTP://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf)>. Acesso em: 11 Dez.2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado**: Cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009, p.19-44.

FERREIRA, V.S.C.; ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B. Cartografia do Trabalho do Enfermeiro na ESF de Itabuna, Bahia. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado**: Cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009, p.79-102.

FERREIRINHA, I.M.N., RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, v.44, n.02, p.367-383, 2010.

FOUCAULT, Michel. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado – 25ª ed. - São Paulo: Graal, 2012a, p.129-142.

FOUCAULT, Michel. Genealogia e poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado – 25ª ed. - São Paulo: Graal, 2012b, p.262-277.

FREIRE, P. Esperança. In: FREIRE, P. **À Sombra desta Mangueira**. Rio de Janeiro: Olho D'água, 2010, p 28-36.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Políticas. In: GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. – 10ª. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, p.149-238.

GOMES, R. A Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade – 28ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, p.79-108.

GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V.; LACERDA, A. As redes de apoio social constituídas por pastores e agentes comunitários de saúde evangélicos no âmbito do cuidado e atenção à saúde da população. **Religião e Saúde**, ano 04, n16, 2009. ISSN 1981 – 1810. Disponível em: [http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod\\_artigo=318&cod\\_boletim=17&tipo=Artigo](http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod_artigo=318&cod_boletim=17&tipo=Artigo). Acesso em: 16 Abr.2014.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Rev. Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.15, suppl.1, 2010, pp. 1533-1541.

KRUG, S.B.F, LENZ, F.L., WEIGELT, L.D., ASSUNÇÃO, A.N. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Texto & Contextos (Porto Alegre)**, v.9, n.1, p.77-88, 2010.

LACERDA, A.; GUIMARÃES, M. B. L.; LIMA, C. M. P.; VALLA, V. V. Os agentes comunitários de saúde evangélicos e o trabalho de atenção e cuidado à saúde que desenvolvem junto à população. In: Roseni Pinheiro; Ruben Mattos. (Org.). **Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, v. 1, p. 177-190, 2008.

LEITE, R.F.B; VELOSO, T.M.G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir das representações sociais. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.50-62, 2009.

LEOPARDI, M.T. Fundamentos Gerais da Produção Científica. In: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. – 2ª. Ed. rev. e atual – Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, p. 109-150, 2002.

\_\_\_\_\_. Alguns aspectos da pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. – 2. Ed. rev. e atual – Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, p. 195-216, 2002b.

MACHADO, L.M.; COLOMÉ, J.S.; BECK, C.L.C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência : um desafio a ser enfrentado. **R. Enferm. UFSM**, Jan/Abr, v.1, n.1, p.31-40, 2011.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; VIANA, L.D. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S42-S57, 2008.

MARINHO, E.R. As relações de poder segundo Michel Foucault. **E-Revista Facitec**, ISSN 1981 – 3511, v.2, n.2, art.2, p.589-599, 2008. Disponível em: [www.facitec.br/erevista](http://www.facitec.br/erevista). Acesso em: 05 Fev.2013

MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1): 1493-1497, 2009.

MEDEIROS, F.A. *et. al* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.402-413, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. A Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde. In: **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p.55-69.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M.L.M. Introdução: notas para um debate. In: MERCADO, F.J.; BOSI, M.L.M (Orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2ª. ed.- Petrópolis: Vozes, 2007, p.23-71.

\_\_\_\_\_. **O SUS e um dos seus dilemas:** mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo) [Internet]. Professor Emerson Elias Merhy, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <[HTTP://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf)>. Acesso em: 09 Out.2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo – 3ª ed. - São Paulo: Hucitec, 2007, 189p.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.) **Agir em Saúde:** um desafio para o público. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p.71-112.

MERHY, E.E; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. **Desafios para os gestores do SUS, hoje:** compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. [Internet]. Professor Emerson Elias Merhy, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <[HTTP://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf)>. Acesso em: 09 Out.2011.

MINAYO, M.C.S. Técnicas de Análise do Material Qualitativo. In: MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde – 12ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2010, p. 303-360.

