UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TAUANI ZAMPIERI FERMINO

O processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de
enfermagem na Atenção Básica à Saúde

RIBEIRÃO PRETO
2010

TAUANI ZAMPIERI FERMINO

O processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de
enfermagem na Atenção Básica à Saúde

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde
Pública

Área de concentração: Enfermagem em
Saúde Pública

Linha de pesquisa: Prática, saberes e políticas de
saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa
Pereira

RIBEIRÃO PRETO
2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Fermino, Tauani Zampieri.

O processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde / Tauani Zampieri Fermino; orientadora Maria José Bistafa Pereira. – São Paulo, 2010.

143 f. : il.

Dissertação (Mestrado)- -Universidade de São Paulo, 2010.

1. Atenção Primária à Saúde 2. Atenção Básica à Saúde 3. Processo de Trabalho 4. Auxiliares de Enfermagem 5. Técnicos de Enfermagem.

Nome – FERMINO, Tauani Zampieri

Título – O processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem na
Atenção Básica à Saúde

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, **Carcília Barbosa Zampieri** e **Antônio Zampieri**,

que cultivaram nossa família com todo o amor
e que nunca mediram esforços
para nos ver florescer.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, **Denise Aparecida Zampieri**, pelos anos de dedicação e amizade e por ter me cativado com o amor com que cuidava de seus pacientes, me levando a ser enfermeira.

Ao meu pai, **Genésio Fermino Carlos Netto**, que me ensina sobre a vida e pela figura ímpar que constitui como pai.

Às minhas irmãs, **Táina Zampieri Fermino** e **Tatiane Zampieri Fermino**, por estarem sempre na torcida, vocês compõem o que sou.

Ao **Lucas Vinco de Oliveira Campos** por estar sempre ao meu lado me apoiando em todas as minhas escolhas, por cuidar de mim. Sem você este trabalho não se concretizaria.

À **Mariza Salomão Vinco**, **André Vinco de Oliveira Campos** e **Sérgio Arthur de Oliveira Campos**, por me acolherem em suas casas e suas vidas.

Aos meus **familiares** e **amigos** que, mesmo distantes, estão comigo.

À **Prof^a Dra. Maria José Bistafa Pereira**, a quem admiro, pelas oportunidades que me deu e por tudo que me ensinou como docente, enfermeira, pessoa e mulher.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** por participar da minha formação nos meus últimos sete anos de vida.

Ao **Programa de Enfermagem em Saúde Pública** e à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** pela concessão da bolsa de mestrado.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo**, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

À **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto** e respectiva **Secretaria Municipal de Saúde**, por colocar à disposição o serviço de saúde e seus trabalhadores, objeto deste estudo.

Aos **trabalhadores da unidade básica de saúde** que fizeram parte deste estudo pela confiança depositada e pelo envolvimento que permitiu que alcançássemos nossos objetivos.

Às irmãs **Miriam, Glória e Mariluce** do Colégio Nossa Senhora da Ressurreição por proporcionarem a minha formação não somente escolar, mas também como cidadã, não imagino como seria a minha trajetória sem a confiança e o investimento de vocês.

RESUMO

FERMINO, T. Z. **O processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde**. 2010. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A temática deste estudo trata da prática de enfermagem de trabalhadores de nível médio que atuam em serviços da rede de atenção básica à saúde a partir de meados da década de 1990. Foi desenvolvido com os objetivos de caracterizar o processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade básica de saúde, do município de Ribeirão Preto – São Paulo, na perspectiva da integralidade da atenção, caracterizar o perfil sócio demográfico dos auxiliares e técnicos de enfermagem integrantes deste serviço de atenção básica à saúde, analisar a concepção destes trabalhadores de enfermagem de nível médio sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho na atenção básica à saúde e identificar e analisar os aspectos dificultadores e facilitadores para desenvolver o processo de trabalho na perspectiva da integralidade. Constituiu-se em um estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, optamos pela observação participante e entrevista semiestruturada. Participaram deste estudo 10 auxiliares de enfermagem e 02 técnicos de enfermagem e, para a análise dos dados obtidos, utilizou-se a análise temática. No decorrer da análise foi possível identificar duas distintas composições no processo de trabalho destes agentes, sendo que encontramos de modo predominante a organização do processo de trabalho para atender pessoas com necessidade de enfrentar doenças/problemas de saúde, mas também encontramos potencialidades para o desenvolvimento do processo de trabalho na direção da integralidade da atenção. Concluiu-se que, diante do esgotamento dos recursos disponíveis na atenção básica à saúde e do sentimento de impotência no ato de cuidar, estes trabalhadores têm procurado estratégias para tentar ajudar ao usuário que procura o serviço de saúde com problemas que não se enquadram àqueles solucionáveis com consulta médica, medicamentos ou procedimentos técnicos. Considera-se ser necessário introduzir a educação permanente no cotidiano do trabalho na atenção básica à saúde e dentro desta prática, qualificar a escuta dos trabalhadores que atuam nestes serviços. Considera-se também ser necessário ampliar os fóruns de discussões e as ações, incluindo como agentes as universidades, os conselhos de enfermagem e as instâncias políticas de nível nacional, estadual e municipal, para promover transformações estruturais na formação dos trabalhadores de nível médio de enfermagem, de modo que estes desenvolvam as competências necessárias para o trabalho na atenção básica à saúde na perspectiva da integralidade da atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica à Saúde. Processo de Trabalho. Auxiliares de Enfermagem. Técnicos de Enfermagem.

ABSTRACT

FERMINO, T. Z. **Working process of auxiliaries and nursing technicians in Primary Health Care.** 2010. 143 f. Thesis (Master's Degree) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

The theme of this study deals with the nursing practice of middle level workers whose field is primary health care services since mid 1990's. It was developed with the objectives of distinguishing the working process of primary health unit auxiliaries and nursing technicians of the city of Ribeirão Preto – São Paulo, through the perspective of the integrality of the action, distinguish the socio-demographic profile of the auxiliaries and nursing technicians members of such primary health care service, analyze the conceptions of these middle level nursing workers under the constitutive elements of the primary health care working process and identify and analyze the complicating and facilitating aspects to develop the working process through the perspective of integrality. It was formed a descriptive nature and qualitative approach study. In order to collect the data, structured observation and semi-structured interview were applied. Ten nursing auxiliaries and two nursing technicians took part of such study and for the obtained data analysis, thematic analysis was employed. During the analysis process it was possible to identify two distinguished compositions in the working process of these agents, where it was found in a predominant way the organization of the working process to assist people with the need to deal with diseases/health problems, but it was also found potentialities for the working process development towards the integrality of attention. It was concluded that facing the exhaustion of resources available in primary health care and the feeling of impotence in the act of taking care, these workers have been searching for strategies to try to help users who seek health service units with problems which do not fit the ones solvable through medical consultation, drugs or technical procedures. It is considered necessary to introduce continuing education in primary health care daily work and within such practice, qualify the listening of workers who act in such services. It is also considered as necessary to expand the discussion forums and the actions, including universities, nursing councils and national, state and municipal political instances as agents to promote structural changes in the training of middle level nursing workers so that they develop the skills necessary for work in primary health care from the perspective of integrality of attention.

