

Desafios e Potencialidades do Trabalho em Equipe na Atenção Primária à Saúde (APS)

Challenges and Opportunities of Teamwork in Primary Health Care (PHC)

Retos y Potencial del Trabajo En Equipo en la Atención Primaria de Salud (APS)

RESUMO

Compreendemos que o trabalho em saúde aciona mecanismos diversos para a produção afetiva e efetiva do cuidado. Nesse diapasão, tem-se por **Objetivo:** investigar os processos de trabalho na atenção primária à saúde à luz das relações de trabalho e 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. **Resultados:** as polifonias produzidas revelam que o trabalhador da saúde encontra seus processos de trabalho fundamentados em ações produtoras de data para parametrização de atividades e tomada de decisões de saúde. **Conclusão:** Apesar de se sentirem diminuídos em suas dimensões cuidadoras, os profissionais desenvolveram estratégias de resistência. Foi possível identificar potencialidades e situações limitantes no desenvolvimento do trabalho na APS.

DESCRIPTORES: Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Trabalho em saúde; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

We understand that health work triggers various mechanisms for the affective and effective production of care. With this in mind, our **Objective:** is to investigate work processes in primary health care in the light of work relations 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 project with a qualitative approach, carried out with 17 health professionals from a primary care unit in Fortaleza, Ceará. **Results:** The polyphonies produced reveal that health workers find their work processes based on actions that produce data for parameterizing activities and making health decisions. **Conclusion:** Despite feeling diminished in their caring dimensions, the professionals developed strategies of resistance. It was possible to identify potentialities and limiting situations in the development of PHC work.

DESCRIPTORS: Primary Health Care; Reception; Health Work; Collective Health.

RESUMEN

Entendemos que el trabajo sanitario desencadena diversos mecanismos para la producción afectiva y efectiva de cuidados. Teniendo esto en cuenta, nuestro **Objetivo:** es investigar los procesos de trabajo en la atención primaria de salud a la luz de las relaciones laborales y de la producción de cuidados. Para ello, nos propusimos verificar cómo los trabajadores se perciben a sí mismos en la producción de cuidados y analizar los procesos de trabajo sanitario implicados en esta producción. **Método:** Se trató de un proyecto de investigación-acción con abordaje cualitativo, realizado con 17 profesionales de salud de una unidad de atención primaria de Fortaleza, Ceará. **Resultados:** Las polifonías producidas revelan que los trabajadores de salud encuentran sus procesos de trabajo basados en acciones que producen datos para la parametrización de las actividades y la toma de decisiones en salud. **Conclusión:** A pesar de sentirse disminuidos en sus dimensiones asistenciales, los profesionales desarrollaron estrategias de resistencia. Fue posible identificar potencialidades y situaciones limitantes en el desarrollo del trabajo en APS.

DESCRIPTORES: Atención Primaria; Acogida; Trabajo Sanitario; Salud Colectiva.

RECEBIDO EM: 07/07/2025 APROVADO EM: 26/07/2025

Como citar este artigo: Oliveira CMS, Silva MRF. Desafios e Potencialidades do Trabalho em Equipe na Atenção Primária à Saúde (APS). Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(99):16806-16819. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i99p16806-16819

**Camila Marques da Silva Oliveira**

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará em 2006, Especialista em Saúde da Família e Comunidade em 2008 e Mestre em Saúde Coletiva em 2015, sempre pela UECE.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3254-8954>

**Maria Rocineide Ferreira da Silva**

Enfermeira graduada pela UECE. Especialista em saúde da Família -ESP/Ce. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva UFC. Pós doutora em saúde coletiva Unicamp.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6086-6901>

INTRODUÇÃO

A produção do saber a partir do que se tem vivenciado, tem sido constante tema de debate da saúde coletiva entre as universidades e sistemas e serviços de saúde. A proposição de modelos technoassistenciais e de atenção à saúde que promovam garantia de direitos à saúde, tem gerado discussões importantes e proposições recentes⁹. Para o Ministério da Saúde⁴, 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.

Em 1978, como resposta à décadas de demandas sociais no campo da saúde, relacionadas à busca por aproximar da população o trabalho em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão. De acordo com a Declaração Oficial desta Conferência, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser fundamentada na assistência sanitária aos indivíduos, famílias e comunidades, com plena participação e custos que a comunidade local e o país puderem suportar. As principais formas de atenção à saúde estavam fortemente vinculadas à prevenção da mortalidade infantil e perinatal, através do destaque para a imunização infantil, o acompanhamento pré-natal e a puericultura¹⁸.

No Brasil, a APS teve adaptação relativamente confortável, principalmente porque se harmonizava com os princípios das lutas pela Reforma Sanitária. Giovanella (2013)¹³ 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.