MONTEIRO, M.M.; FIGUIRÊDO, V.P.; MACHADO, M.F.A. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n02, p.358-364, 2009.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: [http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise\\_de\\_conteudo\\_moraes.html](http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html). Acesso em 16 Jan. 2014.

NASCIMENTO, P.T.A.; PEKELMAN, R. Acesso e acolhimento: “ruídos” e escutas nos encontros entre trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde. **Rev APS**. out/dez; v.15, n.4, p.380-394, 2012.

NEY M.S.; RODRIGUES, P.H.A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p. 1293-1311, 2012.

OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T.; CATOIA, E.A. Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.11, n.4, p.820-829, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>.

OLIVEIRA NETO, F.S. Micropolítica do Trabalho na Estratégia Saúde da Família: quem cuida também precisa de cuidados? **Rev Bras Med Fam Com**, Florianópolis, Out-Dez; v.6, n.21, p. 239-48, 2011.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. *et. al.* (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.547-574.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia & Saúde** – 6ª ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a, p.567-586.

PAIM, Jairnilson Silva Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia & Saúde** – 6ª ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003b, p.587-604.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.01, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe e Processo Grupal. In: KURCGANT, P. (Org.) **Gerenciamento em Enfermagem** – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p.108-124.

PIRES, D.E. Divisão Técnica do Trabalho em Saúde. In: BRASIL, **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtectarasau.html>. Acesso em: 17 de Abr.2014.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 62, n. 2, p.294-299, 2009.

RANGEL, R.F *et. al.* Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**, Jul/Set; v.16, n.3, p.498-504, 2011.

REIS, V.M.; DAVID, H.M.S.L. O fluxograma analisador nos estudo sobre processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n.1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

RODRIGUES, C. R. F. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In: AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde** – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011, p.115-134.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007, 247p.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.13, n.6, p. 1027-1034, 2005.

SILVA, M.R.F **Linhas de Cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família: uma cartografia da micropolítica**. 2012.199p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE/UFC), Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

SILVA JUNIOR, A.G. O Modelo Hegemônico de Prestação de Serviços em Saúde e suas Reformas. In: SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998, p41-52.

SILVA JUNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Org.) **Modelos de Atenção à Saúde e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.43-67.

SOUSA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J *et. al.* (Orgs.) **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências – 3ª ed.** – Porto Alegre: Artmed, 2004, p.76-87.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.42, nº5, p.914-920, 2008.

TESTA, M.. Atenção Primária (ou primitiva) de Saúde? In: TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Traduzido por Walkiria Maria Franke Settineri, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p.160-174.

TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.01, p.36-42, 2013.

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.12, n.2, p. 443-453, 2007

## APÊNDICE A

### CARTA CONVITE AOS TRABALHADORES DA ESF



**Universidade Estadual do Ceará**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Mestrado Profissional em Saúde da Família**

### CARTA CONVITE

Maracanaú, 22 de Outubro de 2013.

Prezado(a) Trabalhador(a) da Estratégia Saúde da Família,

Estamos realizando uma pesquisa cujo propósito é “analisar o agir cotidiano dos trabalhadores de saúde na construção da Estratégia Saúde da Família (ESF)”. Assim, gostaríamos de contar com sua colaboração no sentido de participar, no período de novembro a dezembro/2013, das oficinas nas quais serão coletados os dados para análise. Este estudo conta com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú que autorizou a participação dos trabalhadores que voluntariamente demonstrarem interesse em participar da pesquisa.

Poderão participar deste estudo: médicos(as), enfermeiros(as), auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, cirurgiões(ãs) dentistas, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde da ESF que tenham, no mínimo, 12 meses de experiência na ESF de Maracanaú. No entanto, por questões metodológicas, apenas 02 trabalhadores de cada categoria relacionada poderão participar sendo considerado como critérios de desempate: maior tempo de serviço na ESF do município e/ou ter participado de algum movimento social ou conselhos de saúde nos últimos dois anos.

Asseguramos-lhe o anonimato e o sigilo das informações fornecidas bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum risco de constrangimento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição à que está vinculado.