Keywords: Primary Health Care. Working Process. Nursing Auxiliaries. Nursing Technicians.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 UM BREVE HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	11
1.2 A TRAJETÓRIA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3 QUADRO TEÓRICO	24
3.1 CONCEITUANDO O PROCESSO DE TRABALHO	25
3.2 O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	29
4 REVISITANDO A LITERATURA	35
4.1 O PROCESSO DE TRABALHO DOS AE E TE NA ABS.....	36
5 PERCURSO METODOLÓGICO	39
5.1 O CAMPO DA PESQUISA.....	41
5.2 A POPULAÇÃO DE ESTUDO	41
5.3 AS QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	42
5.4 APROXIMAÇÃO AO CAMPO.....	43
5.5 COLETA DE DADOS.....	44
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	46
6.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS TRABALHADORES AE E TE.....	50
6.2 IDENTIFICAÇÃO DA UBS.....	55
6.3 O PROCESSO DE TRABALHO DOS AE E TE NA ABS.....	56
6.3.1 A UBS E A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA ATENDER PESSOAS COM NECESSIDADE DE ENFRENTAR DOENÇAS/PROBLEMAS DE SAÚDE	56
6.3.2 CAMINHANDO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	68
6.3.3 RETOMANDO OS ELEMENTOS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	82
6.3.4 OS INSTRUMENTOS DE TRABALHO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
8 REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICES.....	132
ANEXOS.....	141

1 INTRODUÇÃO

1.1 UM BREVE HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

A temática deste estudo trata da prática de enfermagem de trabalhadores de nível médio que atuam em serviços da rede da Atenção Básica à Saúde (ABS) a partir de meados da década de 1990, de uma cidade de grande porte do interior do Estado de São Paulo. Nesta perspectiva faz-se necessário uma breve recuperação histórica da conformação do sistema de saúde brasileiro.

Nos anos 70, a crise do capitalismo mundial afeta o setor da saúde e traz questionamentos quanto ao custo da assistência médica até então realizada e sua capacidade de produzir saúde, impondo aos dirigentes políticos o desafio de construir uma política racionalizadora e que ao mesmo tempo concilie programas sociais (FRANCO; MEHRY, 2003).

Neste contexto, em 1974, a publicação do relatório Lalonde, no Canadá, torna-se o momento inaugural da promoção da saúde como campo de saber e de intervenções (ROOTMAM et al., 2001), propondo as dimensões da biologia humana, do ambiente, dos estilos de vida e da organização da atenção à saúde como componentes indispensáveis para a análise dos problemas e necessidades de saúde de uma determinada população (CORBO; MOROSINI, 2005).

Após a publicação deste relatório, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convoca a trigésima Assembleia Mundial de Saúde em 1977, cuja meta principal estabelecida foi 'Saúde para todos no ano 2000', que visava um nível de saúde para todos os cidadãos do mundo que permitisse vida social e econômica produtiva (STARFIELD, 2002). Esta declaração foi fundamental para que os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) fossem apresentados como meio para a efetivação das propostas elaboradas durante a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 (CORBO; MOROSINI, 2005) e também se constituiu em uma estratégia para enfrentamento da crise do setor saúde.

A APS foi então conceituada como:

A atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978, p. 13).

Neste momento, o Brasil encontrava-se em um contexto marcado por processos de discussões e lutas pela democratização do país, que atravessava uma crise econômica estrutural e do sistema de saúde, e, através do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, conquista-se a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (SILVA; LIMA, 2005).

A Constituição Federal é aprovada na assembleia Nacional Constituinte, em 05 de outubro de 1988, e nela se inscreve, pela primeira vez, a questão da saúde, sendo abordada no Capítulo II da Seguridade Social, as disposições gerais da saúde, da previdência social e da assistência social, estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado (PEREIRA, 2008).

Ficam estabelecidas também as diretrizes ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde sendo que estes devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

As reformas no Sistema de Saúde passam então a serem regidas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção, descentralização da gestão dos serviços, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de atendimento e participação da população no controle social.

Esta conquista foi considerada como marco histórico e apogeu para a questão da saúde, sendo decisiva para a implantação de práticas da APS nas políticas de saúde do Estado brasileiro. Com esta importante vitória outras demandas se fizeram necessárias, inclusive no campo jurídico.

Para serem disciplinados e efetivados, os princípios enunciados, relativos ao setor saúde na Constituição Brasileira, prescindem de leis complementares e

ordinárias, estabelecendo-se, assim, as Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90 (Brasil., 1990a; Brasil, 1990b).

Paradoxalmente a este movimento de lutas para a democratização do país e consequente instituição do SUS, veremos desenhado na conjuntura mundial na década de 90, a expansão das políticas neoliberais, em que o contexto para a efetivação dos princípios inscritos nas leis orgânicas da saúde 8080/90 e 8142/90 encontra mais obstáculos e aumenta a tensão entre os projetos em disputa. Há um afastamento do Estado das Políticas Sociais provocando descompassos e dificuldades em nosso país na operacionalização dos ditames constitucionais de que a Saúde é Direito de todos e Dever do Estado (PEREIRA et al., 2008).

Negociações, disputas e pactos tornaram-se exercícios contínuos entre os atores sociais da área da saúde. A materialização destas diretrizes é inerente ao enfrentamento de desafios diante de uma realidade dinâmica e sempre mais complexa do que nossas mentes podem captar. Portanto, colocar em funcionamento as diretrizes legais das leis orgânicas por si só se constituiria em transpor enormes dificuldades, na medida em que estas se tornaram ainda mais complexas frente à conjuntura do momento (PEREIRA, 2008).

Percebemos, portanto, que muitos enfrentamentos foram e vêm sendo operados no processo de implantação do SUS. Levcovitz, Lima e Machado (2001), sobre as políticas de saúde dos anos 90, nos ofertam uma síntese das dificuldades e dos avanços no que tange, entre outras, questões de financiamento, uso inadequado de recursos financeiro pelo Estado e a falta de definição política das Universidades.

A complexidade das intervenções no sentido de avançar na direção dos preceitos do SUS é imensa, como já afirmamos anteriormente, e as ações se dirigem para diversos focos: financiamento, política de recursos humanos, gestão do sistema e mecanismos de controle social.

É reconhecido que o modelo de atenção precisava de mais intervenções diante da manutenção das práticas de saúde marcadas pela fragmentação das ações de atenção, centradas em procedimentos e nos aspectos curativos e na terapêutica fortemente medicamentosa (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Neste sentido, o princípio da integralidade da assistência permanece muito distante do desejado, comprometendo a resolubilidade e o atendimento das necessidades da população (PEREIRA, 2008).

Portanto, para assegurar os direitos constitucionais em meio à complexidade conjuntural, mudanças foram necessárias para o avanço na consolidação do SUS, na tentativa de garantir respostas às necessidades da população e cobertura assistencial adequada. Tornou-se então, pauta política no Ministério da Saúde (MS) a viabilização de uma proposta para Atenção Básica à Saúde (ABS), como é denominada a APS no Brasil (CORBO; MOROSINI, 2005).

A adoção desta denominação para a APS no Brasil está ligada a um contexto histórico em que foi necessário construir uma identidade institucional própria, para diferenciar a concepção e interpretação de APS proposta dos cuidados primários de saúde, interpretados como política de focalização e como atenção primitiva à saúde, rompendo com esta concepção redutora deste nível de atenção (Testa, 1987 apud Brasil., 2004; Brasil, 2003a).

Nesse contexto o Programa Saúde da Família (PSF) é implantado pelo MS em 1994, visando à reversão do modelo assistencial vigente (BRASIL, 1998) tendo, como eixo, a promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde, constituindo-se, portanto, em uma das estratégias para o fortalecimento da ABS, na tentativa de garantir respostas às necessidades da população e cobertura assistencial adequada, diminuindo a distância entre a integralidade real e a desejada (CORBO; MOROSINI, 2005).