Na atual gestão municipal dos serviços de saúde, com a aplicação de um novo modelo technoassistencial, baseado fortemente no atendimento ao paciente em demanda espontânea, encontramos, de maneira empírica, o entrave nas atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a deficiência na articulação das atividades programáticas típicas da ESF como forma de atenção primária à saúde. Além disso, percebe-se séria dificuldade em 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, no qual o paciente busca saúde e o profissional oferece tratamento, em vez de cuidado. Modelo este que já deveria ter sido superado, tendo em vista tantas lutas pela saúde do Brasil, destacando-se a

Reforma Sanitária. 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.

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. Starfield²³ 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 technoassistencial, de acordo com os princípios norteadores do SUS, e que não fosse centrado na figura do médico¹.

Peduzzi e Schaiber (2008)¹⁸ conceituam processo de trabalho como algo

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

Outra tecnologia presente nos processos produtivos, chamada por Mehry (1998)¹⁵ de tecnologia leve, surgiu da movimentação das relações entre profissionais, usuários, gestores, entre categorias profissionais e por considerar que o trabalho em saúde é todo relacional, de modo que ocorre sempre a partir do encontro entre sujeitos individuais e coletivos. As tecnologias leves se demonstram fundamentais na produção do cuidado, uma vez que são representadas por uma prática de produção de cuidado¹⁵. Podemos dizer que as tecnologias leves de produção de cuidado se manifestam no diálogo entre pacientes e profissionais, na esteticidade da forma de cuidar, na afetividade da escuta e no respeito mútuo às culturas.

Com esses conceitos em mente, vieram algumas perguntas: como o trabalhador da APS percebe o seu trabalho como produção de cuidado? Que ações e relações se realizam no cotidiano de trabalho, no tocante ao cuidado de sujeitos? Como o trabalhador da saúde se relaciona com a produção de cuidado no seu espaço/tempo de trabalho? Neste contexto, de acordo com as definições de Franco (2006)¹¹, a respeito do agir cotidiano dos sujeitos na relação entre si e no cenário em que se encontram, ainda: qual o conhecimento que esse trabalhador teria sobre a existência do movimento relacional promotor de atos de cuidar?

Podemos nos sentir implicados na busca por alternativas anti-hegemônicas com relação ao projeto de serviço de saúde imbricado em comercialização e mercadologia de processos. As lutas

agora se direcionam mais apropriadamente para a organização de processos de trabalho democráticos, com partilha dos processos decisórios e compromisso com a lógica usuário-centrada. Enquanto isso, observamos modelos de atenção e de gestão dos serviços de saúde que reduzem a capacidade decisória do trabalhador²⁰. Acreditamos que esta pouca governabilidade de suas ações implica redução de sua autonomia e percepção de pertença ao trabalho, porém atende aos valores do modelo produtivo.

O modelo vigente nos serviços de saúde, na prática, operacionaliza a manutenção de atividades curativas e mecânicas, que valorizam as especialidades médicas e são cada vez mais dependentes de tecnologias de maquinário, atendendo, assim, a interesses macroeconômicos legitimados pela mídia. Campos⁷ denunciou, ainda, que o trabalho das equipes de saúde sofria influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, orientadas pela crença ingênua de padronizar o conjunto total do trabalho em saúde. O trabalho em saúde é algo que só tem sentido quando criado no âmbito do que é coletivo e, portanto, longe de homogeneizações. É praticado por uma multiplicidade de categorias profissionais que realizam atividades necessárias para a manutenção da esfera institucional².

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

Especificamente quanto ao trabalhador da saúde, a PNAB se destaca por tra-

tar da qualificação da mão de obra como forma de prestar o melhor serviço ao usuário. Ressalta que a educação permanente é uma vertente de extrema importância para a promoção e consolidação do trabalho exitoso na APS.

A PNAB traça, então, importante estratégia para promover a educação do trabalhador em serviço. Acreditamos que foi pensada para dar corpo a dialogicidade e promoção da capacidade decisória do trabalhador da saúde em seu espaço de trabalho. Contudo, Fertoni et al. (2015)¹⁰ nos alertam em sua pesquisa que é preciso voltar os olhares para o processo de formação do trabalhador ainda na academia. Os autores afirmam que o modelo biomédico hegemônico tem influenciado a formação dos profissionais de saúde desde a graduação, além de orientar a organização dos serviços de saúde e direcionar a produção do conhecimento em saúde.

MÉTODO

A pesquisa-ação visa a auxiliar na promoção de mudança desejada/necessária e pressupõe percepção crítica, tanto por parte dos sujeitos investigados quanto dos sujeitos investigadores dos problemas próprios e dos fatos que os determinam para estabelecer os objetivos e as condições de pesquisa⁷. Nos propusemos, então, a neste estudo contribuir para a tomada de consciência dos sujeitos desta pesquisa. Através deste exercício de percepção e autocompreensão, foi possível apreender mais da fala emancipada e autônoma destes sujeitos, contextualizar e problematizar para a tomada de consciência e gerar aprendizagem, autonomia e emancipação.