Esse estudo torna-se relevante devido escassez de informações nessa área que abrange as questões micropolíticas do trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família, visando, portanto, contribuir com gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde para o aprimoramento das políticas de atenção à saúde, especialmente da ESF.

Caso haja interesse e disponibilidade para participar desse estudo, solicitamos que preencha os dados na planilha que segue em anexo para posterior contato e confirmação das datas e horários dos encontros. Em caso de dúvida, colocamo-nos a disposição para prestar quaisquer esclarecimentos que se façam necessários sobre a pesquisa.

Atenciosamente,

Riksberg Leite Cabral  
Pesquisador Responsável – Fone: (85) 8700.0310

## APÊNDICE B

### RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DOS ENCONTROS DE PRODUÇÃO DOS MAPAS ANALÍTICOS

1. Solicitar reserva de espaço físico para realização dos encontros com as eSF acordando previamente condições de horários e datas com a coordenação municipal da Atenção Básica;
2. Confirmar com os trabalhadores das eSF a disponibilidade de datas e horários para participarem dos encontros;
3. Verificar condições de estrutura física do espaço onde acontecerão os encontros atentando para conforto (inclusive térmico e sonoro), luminosidade, privacidade, livre de interrupções e facilidade de acesso para o grupo;
4. Garantir material de trabalho necessário para produção de gravuras e palavras: papel madeira, pincéis coloridos e fita adesiva;
5. Testar previamente equipamentos de registro de imagem e som que serão utilizados durante os encontros, inclusive quanto à sua disposição na sala de modo a captar com qualidade sons e imagens produzidas pelo grupo;
6. Providenciar roteiro das “Questões Norteadoras para a Produção dos Mapas Analíticos”, mantendo-as sob a guarda do pesquisador que conduzirá os trabalhos;
7. Evitar postura repressora às opiniões contrárias no grupo de modo a possibilitar livre expressão das diferentes ideias que possam surgir na produção;
8. Encorajar todos os integrantes do grupo a participarem das discussões e reflexões;
9. Provocar o grupo a falar sobre as ideias expostas pelos demais participantes e
10. Comprometer-se com os preceitos éticos expostos no projeto de pesquisa.

**APÊNDICE C****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado(a) Trabalhador(a) da Estratégia Saúde da Família,

Vimos convidar-lhe a participar da pesquisa **“O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA MICROPOLÍTICA”**. O objetivo do presente estudo é analisar a micropolítica, ou seja, o agir cotidiano dos trabalhadores de saúde, na construção da Estratégia Saúde da Família.

Asseguramos-lhe o anonimato e o sigilo das informações fornecidas – textos, falas e imagens - bem como a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. O senhor(a) tem liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum risco de constrangimento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Informamos que esta pesquisa não trará riscos diretos à sua saúde, mas se houver algum problema ou desconforto físico, bem como qualquer alteração psíquica, estes serão acompanhados pelos pesquisadores que dará todo o apoio e encaminhamentos necessários para minimizá-los. Esse estudo torna-se relevante devido escassez de informações nessa área que abrange as questões micropolíticas do trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família, visando, portanto, contribuir com gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde para o aprimoramento das políticas de atenção à saúde, especialmente da Estratégia Saúde da Família.

No momento em que desejar compreender mais sobre a pesquisa ou se desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com o pesquisador responsável Riksberg Leite Cabral (85) 8700.0310. Caso aceite participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pelo pesquisador de campo, o qual será preenchido em duas vias de igual teor.

Maracanaú, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2013.

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

Nome:

Endereço:

RG:

Fone: ( )