Mais recentemente, nesta mesma perspectiva, é aprovada a Portaria GM/MS 648 de 28 de março de 2006, que traz a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica, para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), caracterizando a Atenção Básica por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações em territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que

possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006, p. 10).

Implementar as diretrizes políticas da PNAB se constitui em mais um desafio para consolidar a ABS como eixo estruturante do SUS. Assim, iniciativas de diferentes naturezas, incluindo as de caráter de pesquisa, que possam contribuir nesta direção, precisam ser empreendidas.

No decorrer deste processo de viabilização da implantação da ABS explicitado acima, temos a incorporação de diversas categorias profissionais, bem como a ampliação de outras na rede, como é o caso dos profissionais de enfermagem.

Observou-se, nas décadas de 80 e 90, uma mobilização da enfermagem na reorganização do setor saúde em várias regiões do mundo, dando suporte à área de ABS (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Neste sentido, considerando a inserção dos trabalhadores de enfermagem de nível médio nos serviços de saúde, entre eles os da ABS, constatamos que, apesar do incremento destes trabalhadores na rede de serviços da ABS, pouco se investiga como a prática profissional deste grupo tem se processado frente às perspectivas de mudanças no modelo de produção em saúde.

Acreditamos que a prática destes trabalhadores se constituem em uma estratégia para facilitar as transformações a fim de obtermos um sistema de saúde voltado para as necessidades da população (MISHIMA et al., 2003), sendo que esta situação provocou o desenvolvimento do estudo aqui proposto.

Apreender como vem se dando a prática destes agentes poderá dar subsídios para refletir sobre a contribuição destes na produção de ações e serviços na ABS.

1.2 A TRAJETÓRIA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para delinear o objeto deste estudo, se faz necessário inserir a enfermagem neste cenário de implantação da ABS. A OMS apresentou, em 1997, um documento com descrições da enfermagem em todo o mundo, demonstrando que a qualificação

do pessoal e suas atividades se diferenciam, profundamente, de um local para o outro (WHO, 1997 apud ROCHA; ALMEIDA, 2000, p.97). Estes autores trazem que a enfermagem constitui, em todo o mundo, o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde, sendo o grupo profissional que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades e que é mais amplamente distribuído.

Em um estudo que identificou as raízes históricas dos agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulistas entre 1900 e 1980, mostrou-se a inserção dos agentes de enfermagem, a partir de 1925, no denominado “Modelo Médico Sanitário” (VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1994, p. 76), que se estendeu até o final da década de 60. Neste período, os agentes de enfermagem trabalhavam em órgãos isolados como o Dispensário da Lepra, da Tuberculose, Posto de Puericultura, entre outros, realizando o trabalho sem formação profissional e padronização de atividades nos serviços, em que o critério de admissão era indicação política, predominando o atendente, sendo as atividades de enfermagem, como ações de educação sanitária, realizadas sem supervisão técnica.

A partir de 1976, uma nova prática sanitária se conforma, denominada “Programação em Saúde” (VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1994, p. 78), perdurando até 1983. Neste cenário a enfermeira passa a ser introduzida como mais um dos agentes da enfermagem nos Centros de Saúde, sendo esta a responsável pela chefia de enfermagem. Os agentes contratados como atendentes e visitantes sanitários não possuíam formação em enfermagem, sendo previsto que a enfermeira administrasse o treinamento a eles para executar as atividades previstas nos programas. As atividades de rotina centravam-se na prevenção e as atividades de enfermagem consistiam na pré-consulta, pós-consulta, atendimento de enfermagem, controle de faltosos e de comunicantes, visita domiciliar, trabalhos educativos, entre outras, caracterizando-se por não existir uma proposta isolada de trabalho para os agentes de enfermagem.

A partir dos anos 70, a profissionalização dos trabalhadores de nível médio na enfermagem tornou-se prioridade na agenda da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e das políticas públicas, especialmente da saúde e da educação (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

Em 1986 a Lei 7.498/86 estabeleceu as subcategorias que compõe a categoria de enfermagem, o enfermeiro, o técnico de enfermagem (TE), o auxiliar de enfermagem (AE) e a parteira, e reconheceu a existência de trabalhadores, os então

atendentes de enfermagem, atuando sem qualificação adequada, estipulando um prazo de dez anos para que a situação destes fosse resolvida. Entretanto, expirou-se o prazo legal sem que esta resolução fosse alcançada (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

Diante da persistência de um expressivo contingente de trabalhadores sem formação profissional e considerando os riscos para a população e a desvalorização do trabalho e dos trabalhadores (BRASIL, 2001), o Estado adotou iniciativas, sendo destaque as implantadas em nível nacional como a mais recente, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, a partir de 2000, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento e Tesouro Nacional, implantado pelo MS em todo o Brasil (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

Ofertou-se cursos de AE, complementação do AE para TE e complementação do ensino fundamental, formando aproximadamente 280 mil trabalhadores, sendo possível afirmar que o PROFAE alcançou seus objetivos em relação à formação dos profissionais AE e TE, enfermeiros especialistas para atuarem na docência e modernização dos espaços públicos de formação técnica em saúde (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

Segundo as Estatísticas da Saúde, no Brasil encontram-se ocupados em estabelecimentos de saúde 870.361 profissionais de nível superior sendo que 116.126 são enfermeiros, só no estado de São Paulo encontram-se 27.868 (IBGE, 2006). Os auxiliares de enfermagem (AE) somam o total de 401.753 profissionais ocupados em estabelecimentos de saúde no Brasil e os técnicos de enfermagem (TE) 161.336, sendo que 121.728 AE e 26.895 TE atuam no estado de São Paulo (IBGE, 2006).

Estes dados permitem afirmar que, somadas as categorias, os profissionais de enfermagem representam um contingente significativo dos trabalhadores em saúde sendo que, na enfermagem, os AE representam a maior força de trabalho e o estado de São Paulo constitui-se no mais importante mercado para estes profissionais (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO; OLIVEIRA, 2004).

Um recente estudo da ABEn (2006) refere que os profissionais de enfermagem, no Brasil constituem uma parcela importante do trabalho em saúde, fazendo parte do maior grupo individualizado de trabalhadores de saúde, responsáveis pela execução de 60% das ações de saúde e que mais entram em contato físico com os pacientes, além de possuírem uma formação diversificada.

Na busca de identificar o conhecimento produzido na literatura sobre o trabalho destes agentes na ABS, encontramos, entre outras que serão descritas mais adiante, 05 publicações, das quais 04 buscavam caracterizar o perfil, as ações e práticas destes profissionais na atenção básica, assim como as dificuldades encontradas por estes na execução de seus trabalhos. Um dos estudos buscava caracterizar e analisar as percepções dos trabalhadores de enfermagem quanto a configuração de sua prática assistencial. Destes, 04 foram realizados em Unidades de Saúde da Família (USF) e 01 em Centros de Saúde e Programa Saúde em Casa.

Cotta et al. (2006), Shimizu e Santos (2001), Shimizu et al. (2004), Silva, Silva e Lonsing (2006) e Teixeira, Mishima e Pereira (2000) apontaram, em seus artigos, que a prática dos AE na ABS se pauta em ações de caráter curativo (administração de medicamentos, curativos, verificação de pressão arterial, etc). Cotta et al. (2006), Shimizu e Santos (2001) e Shimizu et al. (2004), descrevem como a maior parte das ações enquanto atividades complementares às do médico (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991), ou seja, ações que viabilizam a consulta médica como a pré-consulta, a pós-consulta, o controle de exames, entre outros.

