

A Produção do Cuidado na Atenção Primária à Saúde: Uma Análise das Percepções dos Trabalhadores

The Production of Care in Primary Health Care: An Analysis of Workers' Perceptions

La Producción de Cuidados en la Atención Primaria de Salud: Un Análisis de las Percepciones de los Trabajadores

RESUMO

O estudo destaca que o cuidado em saúde é marcado pela dimensão afetiva, com trabalhadores valorizando a empatia, o vínculo e a subjetividade nas interações com pacientes. A Terapia Comunitária de Adalberto Barreto é citada como exemplo de prática que integra afeto e diálogo. **Objetivo:** investigar os processos de trabalho na atenção primária à saúde à luz das relações de trabalho e da produção de cuidado. Para tanto, propusemo-nos a verificar como o trabalhador se percebe na produção de cuidado e analisar os processos de trabalho em saúde, implicados nessa produção. **Método:** tratou-se de uma pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, realizada com 17 profissionais de saúde de uma unidade de atenção primária em Fortaleza, Ceará. A coleta das informações aconteceu entre agosto e setembro de 2015, em três encontros conduzidos através do uso de círculos de cultura. **Resultados:** os discursos aferidos nos revelam que o trabalhador da saúde encontra seus processos de trabalho fundamentados em ações produtoras de dados para parametrização de atividades e tomada de decisões de saúde. No entanto, não se percebem com autonomia para planejar as ações de saúde necessárias às suas comunidades e aos seus territórios. **Conclusão:** os trabalhadores se mostraram disponíveis para novas produções e encontros mediados por círculos de cultura, entendidos como espaços de trocas e aprendizados por meio da criticidade. Consideramos, por fim, que o ato de cuidar se expôs marcado pelo afeto.

DESCRIPTORES: Atenção Primária à Saúde; Análise das percepções; Trabalhadores em saúde; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The study highlights that healthcare is marked by an affective dimension, with workers valuing empathy, connection, and subjectivity in their interactions with patients. Adalberto Barreto's Community Therapy is cited as an example of a practice that integrates affection and dialogue. **Objective:** to investigate work processes in primary health care considering work relationships and the production of care. To this end, we set out to verify how workers perceive themselves in the production of care and to analyze the health work processes involved in this production. **Method:** this was an action research study with a qualitative approach, conducted with 17 health professionals from a primary care unit in Fortaleza, Ceará. Data collection took place between August and September 2015, in three meetings conducted using culture circles. **Results:** the speeches assessed reveal that healthcare workers find their work processes based on actions that produce data for parameterizing activities and making healthcare decisions. However, they do not feel they have the autonomy to plan the healthcare actions necessary for their communities and territories. **Conclusion:** workers showed themselves to be open to new productions and encounters mediated by culture circles, understood as spaces for exchange and learning through critical thinking. Finally, we consider that the act of caring was marked by affection.

DESCRIPTORS: Primary Health Care; Analysis of perceptions; Health workers; Collective Health.

RESUMEN

El estudio destaca que la atención sanitaria se caracteriza por su dimensión afectiva, ya que los trabajadores valoran la empatía, el vínculo y la subjetividad en las interacciones con los pacientes. La Terapia Comunitaria de Adalberto Barreto se cita como ejemplo de práctica que integra afecto y diálogo. **Objetivo:** investigar los procesos de trabajo en la atención primaria de salud a la luz de las relaciones laborales y la producción de cuidados. Para ello, nos propusimos verificar cómo se percibe el traba-

jador en la producción de cuidados y analizar los procesos de trabajo en salud implicados en dicha producción. **Método:** se trató de una investigación-acción, con enfoque cualitativo, realizada con 17 profesionales de la salud de una unidad de atención primaria en Fortaleza, Ceará. La recopilación de información se llevó a cabo entre agosto y septiembre de 2015, en tres encuentros realizados mediante el uso de círculos de cultura. **Resultados:** los discursos evaluados nos revelan que los trabajadores de la salud basan sus procesos de trabajo en acciones que generan datos para parametrizar actividades y tomar decisiones en materia de salud. Sin embargo, no se perciben con autonomía para planificar las acciones de salud necesarias para sus comunidades y sus territorios. **Conclusión:** los trabajadores se mostraron dispuestos a nuevas producciones y encuentros mediados por círculos de cultura, entendidos como espacios de intercambio y aprendizaje a través de la crítica. Consideramos, por último, que el acto de cuidar se expuso marcado por el afecto.