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) critério de inclusão: trabalhadores de nível médio e superior da referida UAPS com qualquer forma de vínculo empregatício, que estivessem na vivência direta da assistência de saúde e

produção de cuidado, que estivessem há pelo menos um ano trabalhando com a equipe e que desejassem participar livremente da pesquisa; b) critério de exclusão foi aplicado aos trabalhadores, que estivessem de férias ou de licença, durante o período da coleta de dados.

Em todos os círculos, a maioria dos participantes era composta de servidores públicos, a não ser pela auxiliar de saúde bucal, que participava 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. Ademais, 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 Regional³.

Foram realizados três encontros entre agosto e setembro de 2015. O espaço físico, uma sala de reuniões, apesar da alta temperatura local, era bem ventilado e reservado, o que dificultava interferências externas. Havia uma mesa de mais ou menos dois metros de comprimento, o que permitia os elementos do grupo se sentarem todos à mesa, junto com a pesquisadora.

1º encontro seguido do 1º círculo de cultura

Realizamos, em princípio, uma exposição dialogada acerca dos propósitos do trabalho que vínhamos realizar, a constituição desse grupo e esclarecimentos sobre a forma de agir da pesquisadora nesse momento. O diálogo foi colocado como ponto imprescindível da estratégia do encontro, pois era necessário que cada pessoa se sentisse confortável em falar ou silenciar. Pactuamos, também, o

respeito à fala do outro, com a possibilidade de concordar e discordar dentro do seu momento de fala. Informamos sobre a nossa disponibilidade em contribuir com o enfrentamento de problemas que pudessem ser identificados, e sobre nossa vontade de provocar transformações na unidade.

2º círculo de cultura: o trabalho afetivo

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

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

3º encontro: o agir ético no trabalho

Este encontro foi permeado pela discussão do que é ser ético no trabalho, e como esse agir interfere na produção de cuidado. Os próprios participantes elegeram este tema como expressão disparadora de debate, porque acharam que não havia sido discutido a fundo no encontro anterior. Foi-se construindo o diálogo primeiro no sentido de gerar um consenso conceitual acerca do que é a ética e, em seguida, do que vem a ser agir eticamente.

Discutiu-se o agir ético entre colegas trabalhadores, entre trabalhadores e pa-

cientes e dos pacientes entre si. O momento da discussão entre o agir de maneira ética entre os colegas de trabalho fez aparecer muitos desafios. Foi problematizado que há dificuldade de lidar com conflitos entre colegas, no entanto, afirmou-se que a ética estaria exatamente em saber resolver conflitos com respeito.

Durante toda a confecção deste material foi mantido o compromisso de respeitar o que foi postulado pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução versa sobre a manutenção dos princípios da bioética voltados ao indivíduo e às coletividades, quais sejam: a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade.

RESULTADOS

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.

Acreditam eles na capacidade de se solidarizar e se colocar no lugar do outro. Para produzir cuidado, percebem, deve haver uma empatia, uma forma de agir com justiça, baseando-se na percepção da real necessidade de saúde da pessoa. No campo teórico, o trabalhador se mostra sensível aos apelos da produção de saúde, se sente impelido a agir de maneira afetuosa e empática com seu paciente, e tende a demonstrar interesse nesta prática. Em contrapartida, o discurso revela trabalhadores fragilizados, engessados e domesticados pela institucionalização, com dificuldade de demonstrar sua infelicidade diante dos ordenadores do serviço. Sentem-se mais seguros em compartilhar falas de indignação em grupos pequenos e homogêneos. Quem sabe para favorecer um meca-

nismo de defesa, que é a vitimização.

Em grupos, nas equipes é onde os profissionais se sentem seguros. Acreditam que protegem uns aos outros das agruras infligidas pela gestão, e são capazes de, juntos, alimentar suas forças de vontade para continuar trabalhando. As equipes se mostraram unidas pela informalidade dos encontros nos corredores e consultórios. Não foi obtido nas falas sinais de fortalecimento da produção de cuidado e dos vínculos de trabalho pelo fato de sentarem juntos para planejar. Uma das trabalhadoras percebia em si dificuldade inclusive de manifestar vínculos de amizade.

Propomos o uso dos círculos de cultura como substituintes das rodas de gestão que foram simplesmente suprimidas, deixando, assim, de haver espaços e tempos de dialogicidade. Capacitado para isso, cada trabalhador por vir a ser um facilitador de círculos por vez, por encontro, de maneira cíclica, para evitar centralizações do conhecimento e da capacidade de intervenção. Para isso, é preciso agenciamentos para que a gestão se mostre disponível para aceitar as proposições que busquem o resgate da autonomia e não da automatização dos sujeitos.