As ações voltadas para o coletivo são restritas e, na maior parte das vezes, enfocam a doenças e/ou o doente como, por exemplo, no controle da situação vacinal e na realização de grupos voltados para hipertensão e diabetes, sendo que ações de prevenção e promoção quase não são realizadas por estes profissionais (Cotta et al., 2006; Shimizu et al., 2004; Silva; Silva; Lonsing, 2006). Teixeira, Mishima e Pereira (2000) trazem que, na percepção do AE, é necessário integrar as ações de prevenção com as ações curativas.

Shimizu e Santos (2001), cuja pesquisa ocorreu em Centros de Saúde e no Programa Saúde em Casa no Distrito Federal, relatam que os AE quase não realizam atividades fora das unidades de saúde e, portanto, não conhecem a população com a qual trabalham. Em contraponto, Shimizu et al. (2004), relata que os AE que atuam no PSF no Distrito Federal conhecem a população e seus problemas, mas não se sentem instrumentalizados para trabalhar com a comunidade.

Como dificuldades referidas, Cotta et al. (2006) e Shimizu et al. (2004) apresentam falta de recursos materiais, falta de transporte em áreas de grande abrangência, falta de infraestrutura e problemas com acessibilidade aos médicos especialistas. Shimizu et al. (2004) relatam também a falta de recursos humanos e

dificuldades no relacionamento com coordenadores que são considerados autoritários pelos AE. Trazem ainda que a maior parte dos AE consideram sua remuneração baixa. Teixeira, Mishima e Pereira (2000) afirmam ainda que o sofrimento está sempre presente na prática destes profissionais devido às limitações dos serviços de saúde.

Há carência de estudos que analisam as práticas dos trabalhadores que atuam na ABS e as esferas de governo definem as atribuições básicas dos profissionais de forma limitada, econômica, não apontando atividades específicas, conforme os diferentes graus de complexidade, inerentes a um trabalho na comunidade (SHIMIZU et al., 2004).

Neste processo de busca da produção de conhecimento acerca da prática profissional do grupo de enfermagem do nível médio, não encontramos artigos que abordassem o trabalho do TE na ABS. Em pesquisa que buscou traçar o perfil de ações do TE no Brasil, constatou-se que esta categoria possui um número reduzido de investigações e estudos, sendo que os existentes, em sua maioria, são manuais de procedimentos (BRASIL, 2003b).

Nas unidades de ABS, os TE atuam nas atividades programáticas como hipertensão arterial e diabetes, em funções administrativas e burocráticas como controle de material, em atividades educativas através de orientações, nas salas de vacina e no acompanhamento e auxílio das atividades médicas. No entanto, estas não são atividades restritas a esses trabalhadores. (BRASIL, 2003b).

As ações destes profissionais dificilmente são diferenciadas dos AE, sendo ampliadas ou reduzidas dependendo do turno e da unidade em que trabalham, sendo que muitas vezes suas capacidades não são aproveitadas (BRASIL, 2003b).

Identificamos uma analogia na literatura internacional encontrada, pois um estudo que buscou propor funções específicas para os profissionais de enfermagem que atuam na APS em Havana – Cuba, relata que um dos principais problemas identificados no país é a delimitação e a diferenciação das funções exercidas pelos profissionais universitários e técnicos. Este estudo concluiu que as funções propostas são quantitativa e qualitativamente maiores que as funções realizadas pelos técnicos no país até o momento (ESPERÓN; THOMAS; CABRERA, 2005).

Os dados levantados sinalizam um panorama sobre o trabalho dos AE e TE. Cabe aqui retomar a PNAB (BRASIL, 2006), que traz algumas das atribuições comuns a todos os profissionais como: realizar ações de atenção integral conforme

a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local, garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas e da garantia de atendimento à demanda espontânea e da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde, responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde e identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Traz também como atribuições específicas do AE e do TE participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e às famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Diante da tímida produção literária acerca do trabalho dos AE e TE na ABS e do contingente significativo de profissionais AE atuantes na ABS e considerando que grande parte do trabalho diário na ABS é desenvolvido por este agente, acreditamos ser relevante analisar o trabalho dos AE e TE no contexto das perspectivas de mudanças na atenção à saúde, incluindo a recente aprovação da PNAB que tem como um de seus princípios norteadores a integralidade, para que futuramente possamos propor ações de intervenção para o desenvolvimento e utilização de ferramentas que potencializam o trabalho vivo em ato e propiciam autonomia, emancipação dos trabalhadores e dos usuários para uma assistência qualificada à saúde (BUJDOSO et al., 2007).

Experiências extracurriculares no decorrer da graduação, incluindo estágios e a participação em projetos do MS, no âmbito do SUS e da ABS, um breve período de trabalho em uma USF e a participação em um projeto de pesquisa na ABS¹, permitiram minha aproximação ao tema desta pesquisa, através de estudos, da

¹ Projeto "Implantação e Avaliação de Dispositivos para Fortalecimento da Atenção Básica e do Sistema Local de Saúde", subvencionado pela Fundação Waldemar Barnsley Pessoa, coordenado pelo Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de maio a dezembro de 2007.

observação, da interação e do trabalho conjunto com os AE e TE que atuam na ABS.

A partir disso, chegamos ao pressuposto que existem obstáculos no processo de trabalho dos AE e TE para que suas ações caminhem no sentido da integralidade da atenção.

Surgem, então, perguntas norteadoras para este estudo. Como o trabalho dos AE e TE tem se desenvolvido na ABS? Quais ações, no cotidiano de trabalho destes agentes, possibilitam atuar na perspectiva da integralidade? Quais são as dificuldades e obstáculos que estes profissionais encontram no processo de trabalho para agir na direção da integralidade da atenção?

Diante destes questionamentos elegemos, para esta investigação, os objetivos descritos a seguir.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o processo de trabalho dos AE e TE de uma UBS do município de Ribeirão Preto – SP, na perspectiva da integralidade da atenção.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos AE e TE integrantes deste serviço de ABS;
- Analisar a concepção dos AE e TE sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho na ABS;
- Identificar e analisar os aspectos dificultadores e facilitadores para desenvolver o processo de trabalho na perspectiva da integralidade.

3 QUADRO TEÓRICO

Ainda entendemos que, para investir na busca de respostas para os questionamentos deste estudo, é necessário compreender o processo de produção das ações em saúde na enfermagem, inclusive nas possibilidades e espaços dados pelo próprio desenrolar do trabalho, que inclui uma finalidade, objeto, instrumentos, processos e o sujeito da ação (MISHIMA, 2003).

Nesse sentido, estaremos considerando a enfermagem para além de uma profissão com competência técnica científica. A enfermagem será considerada uma prática social, ou seja, entende-se que a enfermagem estabelece relações com outros trabalhos, com as dimensões econômicas, culturais e sociais das instâncias que compõem a estrutura de uma sociedade. Desta forma ela é conformada e participa da conformação das práticas de saúde, sendo heterogênea nas diversas sociedades e sofrendo transformações no transcorrer dos tempos.

Para tanto, é relevante se apropriar dos conceitos do processo de trabalho, que se definiu como marco teórico de referência para o estudo proposto, com o intuito de entender o processo saúde-doença e as práticas de produção de saúde em nossa sociedade (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

3.1 CONCEITUANDO O PROCESSO DE TRABALHO

Recorreremos à fundamentação do processo de trabalho, com ênfase no processo de trabalho em saúde (Mendes Gonçalves., 1992; Almeida, 1991).