DESCRIPTORES: Atención primaria de salud; Análisis de percepciones; Trabajadores de la salud; Salud colectiva.

RECEBIDO EM: 13/09/2025 APROVADO EM: 01/10/2025

Como citar este artigo: Oliveira CMS, Nunes GP, Oliveira MN, Pordeus MP. A Produção do Cuidado na Atenção Primária à Saúde: Uma Análise das Percepções dos Trabalhadores. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(101):17502-17519. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i101p17502-17519



Camila Marques da Silva Oliveira

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Saúde da Família e Comunidade e Mestre em Saúde Coletiva, sempre pela UECE. Servidora, enfermeira assistencial da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza.. Membro técnico do grupo de pesquisa Fluxos, Redes e Cuidado (GPFRIDA) da Universidade Estadual do Ceará.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3254-8954>



Glaucilândia Pereira Nunes

Possui graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC (2004). Especialista em Enfermagem Clínica pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2006). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2009). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2018). Atualmente é enfermeira do PSF da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Atenção Primária à Saúde.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0132-0044>



Mariana Nascimento de Oliveira

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (2016) e graduação em Educação física pela Universidade Estadual do Ceará (2010).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6376-6911>



Marcel Pereira Pordeus

Doutorando e mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em História do Brasil, pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Graduado em Letras: Língua Portuguesa e suas respectivas literaturas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro do grupo de pesquisa: Democracia, Partidos e Políticas Públicas, da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do GETEME/PPGL (Gêneros Textuais: Perspectivas Teóricas e Metodológicas) da Universidade Federal do Ceará. Pesquisador Associado do Centro Latino-Americano de Estudos em Cultura - CLAE, com o estudo das Teorias e Métodos das Ciências Humanas e Sociais.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4317-0619>

INTRODUÇÃO

A produção do saber a partir do vivido tem sido constante tema de debate da saúde coletiva entre as universidades e sistemas e serviços de saúde. A proposição de modelos tecno-assistenciais e de atenção à saúde que promovam garantia de direitos de saúde

de tem gerado discussões importantes e proposições recentes¹⁰.

Para o Ministério da Saúde (MS)⁵, a vertente tecnológica não se resume à escolha dos recursos técnicos científicos, mas são modulados pela aproximação da realidade com as necessidades sociais e o contato com as diversidades locais. Enquanto isso, ainda de acordo com o

MS⁴, as modalidades assistenciais não dizem respeito apenas às alternativas de atendimento ambulatorial/hospitalar, mas “ao conjunto de conceitos operados para cuidar, tratar e escutar as necessidades e direitos de atenção à saúde e o foco das propostas de trabalho”.

Reforçamos, diante dessas informações, que a escolha dos modelos tecno-

assistenciais que melhor respondam às demandas em saúde devem atender aos princípios do SUS de assegurar universalidade de acesso; integralidade da atenção; descentralização da gestão; regionalização da atenção; alta resolubilidade em cada serviço ou em sua articulação em rede intercomplementar; integração intersetorial; [...] controle social e educação permanente³.

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

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, desde 2006, servidora pública, há muito busco por compreender os processos de trabalho em saúde envolvidos na produção do cuidado. Numa gestão municipal anterior, as atividades tecnoassistenciais desenvolvidas eram programáticas e estavam em consonância com a ESF. Havia o objetivo de construir, promover e ampliar a integralidade através da ênfase na promoção da saúde¹². A ESF foi assumida com o pressuposto de transformar as formas de trabalho em saúde e produção de cuidado, com vistas a superar o modelo biomédico, curativo, individual e desconexo do contexto territorial/social. Sim, a lógica do modelo com foco no centro de saúde se inverteu para dar visibilidade ao território e suas potências de saúde e cuidado.

Silva, Pontes e Silveira¹⁸ revelam a limitação da ESF em atender a população adscrita do território para além dos programas previstos, o atendimento à demanda espontânea. Os autores perceberam, em seus estudos realizados

na ESF de Fortaleza, a falta de ofertas aos usuários que procuram o centro de saúde, a dificuldade de relações entre os vários sujeitos implicados e o forte enfoque dado ao modelo de atenção que se pauta por uma lógica médica cartesiana (processo decisório médico centrado, racionalização do atendimento de saúde e medicalização dos corpos). Trabalhadores e usuários assinalaram que o acolhimento no Centro de Saúde da Família revelou-se espaço de compartilhamento de afetos, mas também de ação medicalizada e como fator desumanizante no trabalho¹⁸.