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D

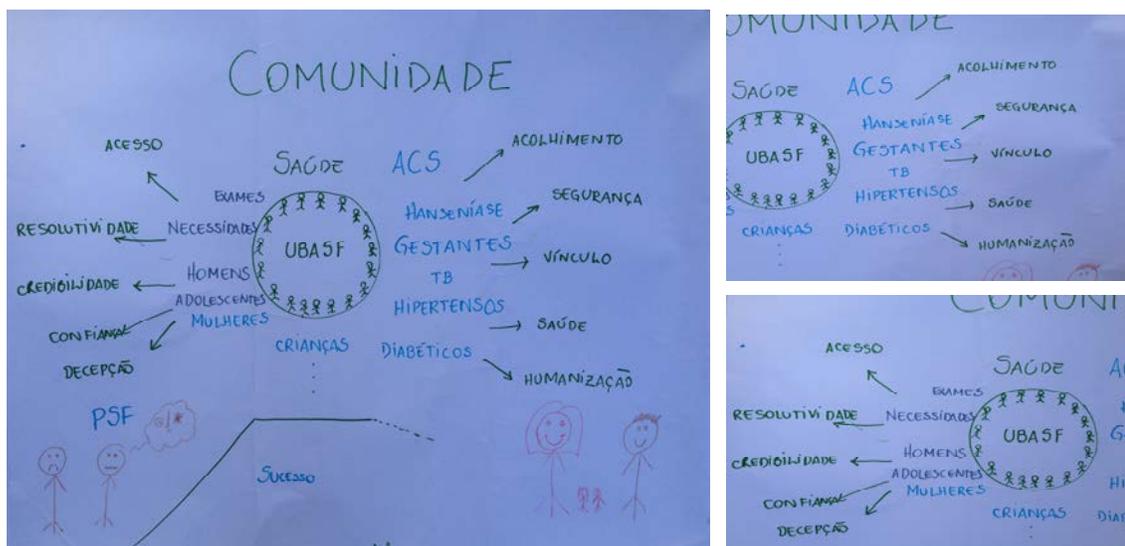
### ENCONTRO II: AFETOS QUE (DES)MOBILIZAM OS TRABALHADORES NA ESF

**Imagem 03.** Registro fotográfico do painel da trabalhadora 01 (Trab01).



Fonte: Autor, 2014.

**Imagem 04.** Registro fotográfico do painel da trabalhadora 02 (Trab02).



Fonte: Autor, 2014.

**Imagem 05.** Registro fotográfico do painel da trabalhadora 03 (Trab03).



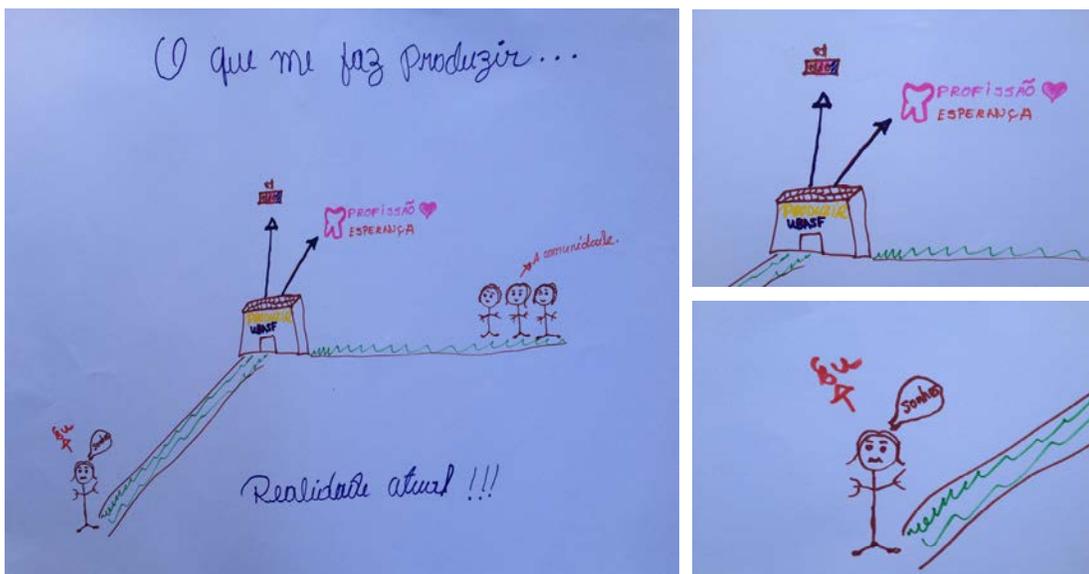
Fonte: Autor, 2014.