Para pensar o trabalho em saúde é necessário apontar e reconhecer conceitualmente o que entendemos por trabalho.

Trabalho humano conjuga, em um único processo, energia e transformação. Neste processo, a aplicação de certa quantidade de energia transforma algo que havia antes em algo que há depois, e esta transformação não é espontânea, o que configura

... o trabalho sob a forma necessária de 'processo', excluindo do seu campo de aplicação conceitual toda consideração anterior acerca do 'algo antes' e do 'algo depois' e da 'energia' consumida, que pudesse ser feita tomando

esses momentos em si mesmos, e não enquanto momentos do processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 03).

Não sendo causais nem naturais, estas transformações, mediadas pelo gasto de energia, se determinam como intencionais. Dessa forma, podemos entender que o processo de trabalho contém em um de seus momentos a correspondência de um carecimento que o algo depois é capaz de satisfazer. Este carecimento faz-se importante ao conferir ao movimento do conjunto do processo de trabalho uma finalidade, um caráter teleológico.

É a presença da teleologia no homem que o distingue da natureza. Os homens fazem sua própria história, embora em condições previamente dadas, enquanto em todas as outras partes da natureza se apresenta, assim como no homem, a causalidade, mas não teleologia.

O autor ainda assinala que, embora a natureza também sofra transformações, como as abelhas que fazem sua colmeia, ou seja, sua moradia, produzem o mel e a cera, elas o fazem há milhares de anos, obtendo um resultado sempre igual. Abelhas são isentas de teleologia. Já o homem produz suas formas de moradia e alimentos conforme suas necessidades e o momento histórico que vive (SÁ, 2006).

A ideia de carecimento está dotada quer de fundamentos psicológicos, quer de fundamentos naturais; sendo o homem parte da natureza, se diferenciando de si mesmo na história, seus carecimentos também assim serão, só cabendo neles (carecimentos) a naturalidade propriamente humana e se diferenciam na história.

Uma árvore está na natureza enquanto parte do todo, por si mesma ela não se diferencia do todo e não pode ser concebida fora de suas relações com o todo. Se olharmos para esta árvore e pensarmos que poderíamos utilizá-la para fazer inúmeras coisas, entre estas, para fazer uma cadeira, esta árvore entraria no processo de trabalho. Enquanto parte da natureza, ela não é propriamente um objeto, ela vem a ser um objeto somente quando um sujeito a delimita e a desprende do todo.

No processo de trabalho, o objeto de trabalho está no reconhecimento desta árvore como algo que possui qualidades que lhe conferem um potencial para ser transformada em cadeira. É o projeto do algo depois (cadeira) que permitiu discriminar algumas qualidades do algo antes (árvore) sob a forma de um objeto de trabalho.

Nesta perspectiva, podemos dizer que o homem é capaz de intelectualizar a execução do trabalho separadamente do ato de executá-lo, assim, "... o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade" (MARX, 1968, p. 202).

Diante de tal afirmação, encontramos a forma pela qual o homem incorporou e incorpora a energia no processo de trabalho ao utilizar instrumentos como, por exemplo, seu braço, sua mão, uma pedra, um martelo. Estes instrumentos de trabalho apresentam a capacidade de sintetizar as qualidades referidas acima do algo antes e o projeto do algo depois em uma ação transformadora.

"Uma pedra não é em si mesma um instrumento de trabalho: torna-se um instrumento de trabalho quando o sujeito dotado de um projeto a utiliza, mas apenas enquanto, ao utilizar-se dela, se vale de suas qualidades" (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 09).

O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira (MARX, 1968, p. 203).

Para obter transformações através do trabalho humano é necessário consumir energia, energia essa que consiste no conjunto de qualidades humanas naturais que, ao serem ativadas, obtendo transformações, é designada como força de trabalho. A força de trabalho fornece energia mecânica e intelectual, sendo a segunda controladora da primeira.

No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho (MARX, 1968, p. 202).

A essa tensão da vontade chama-se finalidade e a finalidade está sempre presente antes e durante o processo de trabalho, aparecendo de três modos: na constituição do homem dotado de uma finalidade, por efeito da presença do homem dotado de carecimento; na constituição do homem em atividade por efeito da presença da finalidade nele; e na persistência produtiva dessa atividade, até que o resultado esteja posto, pela transformação de objeto de trabalho no algo depois, e

desde a delimitação de objeto de trabalho a partir da natureza (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 11).

Cabe aqui ressaltar algo essencial do trabalho humano. Por tratar-se de uma atividade, pode-se realizar um trabalho sem que o projeto do resultado esteja necessariamente subordinando a vontade, sendo esta configuração condição objetiva das específicas formas de alienação do trabalho que se efetivam nas sociedades capitalistas contemporâneas.

Como colocado anteriormente, para os homens, é possível separar o pensar e o fazer no processo de trabalho. Deste modo, eles podem dividir suas funções, ampliando ainda mais o domínio das forças naturais. Também podem, sem que isso necessariamente resulte desta divisão das funções, estabelecer suas relações com base nessa divisão e, desta forma, apropriarem-se de formas diferentes das condições do processo de trabalho e, conseqüentemente, dos seus resultados.

Resultados dos processos de trabalho podem ser consumidos, satisfazendo carecimentos, podem também entrar em outros processos de trabalho sendo consumidos como instrumentos, ou ainda os resultados produzidos por um processo de trabalho podem entrar em outros processos de trabalho como objetos do trabalho. No entanto, nada implica que quem produziu tais resultados dele se apropriem.

Sempre há uma forma de relação estabelecida entre os homens e as condições da produção, ou uma distribuição prévia das condições do processo entre os homens, sendo que uma desigualdade na distribuição das condições objetivas da produção determinam uma divisão social do trabalho em que os homens passam a relacionar entre si através de suas relações desiguais com as condições objetivas da produção.

Os resultados dos processos de trabalho, por condensarem todas as determinações deste processo, não é meramente o algo depois, mas pode ser chamado de produto.

Necessitamos sempre compreender “os processos de trabalho e os carecimentos como compoendo estruturas reciprocamente relacionadas que recobrem o conjunto da vida social” (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 18).

Nos carecimentos, buscamos descobrir a socialidade e a historicidade presentes no processo de trabalho, lembrando que o homem é inerente à este processo. Nesse sentido passaremos a chamá-los de necessidades.

Quando um homem colhe e come um fruto, ele não estará apenas produzindo e consumindo um alimento, ele satisfaz uma necessidade, a necessidade de satisfazer sua fome. No momento em que cria condições para satisfazer esta necessidade, cria instrumentos para satisfazê-la, ele, homem, estará produzindo novas necessidades e, portanto, um novo homem.

É importante salientar que é impossível prosseguir abordando os processos de trabalho e as necessidades sem considerar o modo de produção, ou seja, a organização das relações sociais conforme as quais os homens entram nos processos de trabalho/reprodução das necessidades. Sem essa consideração, os processos de trabalho/reprodução das necessidades permanecem excessivamente abstratos.

Até este momento, nos propusemos conceituar minimamente o processo de trabalho para, em seguida, buscar compreender os processos de trabalho/reprodução das necessidades nos modos históricos de produção na atenção à saúde.