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

Diante da observação de minha prática¹, em vista de novos processos de trabalho na tentativa de produzir cuidado, me questiono se o pronto atendimento na atenção básica, também chamado de acolhimento, acarreta descontinuidade da atenção, limitando o impacto sobre as doenças crônicas e favorecendo a redução, por parte dos usuários, da adesão às estratégias de promoção da saúde. Além disso, percebo séria dificuldade de se efetivar o trabalho em equipe, com demonstrações de reduzida responsabilização sanitária, dificuldades de articulação espaço-temporal da equipe e perda da dimensão cuidadora em atos de saúde.

O trabalhador da saúde se vê direcionado a prestar um atendimento em saúde baseado no modelo biomédico, onde o paciente busca saúde e o profissional oferece tratamento, em vez de

cuidado¹⁹. Modelo este que já deveria ter sido superado tendo em vista tantas lutas pela saúde do Brasil, destacando-se a Reforma Sanitária.

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

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser fundamentada na assistência sanitária aos indivíduos, famílias e comunidades, com plena participação e custos que a comunidade local e o país puderem suportar. A APS, portanto, corresponderia ao núcleo do sistema de saúde do país e evoluiria em conjunto com seu desenvolvimento econômico e social¹⁶.

A APS surgiu de uma tradução da expressão inglesa *primary health care* e nos dá a ideia de primeiro contato do paciente com o serviço de saúde, a partir de uma necessidade inicial. Didaticamente, Giovanella¹³ afirma que não há consenso sobre o conceito de APS, mas destaca três eixos de circulação conceitual: 1) programa focalizado e seletivo,

¹ Entendemos como prática o sentido da ação concreta adquirida por meio da reflexão do espaço-tempo político, econômico, social e moral.

com cesta restrita de serviços; 2) um dos níveis de atenção que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; 3) de forma abrangente, uma concepção de um modelo assistencial e de organização do sistema de saúde¹³.

No Brasil, a APS teve adaptação relativamente confortável, principalmente porque se harmonizava com os princípios das lutas pela Reforma Sanitária. Giovanella¹³ revela que se promovia o uso de tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitas, com destaque para a participação comunitária e democratização do conhecimento, incluindo práticas tradicionais de saúde, parteiras e agentes comunitários, reduzindo o paradigma do saber médico.

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

Em sua produção, Starfield²² contribuiu para definir o escopo da APS tal como é compreendida hoje. Starfield ainda produz uma série de conceitos que, como vimos na atualidade, formam os pilares de um sistema de saúde bastante aplicado em todo o Brasil, que é a Estratégia Saúde da Família. A ESF surgiu em meados dos anos 1990 de uma tensão paradigmática provocada pelo discurso do Movimento de Reforma Sanitária e pela práxis gerada na implantação de modelos de atenção à saúde, alternativos ao modelo médico assistencial privatista. Em princípio, foi fácil, especialmente nas áreas remotas do Nordeste do Brasil, a aplicação de um modelo tecnoassistencial, de acordo

com os princípios norteadores do SUS e que não fosse centrado na figura do médico¹.

A ESF abriga mudanças na dimensão organizacional do modelo de assistência no momento em que constitui a equipe de saúde da família, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território, define o generalista como o profissional médico da atenção básica; institui novos profissionais, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os enfermeiros e, a posteriori, os cirurgiões dentistas, voltados para a atuação comunitária, ampliando, assim, a atuação da equipe sobre os determinantes do processo saúde-doença^{1,3,18}.

Essa ideia inicial de equipe multidisciplinar perdurou por algum tempo, devido à integração com os ACS, que, à época, já atuavam em campo, e à supervisão de enfermeiros, através do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); até que, dando prosseguimento às exigências de mercado, foi tensionada a presença central da figura profissional médica¹.

Andrade¹ ainda nos ressalta que, mesmo com os resultados expressivos de melhoria dos indicadores de saúde na população beneficiada pelo Programa, não se pôde generalizar o êxito ou o insucesso da estratégia. Isto porque: a ESF encontrada nas mais diversas comunidades brasileiras é o resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar proposto e primeiramente financiado pelo governo federal. A nosso ver, essa diversidade de experiências da ESF nas cidades brasileiras é especialmente resultante da variedade de tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de apoderamento comunitário¹.