**Imagem 06.** Registro fotográfico do painel da trabalhadora 04 (Trab04).



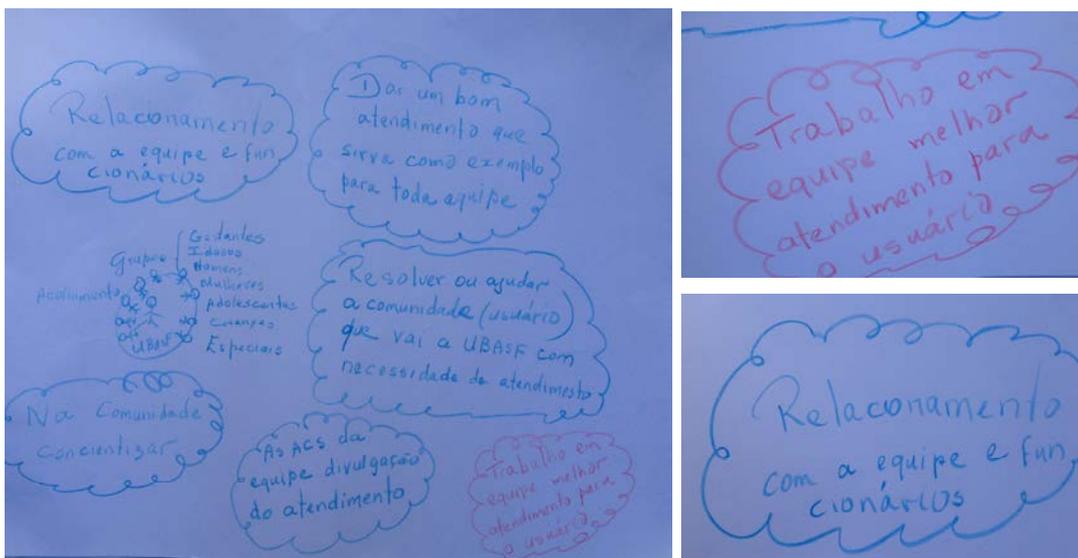
Fonte: Autor, 2014.

**Imagem 07.** Registro fotográfico do painel da trabalhadora 06 (Trab06).



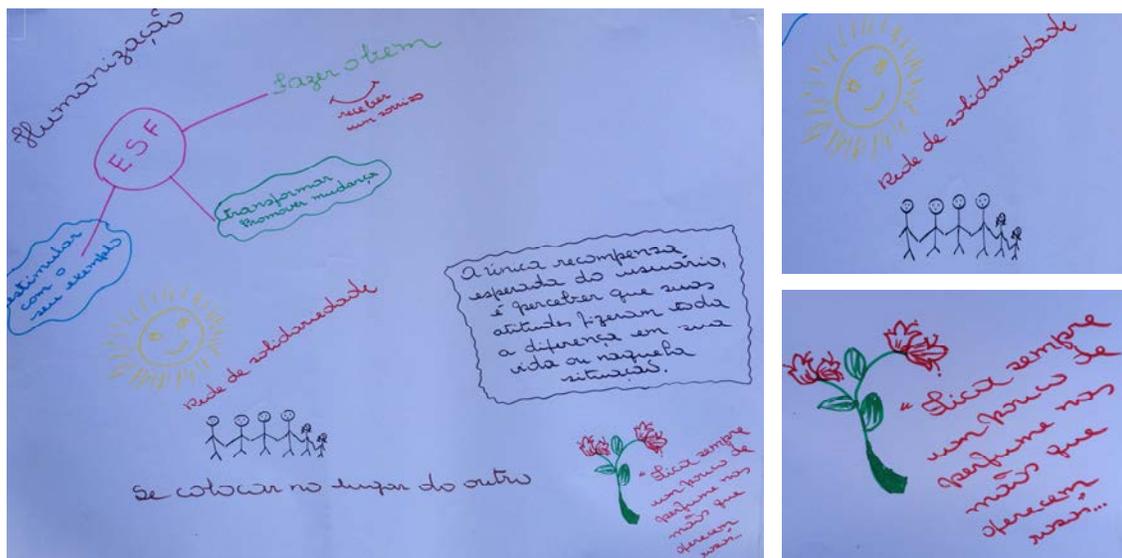
Fonte: Autor, 2014.