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

DISCUSSÃO

CATEGORIA 1 - PRODUZIR CUIDADO PARA GERAR CORRESPONSABILIZAÇÃO

Esta primeira categoria foi identificada pela percepção de que a pergunta inicial, gerada no primeiro círculo de cul-

tura (“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.

Franco e Mehry (2013)¹¹ 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.

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

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

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

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

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

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

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

Explorar a dinâmica da produção de cuidado junto a estes trabalhadores nos fez seguir o rumo das trilhas afetivas que constroem, acreditam eles, o seu principal território de trabalho. Freire (2010)¹² discorre as impressões dos trabalhadores a esse respeito porque, de acordo com ele, estariam se assumindo como seres históricos, pensantes, comu-

nicantes, capazes de transformar, criar, realizar sonhos, de ter raiva e amar.

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

A Política Nacional de Educação Popular (PNEPS) é uma estratégia do SUS que visa reafirmar os princípios do SUS, e suscitar a garantia dos direitos à saúde mediante a ampliação da participação popular nos processos decisórios e educativos no setor saúde. Entre os princípios teórico-metodológicos para efetiva implementação da PNEPS, destacam-se dimensões filosóficas, políticas e éticas do trabalho em saúde, às quais podemos citar: o diálogo, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, o compromisso com a construção do projeto democrático e popular e, transversalizando esses eixos, a amorosidade⁵. A valorização da amorosidade implica a incorporação de trocas emocionais para ampliação da sensibilidade e do diálogo nas relações produtoras de cuidado. Nos estudos de Borges⁶, entendemos que a ética freiriana quer colocar as ações humanas no centro das decisões e, por isto mesmo, precisam ser fundadas na ética, no agir certo, naquilo que vai ser bonito e benéfico, “nem melhor e nem pior” para ninguém e, ao mesmo tempo, para todos. É nessa relação dialógico-problematizada que se sustenta a cidadania.

A ética que encontramos nas leituras de Paulo Freire não está pautada em dogmatismos, nem em neutralidade. Ao contrário, é uma ética engajada na comunhão com os oprimidos⁶. Lutas, alegrias, esperança, solidariedade e tolerância são alguns exemplos dos princípios fundamentais que emergem da ética freiriana e parecem estar mais fortemente vincu-

lados à fala dos trabalhadores da UAPS.

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

CONCLUSÃO

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.

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

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

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

Propomos o uso dos círculos de cultura como substituintes das rodas de gestão que foram simplesmente suprimidas, deixando, assim, de haver espaços e tempos de dialogicidade. Capacitado para isso, cada trabalhador por vir a ser um facilitador de círculos por vez, por encontro, de maneira cíclica, para evitar centralizações do conhecimento e da capacidade de intervenção. Para isso, é preciso agenciamentos para que a gestão se mostre disponível para aceitar as proposições que busquem o resgate da autonomia e não da automatização dos sujeitos.

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

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

REFERÊNCIAS

1. Andrade LMO, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, et all. Tratado de Saúde Coletiva. 2012(2): 907.
2. Azevedo CS. Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. 2013, Rio de Janeiro.
3. Barbier R. A pesquisa-ação. 2007, Brasília.
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. 2005 (2), Rio de Janeiro.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa - CONESP. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. 2012, Brasília.
6. Borges V. O princípio ético-crítico freiriano. Revista Diálogo Educacional. 2014; 14(41):213-231.
7. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko RT. Agir em saúde: um desafio para o público. 1997:229-266.
8. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface - Comunicação, saúde educação. 2005;9,(17): 398-400.
9. Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. 2006, Petrópolis.
10. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação, 2014, Porto Alegre.
11. Fertoni HP, et all. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(6):1869-1878.
12. 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, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 2013:361.
13. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Ed. Paz e Terra; 2010.
14. Giovanella L, Escorel S, et all. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2013.
15. Junqueira TS, et all. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad. Saúde Pública. 2010;26(5):918-928.
16. 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. Saúde Debate. 1998;22(2):103-120.
17. Nunes AA, et all. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. Saúde Debate. 2014;38(102):452-467.
18. Oliveira AKS, et all. Alternative experiences rescuing knowledge for working processes in health. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(4):945-951.
19. Peduzzi M, Schraiber LB. O processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2008. p. 479.
20. Rosenberg AMFA. Breve história da saúde pública no Brasil. In: ROUQUAYROL MZ, SILVA MGC. Epidemiologia e Saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Medbook; 2013. p. 736.
21. Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizaus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB. Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalhador da saúde. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007. p. 272.
22. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde Coletiva. 1999;4(2):221-242.
23. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Barbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.