Em Fortaleza, a quinta capital brasileira em urbanidade, segundo dados de 2014 do IBGE, a ESF deu lugar às redes de atenção à saúde, com enfoque máximo nas queixas agudas. Entende-

-se que a configuração tradicional para produzir assistência à saúde tem como centro o saber médico e uma clínica baseada no biológico, onde os processos de trabalho estão centrados no ato prescritivo, agindo mais como “produtores de procedimentos” do que “do cuidado” propriamente dito¹⁴. Como vimos, a inversão do modelo de assistência pressupõe sensíveis alterações no modo de se conceber um novo jeito de agir em saúde. Precisa-se de um processo de trabalho multiprofissional e, mais do que isso, uma alteração nas tecnologias de trabalho usuais.

Com esses conceitos em mente o trabalho teve por objetivo investigar os processos de trabalho desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde, à luz das relações de trabalho e produção de cuidado e analisar os processos de trabalho em saúde na APS implicados na produção de cuidado

METODOLOGIA

Em Minayo¹⁵, apreendemos que a pesquisa é motivada pela relação entre sujeito investigador e sujeito investigado, implicados no processo de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento, no qual estão historicamente conectados. Para esta pesquisa, a qual nos dispusemos investigar os processos de trabalho e produção de cuidado na APS, nos pareceu coerente o uso da pesquisa qualitativa, com enfoque na pesquisa-ação.

Esta pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, Ceará; de maneira mais específica, numa Unidade de Atenção Primária à Saúde, no bairro Bom Sucesso, que faz parte da área de abrangência geográfica da Secretaria Regional 3. Importante se faz descrever o lugar desta pesquisa. Fortaleza, a capital do Ceará e a cidade mais populosa do Estado, tem 2.591.188 habitantes e conta com densidade demográfica de 7.7866 pessoas por quilômetro quadrado, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE), para 2015. A cidade conta ainda com cinco estabelecimentos de saúde federais, 18 estaduais, 92 municipais e estima-se 426 estabelecimentos de saúde privados, de acordo com dados de 2013, também do IBGE.

Para fins de produção do conhecimento, nesta pesquisa centralizamos o sujeito como ator do processo de apreensão da realidade, para, deste modo, preservar seu ser gente, sem remetê-lo à condição de objeto⁶. Considerando esta forma metodológica de agir e tendo como norte os objetivos de nosso trabalho, realizamos três círculos de culturas com grupos de que variaram de 9 a 15 participantes em cada encontro.

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

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

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

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

Em todos os círculos, a maioria dos participantes era composta de servidores públicos, a não ser pela auxiliar de saúde bucal, que participara do primeiro e do terceiro círculo. Esta funcionária, bem como as atuais auxiliares e técnicas de enfermagem, não possuía, até o momento da coleta de dados desta pesquisa, qualquer vínculo empregatício

com a Prefeitura Municipal de Fortaleza, tendo seu salário mensal recebido pela sigla RPA, que faz referência ao “Recibo de Pagamento Avulso”. Neste ano, foi realizado concurso público municipal para provimento de cargos de nível médio para estas categorias profissionais.

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

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

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

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

Optamos pela manutenção de um

diário de campo, a fim de permitir o registro das experiências vividas na feitura desta pesquisa, uma vez que nos percebemos na busca pelas concepções de nossos atores-sujeitos da pesquisa, extraídos da nossa própria experiência de campo.

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

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

Realizamos a transcrição das gravações e das imagens produzidas pelo grupo, bem como dos registros do diário de campo compõem o corpus da pesquisa. Estes foram os primeiros movimentos realizados no sentido de tratamento dos dados obtidos. A esta fase, Bardin² chamou de pré-análise.

Realizamos leitura inicial das informações transcritas, deixando-se invadir pelas primeiras impressões e orientações. Em busca de compreender a força dos enunciados, fomos à fase de exploratória, que Bardin² define como sendo aquela onde são realizadas leituras sistemáticas a fim de buscar conexões e desconexões entre os dados e apreender as relações obtidas.

Durante toda a confecção deste material foi mantido o compromisso de

respeitar o que foi postulado pela Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução versa sobre a manutenção dos princípios da bioética voltados ao indivíduo e às coletividades, quais sejam, a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade³. O Projeto desta Dissertação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e teve sua aprovação sem pendências obtida com CAAE 42543015.3.00005534, cujo número de parecer consubstanciado do CEP é 1.115.332.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

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

(T3 C1).