**Imagem 08.** Registro fotográfico do painel da trabalhadora 07 (Trab07).



Fonte: Autor, 2014.

Imagem 09. Registro fotográfico do painel da Trabalhadora 08 (Trab08).



Fonte: Autor, 2014.

**ANEXO**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DO CEARÁ - SES/CE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Riksborg Leite Cabral

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 18391213.8.0000.5051

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 351.457

**Data da Relatoria:** 14/08/2013

**Apresentação do Projeto:**

O presente estudo configura-se como exploratório-descritivo do tipo pesquisa-ação com abordagem qualitativa e será realizado junto a doze trabalhadores das ESF de Maracanaú. Para a produção dos dados e coleta dos mesmos, será adotada a técnica dos Mapas analíticos que consistem numa abordagem cartográfica de análise dos serviços de saúde a partir dos próprios trabalhadores, em seus processos produtivos, através da apreensão dos fluxos de intensidades e os afetos que se entrelaçam nesta produção. Os dados serão analisados à luz do método de Análise de Conteúdo Temática que visa interpretar as mensagens apreendidas na fala dos sujeitos a partir da classificação de categorias temáticas e confrontá-las com os achados da literatura.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

- Analisar a micropolítica da produção do trabalho no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.

**Objetivos Secundários:**

- Mapear nas relações que os trabalhadores das equipes de Saúde da Família estabelecem no cotidiano do trabalho os afetos e desejos produzidos;

- Descrever como os trabalhadores das equipes de saúde da Família em seu cotidiano se implicam com a construção da Estratégia Saúde da Família;

Endereço: ALMIRANTE BARROSO

Bairro: PRAIA DE IRACEMA

CEP: 60.060-440

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5234

E-mail: [goepessa@saude.ce.gov.br](mailto:goepessa@saude.ce.gov.br)

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DO CEARÁ - SES/CE



Continuação do Parecer: 391.457

- Identificar os fatores que potencializam e despotencializam a produção do cuidado comprometido com o fortalecimento da Estratégia

Saúde da Família.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o pesquisador:

**Riscos:**

- Apesar deste estudo não apresentar risco direto à saúde dos participantes, o próprio processo de reflexão sobre o trabalho na Estratégia Saúde da Família poderá provocar desconfortos e reelaboração dos sentidos da sua prática profissional. Este evento será conduzido cuidadosamente pelo pesquisador que prestará apoio e dará os encaminhamentos necessários no trabalho com o grupo.

**Benefícios:**

- Acredita-se que a participação no processo investigativo contribuirá para o processo de identificação do trabalhador - sujeitos da pesquisa - com a Estratégia Saúde da Família, fatores que fortalecem e/ou fragilizam seu engajamento. Além disso, o próprio processo de investigação se constituirá como momentos de escuta do trabalhador, espaço para externar suas questões produzidas no cotidiano do trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Considerando que trata-se de uma pesquisa-intervenção, esperamos que, ao final deste estudo, os trabalhadores tenham refletido sobre sua posição na construção da Estratégia Saúde da Família de modo que se percebam como importantes agentes produtores de transformações nos diferentes contextos onde atuam.

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

Termos de apresentação obrigatória apresentados

**Recomendações:**

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

O projeto está adequado sob prisma ético.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

Endereço: ALMIRANTE BARROSO

Bairro: PRAIA DE IRACEMA

CEP: 60.060-440

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5234

E-mail: goepsesi@saude.ce.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DO CEARÁ - SES/CE



Continuação do Processo: 301.457

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 15 de Agosto de 2013

---

Assinado por:  
Newton Kepler de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: ALMIRANTE BARRÓSO

Bairro: PRAIA DE IRACEMA

UF: CE

Telefone: (85)3101-5234

Município: FORTALEZA

CEP: 60.050-440

E-mail: [gopsema@saude.ce.gov.br](mailto:gopsema@saude.ce.gov.br)