3.2 O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO À SAÚDE

Considerando o trabalho não como uma atividade de caráter apenas operativo, mas como uma práxis que evidencia o processo de produção mútuo entre homem e mundo, tendo como finalidade a satisfação das necessidades humanas sociais (MERHY, 1997), e que para compreendermos como se estabelecem as práticas na saúde, devemos considerar a concepção de homem e do processo saúde-doença na construção histórica do conhecimento e suas articulações com a conformação do processo de trabalho em saúde (PEREIRA, 2001), passaremos a discorrer sobre os processos de trabalho neste âmbito.

Com o advento do capitalismo, se estabelece um novo significado social para os corpos humanos, na medida em que estes são sede da força de trabalho. Com a instalação das novas relações de produção, é necessário que essa energia potencial seja livre e em quantidade e qualidade adequada para que seu portador possa vendê-la, atendendo as demandas do capitalismo (MENDES GONÇALVES, 1992).

Desta forma, duas principais vertentes, não excludentes, se abriram para o trabalho em saúde; uma visando controlar a ocorrência de doenças e, desta forma, evitar a incapacidade para o trabalho e outra, que visava recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença para colocá-la de volta no processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992).

A reorganização do trabalho na saúde em torno destas duas vertentes atende necessidades de saúde próprias das sociedades capitalistas sendo relativamente efetiva na recuperação da força de trabalho e também na ampliação dos direitos e o consumo das classes subalternas (MENDES GONÇALVES, 1992).

Ainda referido à necessidade de recuperação da força de trabalho, surge, paralelamente a esse modelo de organização do trabalho na saúde, outro modelo, que recorta a doença como uma alteração morfológica, funcional do corpo humano. Assim, a doença passa a ser considerada de desenvolvimento exclusivo do corpo biológico individual. O modelo clínico de organização do trabalho em saúde, baseado na clínica anátomo-patológica, corresponde a esta concepção de doença e permanece presente nos processos de trabalho na saúde até o momento atual.

O produto do processo de trabalho assim estruturado é um bem só consumível individualmente, com o que o acesso a ele se torna peça funcional nas negociações que parcialmente resolvem os conflitos sociais. Com isso, esse é o modelo que chega à dominância (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 39).

Neste contexto, o objeto de trabalho na saúde passa a ser o corpo anatômico biológico, sendo seus principais instrumentos a consulta médica, o uso de equipamentos hospitalares, medicamentos, exames laboratoriais e o saber especializado, valorizando a produção de procedimentos. Com isto, o trabalho em saúde não reconheceu as outras dimensões que compõem o ser humano, se organizando, portanto, de forma fragmentada e unidirecional (SÁ, 2006).

Outra vertente emerge com o capitalismo, como visto no resgate histórico da ABS realizado inicialmente, buscando atender as necessidades da sociedade, concebendo a doença como fenômeno coletivo, tendo a epidemiologia como um de seus pressupostos fundamentais, constituindo o modelo de saúde coletivo (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991).

No modelo coletivo, a enfermagem se torna um instrumento de trabalho para alcançar a saúde coletiva, indo desde o cuidar até a participação no planejamento em saúde (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991).

Para Mendes Gonçalves (1992), localizar o objeto de trabalho sobre o coletivo dificulta ocultar sua face propriamente social e meramente coletiva, tornando o campo das práticas de saúde mais vulnerável à crítica social e à pressão social, sendo que as decisões que respeitarem essas opções serão sempre essencialmente políticas.

Para Pereira (2001), no processo de trabalho na saúde, as formas de produzir e distribuir ações de saúde se estabelecem com conformações diferentes a depender da compreensão dos processos e de seus produtos como um bem público ou como bem de mercado.

Mendes Gonçalves (1992, p. 43) lança a tese de que “... as características técnicas do processo de trabalho são ao mesmo tempo o suporte de suas características sociais, e que ao modificá-las, ou pretender modificá-las, se estará necessariamente atuando nessa esfera mais ampla”.

As afirmações acima nos instigam a compreender como se estabelece o processo de trabalho dos AE e TE na ABS e as repercussões de suas ações na assistência à saúde.

O modelo assistencial que se conforma historicamente determina, em parte, as práticas de saúde e, conseqüentemente, as de enfermagem (BERTOLOZZI et al., 1999 apud SHIMIZU; SANTOS, 2001, p. 549). É no modelo clínico, predominante ainda hoje, que a ação da enfermagem se torna instrumento do trabalho médico, ocorrendo uma divisão técnica e social do trabalho, sendo a finalidade de seu trabalho a cura dos corpos individuais. Nesta divisão, o médico se apropria do momento mais intelectual do trabalho e a enfermagem do trabalho mais manual (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991).

Na categoria enfermagem, por sua vez, ocorre também uma divisão técnica e social do trabalho, na qual os enfermeiros, considerados mais qualificados, se apropriam do trabalho mais intelectual, enquanto aos AE e TE cabe a parcela mais manual do trabalho. Tais condições favorecem o distanciamento dos AE e TE do processo de trabalho, o que pode prejudicar as possibilidades de trabalho vivo (BUJDOSO et al., 2007).

Merhy (2002) refere que num trabalho de serviço, como a saúde, o consumo do produto se dá em ato, ou seja, no momento em que é produzido - trabalho vivo. A tecnologia leve se produz no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, no encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, envolvendo o campo das

relações de vínculo, de cumplicidade, aceitação, falas e escutas que criam a responsabilidade em torno de um problema a ser resolvido (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

As lógicas calcadas no modelo biomédico caracterizado pela objetivação e racionalização, burocracia e centramento na doença, sobrepõem as dimensões sociais e subjetivas presentes no trabalho e nas práticas da atenção à saúde. Neste processo, evidencia-se a automatização dos contatos, a dificuldade na criação de vínculos, o descomprometimento profissional (FIGUEIREDO, 2001).

Campos (1997) compreende que a fixação do trabalhador em fragmentos do processo de trabalho esvazia seus atos de sentido, burocratizando o trabalho, aborrecendo-o e embrutecendo-o. Se o profissional não se sente sujeito ativo nas trajetórias de suas intervenções, perde de vista os elementos estimuladores de sua criatividade e tende, então, a não se responsabilizar pelo que produz. O trabalho em saúde, para que sua qualidade seja assegurada, pressupõe a autonomia - na medida em que está sempre sujeito a imprevistos e prescinde da criatividade - mas também a capacidade de responsabilização pelo outro.

No processo de trabalho, para se concretizar o projeto pensado, é necessário um saber tecnológico. Merhy (1997) classifica as tecnologias em saúde como dura, leve-dura e leve, sendo que a tecnologia dura engloba instrumentais complexos, equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a tecnologia leve-dura, abrange os saberes profissionais bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e outros profissionais que compõem a equipe.

A tecnologia leve se produz no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, no encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário. “Neste momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado” (ROCHA; ALMEIDA, 2000, p. 98).

O uso de diferentes tecnologias no trabalho vivo, tanto relacional como estrutural, contribui para uma prática integral (OLIVEIRA; PINTO; COIMBRA, 2007). Porém, ações em saúde que utilizam como instrumento de trabalho apenas a consulta médica estão longe de atingir a integralidade (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991).

Assim, se faz necessário buscar como vem sendo desenvolvido o processo de trabalho dos AE e TE na ABS, incluindo seu objeto de trabalho, os

recursos/instrumentos utilizados, seu produto e a que finalidade atende para apreendemos se a conformação destes elementos caracteriza um processo de trabalho que caminha na perspectiva da integralidade da atenção.