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

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

Franco e Mehry⁹ reafirmam que os processos de trabalho em Saúde da Família são, por si, sua grande questão, já que a produção do cuidado à saúde ocorre fundamentalmente pelas dinâmicas relacionais e suas aplicabilidades, como também pelas tecnologias de trabalho. Os autores apontam a necessidade de os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família reaprenderem os seus trabalhos a partir de dinâmicas relacionais que possibilitem a soma dos diversos conhecimentos.

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

Para promoção da autonomia dos sujeitos e do autocuidado, o SUS desenvolveu a PNH, que, entre outros elementos, reconhece essa necessidade dessa forma de democratização dos serviços de saúde como requisito fundamental para a humanização. Para tanto, prevê a transversalidade das ações sociais e de saúde, a busca pela autonomia e pelo protagonismo de coletivos que integram o SUS, sejam eles gestores, trabalhadores e pacientes³.

Ao verbalizarem que se preocupam com a capacidade do paciente ter cuidado e responsabilidade com a própria

a saúde, em educá-los para o autocuidado, os trabalhadores estão pensando em novas formas de produção e circulação de poder no âmbito da saúde¹⁹. Além disso, acreditamos que estão procurando agir em consonância com aquilo que suscita a PNH: a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos a quem o SUS se destina.

Campos⁷ valida esse pensamento quando afirma que não é possível haver projeto de humanização da saúde sem que se leve em conta a democratização das relações interpessoais. O autor defende formas democráticas de trabalho nas instituições para aumentar a capacidade decisória do usuário do SUS, frente às autoridades sanitárias. Produzir autonomia dos pacientes como forma de produzir cuidado é um movimento de gestão coparticipativa das ações de saúde. Da mesma forma, podemos dizer que também é compartilhar saberes e práticas que os qualifiquem para fazer escolhas que promovam saúde para si.

Contribuir para a produção de autonomia do usuário do SUS pressupõe disponibilizar meios para que o paciente possa se afirmar diante das intervenções formuladas para ele por parte dos profissionais de saúde, trazendo, assim, para a assistência, seus conhecimentos e seu potencial de cuidado⁸.

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

Citamos um artigo de reflexão de Silva et al.²¹ em que os autores participaram da assistência à saúde de uma paciente em pós-operatório de retirada da mama devido a um câncer. No arti-

go, a equipe de Saúde da Família realiza visitas à paciente até que ela decide por interromper seu tratamento medicamentoso. A paciente demonstrara gratidão pelos cuidados da equipe até então e revelara que sua única tristeza era a ausência de sua família naquele momento. A repercussão na equipe, em princípio, foi muito ruim. Posteriormente, em processo de ressignificação em grupo, foi possível montar uma nova estratégia de cuidados, voltados para as reais necessidades daquela paciente: afeto, amparo familiar. Apreendemos deste artigo que o cuidado ultrapassa a oferta de ações e de serviços de saúde; transversalizam-se as ações de saúde, de serviço social de espiritualidade, entre tantas outras, para alcançar o cuidado que precisa ser feito, não obstante, o que é esperado.

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

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

A trabalhadora crê que esta maneira

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

Contrapomos, agora, a posição da trabalhadora porque encontramos no seu pensamento sinais de que a compreensão acerca do saber/fazer médicos são alicerçados, enquanto modos de produzir cuidado, pela medicalização e pela prescrição de atos saudáveis. A fala ilustra que, embora tenham uma compreensão de que precisam se orientar por uma produção dialógica do cuidado, os trabalhadores externalizam formas de trabalho que tendem a hierarquizar saberes e medicalizar os corpos.

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

Para promover cuidado ao usuário do SUS, Tavares et al.²³ ponderam ser importante a valorização do princípio da integralidade. Os autores contemplam

a noção de que é fundamental permitir a troca de poderes e permear o encontro entre os vários atores envolvido no cotidiano das ações de saúde capazes de produzir acolhimento, vínculo, respeito e dignidade.

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

O profissional tende a se despende de certas regras e normas, orientando-se pela natureza da relação adoecimento/necessidade para prestar sua forma de atendimento de saúde e, como primordial na ESF, marcar sua presença participativa na vida daquela pessoa, ou família, ou comunidade. A vinculação entre profissionais e pacientes é percebida como um momento de cuidado transversalizado por afetos e subjetividade. Neste contexto, caem por terra saberes absolutos e práticas intervencionistas. Silva et al.²¹ dizem que, além de institucional e físico, o território do cuidado é afetivo e produtor de singularidades.