Optamos por abordar o processo de trabalho dos AE e TE na ABS na perspectiva da integralidade por considerarmos que os princípios que compõem o SUS têm interface e apresentam interdependência e complementaridade, sendo que o comprometimento de um dos princípios interfere diretamente no princípio da integralidade (PEREIRA, 2008).

Entre os princípios do SUS, a integralidade da atenção se constitui naquele em que menos se avançou, sendo, portanto, um grande desafio a ser enfrentado. Acreditamos que este estudo produzirá subsídios que poderão colaborar com o enfrentamento deste desafio, ao permitir uma aproximação de como este princípio tem atravessado as práticas dos trabalhadores de nível médio de enfermagem na ABS.

O conceito de integralidade tem características polissêmicas, e não pretendemos esgotar essa pluralidade, afiliando-nos a conceitos apresentados de forma coerente com os princípios do SUS (PEREIRA, 2008).

Neste trabalho, compreendemos a integralidade referindo-se ao homem e ao sistema de saúde, reconhecendo que cada qual se constitui numa totalidade, não compartimentalizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde sendo que as unidades constitutivas do sistema também configuram em um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral (IBAN/UNICEF, 1991).

A PNAB tem como um de seus fundamentos a efetivação da integralidade em seus vários aspectos, integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006).

Sendo assim, as políticas de saúde, ao fundamentarem-se no princípio da integralidade, criam o compromisso de organizar os serviços, as ações e práticas de saúde, de forma a garantir um atendimento mais abrangente das necessidades da população (CORBO; MOROSINI, 2005). Nesta perspectiva, estas autoras trazem que os problemas apresentados aos serviços de saúde e o sofrimento dos trabalhadores necessitam de uma compreensão ampliada, precisando acionar um conjunto de práticas e saberes que devem ser articulados para abarcar estas

questões, inclusive no que tange a relação entre a atenção primária e os demais níveis de atenção, que devem atuar de forma complementar e contínua.

Segundo Starfield (2002), a integralidade requer disponibilidade dos serviços para que estes sejam prestados quando necessário, atendendo aos problemas mais frequentes da população, mantendo os profissionais competentes para tal fim, assim como aptos a reconhecer as necessidades existentes e, ainda, que os serviços sejam ajustados a estas necessidades. Esta autora traz ainda que se os serviços são limitados em alcance ou profundidade, podem não reconhecer os problemas que os pacientes expressam, não prevenir doenças, não impedir ou desacelerar a evolução de enfermidades, não propiciar qualidade de vida, não influenciar na mortalidade.

Concordamos com Franco e Magalhães Júnior (2003), que afirmam que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalhos na atenção básica, com assistência multiprofissional, com diretrizes de acolhimento e vínculo, com associação dos campos de saberes e práticas da vigilância à saúde e dos cuidados individuais, estabelecendo um projeto terapêutico cuidador e, neste sentido, também nos afiliamos a Pereira (2008) quando traz que assumir a integralidade implica em abertura para o diálogo, para a revisão contínua do processo de trabalho e a incorporação das diversas tecnologias nos serviços que compõem o sistema de saúde, tendo a organização dos serviços de saúde pautadas pelo compromisso usuário- centrado.

Seguiremos com este estudo acreditando que os trabalhadores são os agentes dos processos de trabalho em saúde, tanto reproduzindo o modelo de atenção predominante, mas também podendo produzir novas formas de atenção, reconstruir e transformar a história da saúde, mesmo que, por vezes, estes trabalhadores não se reconheçam como produtores das práticas que compõem o modelo de atenção à saúde. Neste sentido, é necessário o fomento da autonomia o reconhecimento do trabalhador, pois a transformação almejada parece ter mais potência se emergirem projetos em que os trabalhadores se reconheçam e se sintam autores e criadores dos mesmos (FORTUNA, 1999).

4 REVISITANDO A LITERATURA

4.1 O PROCESSO DE TRABALHO DOS AE E TE NA ABS

Realizamos busca bibliográfica nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Web of Science e Pubmed. Utilizamos os descritores, em português e inglês, Auxiliares de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Trabalho, Pessoal Técnico de Saúde, Enfermagem, Equipe de Enfermagem, Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem em Saúde Comunitária e ainda como palavra-chave ‘processo de trabalho’.

Não encontramos descritor para o termo Técnico de Enfermagem e não encontramos publicações que abordassem especificamente o processo de trabalho dos profissionais AE e TE na ABS. Selecionamos um artigo que abordou o processo de trabalho dos AE.

Eriksen (2006) ao estudar a percepção das demandas e do controle no trabalho de AE norueguesas, observou que esta variou fortemente em relação à área prática em que as AE estavam trabalhando.

Fracolli e Granja (2005) em uma análise bibliográfica sobre a utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira apontam que a produção de artigos que tomam esta categoria como forma de análise da prática de enfermagem ainda é pequena. Peduzzi e Anselmi (2003) trazem que são escassos os estudos sobre a especificidade da prática dos AE. Na literatura internacional, Eriksen (2006) relata que seu estudo é um dos poucos que enfocam os AE.

Almeida, Mello e Neves (1991), em uma pesquisa na rede básica de saúde de Ribeirão Preto, identificam que o processo de trabalho em saúde ocorre na lógica de um Novo Modelo Assistencial, o Prontoatendimento (PA). O objeto de trabalho dos agentes de enfermagem neste contexto passa a ser “o corpo anátomo-patológico na sua expressão (aparência) de ‘queixas e problemas’” (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991, p.74). Os instrumentos de trabalho utilizados para tal são ações que auxiliam as atividades de PA como verificação de medidas, questionamentos sobre a queixa dos usuários e registros nos prontuários em pré-consulta, contenção da demanda reprimida, encaminhamento para PA, leitura dos registros médicos e orientações

sobre coleta de exames na pós-consulta. Em poucas exceções são utilizados instrumentos de trabalho para alcançar a saúde coletiva como visitas domiciliares, trabalhos educativos, entre outros.

A finalidade que guia este processo é “a consulta médica na modalidade de PA, que se consome no limite do corpo biológico e mais, na “queixa” que é identificada” (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991, p.75). O trabalho é tomado como ação técnico-científica e deixa de ter altos índices de resolutividade por características que foram atribuídas à população.

Na busca de literatura complementar para esta discussão, encontramos no banco de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), uma publicação de Takemoto e Silva (2007) que investigaram as transformações no processo de trabalho após a implementação do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Campinas.

Estas autoras apontam que no processo de trabalho anterior à implantação do acolhimento, os AE realizavam atividades próprias da sua função como curativos, injeções, vacinas, entre outros, sendo o trabalho centrado na prática médica e supõem que com sua implantação os agentes passariam a assumir a plenitude da sua profissão em benefício do atendimento com qualidade.

No entanto, encontram que predominantemente, o acolhimento passa a ser responsabilidade dos AE, se transformando em um novo procedimento de recepção para atendimento da demanda espontânea e PA para queixas agudas. A atuação dos AE é restrita por falta de capacitação específica e inexistência de protocolos que orientem suas práticas e mantém a lógica centrada nos saberes e práticas médicos.

Entre suas atividades estão avaliar a queixa do usuário e decidir se ele vai passar pelo médico ou não, atendendo os usuários na recepção ou realizando atendimento de enfermagem.

Os AE entendem que seu objetivo é melhorar a vida das pessoas, ajudar os pacientes, fazer com que eles fiquem mais saudáveis, no entanto, acolhem os problemas e se sentem incapazes de resolvê-los.

Observamos nesta pesquisa dados que correspondem ao encontrado por Almeida, Mello e Neves (1991), apontando que o saber predominante que orienta as práticas na saúde é aquele que começa e termina no corpo anatômico patológico.