Produzir cuidado é cuidar do outro como se fosse cuidar de mim. Porque, de uns anos pra cá, depois que eu passei pelas mãos do Dr. Adalberto Barreto² eu venho trabalhando dessa forma: eu cuido das pessoas como eu gostaria de ser cuidada (T8 C1).

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

Tem que ser firme sem ser agressivo; falar para fazer ele entender. E também falar quando se tem certeza.

² Barreto é PhD professor da Universidade Federal do Ceará, Doutor em psiquiatria pela Universidade René Descartes de Paris, França, Doutor em Antropologia pela Universidade Católica de Lyon, França. Elaborou a metodologia da Terapia Comunitária, na qual a própria comunidade pode, de maneira dialógica e metodológica, tratar vítimas de transtornos psíquicos e emocionais. A Terapia Comunitária alia saberes populares e conhecimento científico para criar espaços de tratamento nos quais os principais remédios são a palavra e o toque. Em grupos de 30 a 40 pessoas, compartilham vivências, experiências, problemas e aprendem em conjunto a lidar com suas dificuldades. Fonte: Adaptado do currículo Lattes de Dr. Adalberto de Paula Barreto.

Buscar se aprimorar, buscar se capacitar pra que o paciente tenha sempre confiança no que você diz (T17 C3). Procurar cuidar das pessoas é ir em busca de conhecimento, dentro e fora do território. Porque fora do território a gente procura técnicas, procura se aperfeiçoar. Enquanto que dentro [do território] na comunidade, você aprende com vivência [...] tudo no território é aprendizado (T2 C2).

A certeza das informações oferecidas para gerar um cuidado menos paternalista e mais consciente de ser uma ação promotora de cuidados de saúde corrobora com o pensamento de Freire¹¹, que suscita aos trabalhadores o cultivo dos vários saberes necessários à prática educativa transformadora. Acreditamos que os trabalhadores percebem, ainda, que as relações entre si e deles mesmos com os pacientes ainda seguem modelos tradicionais de assistência à saúde, como o forte intervenção institucional do setor público e a divisão técnica social de seus trabalhos. Foi importante aos participantes fazerem essa reflexão crítica para desenvolverem a capacidade de desnaturalização do que fora insti-

tuído. Desfazer aquilo que se apresenta como “normal” é importante para dar lugar à criatividade e à ação de inventar alguns outros modos de fazer saúde.

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Andrade LMO, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, et al., editors. Tratado de Saúde Coletiva. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 907.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, translator. 1st ed. 2nd reprint. São Paulo: Edições 70; 2011. 279 p.
3. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CONEP 466/2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 12 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - Trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 104 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - Trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Livro 2. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 160 p.
6. Bourguignon JA. O processo da pesquisa e suas implicações teórico-metodológicas e sociais. Rev Emancipação. 2008;6(1):41-52.

7. Campos GWS, Cunha GT. Método Paidéia para GO-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Rev ORG DEMO*. 2010;11(1):31-46.
8. Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC. A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2009. 164 p.
9. Franco TB. A reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado da saúde. In: Franco TB, Mehry EE, editors. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 361.
10. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. 174 p.
11. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2010. 148 p.
12. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão de 2007 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza [Internet]. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2007 [cited 2014 Nov 27]. Available from: <http://fortaleza.ce.gov.br/sms/relatorios.download>
13. Giovanella L, Escorel S, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. 1100 p.
14. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Malta DC, et al., editors. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.
15. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31st ed. Petrópolis: Vozes; 2012. 80 p.
16. PAHO. Conferência de Alma-Ata de 1978.
17. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Renovação da Atenção Primária nas Américas. Documento de posicionamento da Opas [Internet]. Washington: PAHO; 2005 [cited 2014 Nov 27]. Available from: <http://www.opas.org.br>
18. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, et al., editors. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 547-73.
19. Pordeus MP, Pordeus CLV, Rolim FAR, Nunes KJO, e Silva EDS, Araújo AM, do Amaral MS, Alves SRM. Psicodinâmica do trabalho e sua implicância na saúde do trabalhador: contexto da reforma trabalhista. *Rev. Foco* [Internet]. 19º de junho de 2023 [citado 28º de agosto de 2025];16(6). Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/2344>.
20. Silva MRF, Silveira LC, Pontes RJS, Vieira AN. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. *Rev Mineira Enferm*. 2015;19(1):249-54.
21. Silva MRF, Pontes RJS, Silveira LC. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(Spec No 2):784-8.
22. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
23. Tavares MFL, et al. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(5):1054-62.