Assim, temos o processo saúde-doença tomado como um fenômeno individual, centrado no corpo do usuário e com isto a produção de uma atenção à saúde direcionada para a integralidade se torna distante.

Concordamos com Pereira (1996) que as práticas de saúde também precisam ser fundamentadas pelo saber técnico e biológico, no entanto, este saber não pode ser tomado como único e unilateral, devemos, a partir de um problema, desencadear ações que mobilizem e articulem as diversas tecnologias, leve, leve-dura e dura, considerando a singularidade de cada usuário, estabelecendo relações com o emocional, o cultural e o social, caminhando para uma perspectiva voltada para a integração e integralidade da atenção à saúde.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Nosso objetivo geral neste estudo é caracterizar o processo de trabalho dos AE e TE na ABS, portanto, o estudo proposto é de natureza descritiva, pois, esta possibilita obter uma visão geral do assunto em estudo e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias permitindo ainda conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema, estabelecendo hipóteses de investigações para outras pesquisas ou mesmo possibilitando a proposição de estratégias de intervenções em determinadas situações (TRIVIÑOS, 1992).

Optamos pela abordagem qualitativa por esta adequar-se ao estudo da configuração de processos, particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente, aprofundando em sua complexidade (MINAYO; SANCHES, 1993).

A pesquisa qualitativa ocorre num “*setting* natural” (não construído artificialmente pelo pesquisador), envolvendo a observação de situações reais e cotidianas; trabalha a construção não estruturada dos dados (sem hipóteses feitas previamente) e busca o significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados (SILVERMAN, 1995 apud DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 199).

Esta abordagem coaduna com os objetivos deste estudo na medida em que permite maior fidedignidade de seus constructos à realidade empírica e à experiência dos sujeitos pesquisados, pois trabalha com a inserção direta e contínua do pesquisador no cotidiano de grupos e instituições e toma como objeto ações e relações sociais travadas por sujeitos e grupos num determinado momento de suas histórias e também por possibilitar a compreensão e explicação dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas, as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde (DESLANDES; ASSIS, 2002).

5.1 O CAMPO DA PESQUISA

O município de Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do estado de São Paulo (RIBEIRÃO PRETO, 2007a) e faz parte do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto XIII – DRS XIII. Segundo o Censo Demográfico de 2000, possui 504.923 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2007b), sendo que 99,67% residem na zona urbana (SEADE, 2007).

No setor saúde, Ribeirão Preto está dividido em 05 Distritos Sanitários e configura-se em um centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde. Em relatório datado em 15 de maio de 2007, Ribeirão Preto conta com o total de 573 auxiliares de enfermagem e 58 técnicos de enfermagem contratados pela SMS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007), constituindo a categoria com maior número de profissionais atuantes na assistência à saúde do município.

A área de atenção básica do Distrito Oeste da Saúde foi definida como campo desta pesquisa, tendo em vista que o mesmo é o Distrito de atuação da Universidade de São Paulo, responsabilidade esta definida a partir de um convênio estabelecido entre a Prefeitura de Ribeirão Preto e a Universidade de São Paulo (USP) onde as Unidades de Ensino do Campus da USP de Ribeirão Preto assumem responsabilidades pela coordenação das atividades assistenciais, de ensino e pesquisa, de acordo com diretrizes emanadas da SMS de Ribeirão Preto.

5.2 A POPULAÇÃO DE ESTUDO

Convidamos a participar do estudo todos os AE e TE que trabalham em uma unidade de saúde, sendo esta uma UBS com 11 AE e 03 TE, situada no Distrito Oeste de Saúde de Ribeirão Preto. Mais adiante, junto com os resultados desta pesquisa, traremos informações mais detalhadas sobre as características desta UBS.

Esta escolha justifica-se pela aproximação prévia com os trabalhadores deste local que, além de permitir a designação do tema desta pesquisa, desempenhou um papel facilitador na coleta de dados deste estudo.

Desta forma, a população deste estudo constituiu-se pelos AE e TE que concordaram em participar das estratégias de coleta de dados desta pesquisa, sendo que participaram da observação participante e da entrevista 11 trabalhadores (08 AE e 03 TE).

Consideramos importante apontar que 02 AE não concordaram em participar do estudo e, ainda que no período em que foram realizadas as observações, havia 01 AE afastado por questões de saúde que não participou desta etapa, mas participou da entrevista e que no período em que foram realizadas as entrevistas um AE que havia participado das observações não pode participar da entrevista por motivos familiares.

Sendo assim, embora a quantidade de trabalhadores envolvidos no estudo permaneceu a mesma na observação participante e na entrevista, a constituição do grupo não foi a mesma.

5.3 AS QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

As questões éticas desta pesquisa estão baseadas na Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que envolve seres humanos, suas relações interpessoais, significações, representações e seus valores (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi apresentado à SMS de Ribeirão Preto para consentimento da realização deste estudo e na unidade de saúde selecionada para participar deste estudo e obteve consentimento da equipe de saúde para sua realização. Obteve aprovação do comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 06 de maio de 2008, sob o Protocolo nº 0880/2008 (Anexo 01).

Aos profissionais que concordaram em participar do estudo foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B), contendo as justificativas, o objetivo geral, os procedimentos, os responsáveis, a garantia de

sigilo e a livre escolha do sujeito em participar ou não da pesquisa sem danos ou prejuízos ao mesmo.

5.4 APROXIMAÇÃO AO CAMPO

Como apontamos, a seleção do campo de pesquisa para este estudo foi intencional, na medida em que houve anteriormente uma aproximação a este campo onde se desenvolveram as atividades relativas ao projeto de pesquisa citado anteriormente¹. Esta inserção possibilitou frequentar, observar, conhecer e participar do cotidiano destas unidades de saúde no período de maio a dezembro de 2007, em particular, da unidade que se tornou cenário desta investigação.

Após este período, no primeiro semestre de 2008 apresentamos este projeto de pesquisa à equipe desta unidade de saúde com o intuito de esclarecer dúvidas e reconhecer pontos de apoio e agentes interessados no estudo.

No segundo semestre de 2008, realizamos visitas esporádicas à UBS, objetivando manter certa proximidade com os possíveis sujeitos desta pesquisa, visando minimizar as influências e estranhamentos que a presença no campo de pesquisa poderia causar no momento da coleta de dados.

Realizamos aproximações ao campo sistematizadas no período de maio a junho de 2009 totalizando duas inserções em cada período de funcionamento desta unidade, manhã, tarde e vespertino.

Estas inserções permitiram atualizar informações como horários de funcionamento, horários de atendimentos, divisão de atividades diárias na atenção à saúde, número de funcionários, períodos de férias, entre outros aspectos que facilitaram a organização da coleta de dados e dos roteiros que foram utilizados nela.

As conversas com os trabalhadores e a permanência nestes períodos na UBS permitiram mapear os possíveis colaboradores na pesquisa, assim como possíveis sujeitos, identificando expectativas em relação ao estudo.

Surgiram questões relativas à observação do trabalho, como o receio do julgamento das ações realizadas pelos trabalhadores AE e TE, assim como de

possíveis interferências, por parte da pesquisadora, no momento do trabalho. Entretanto, identificamos também expectativas em relação a melhorias nas condições de trabalho, assim como reconhecimento por parte de trabalhadores de outras categorias profissionais do saber que os AE e TE portam para atuarem na saúde.

5.5 COLETA DE DADOS

Para realizar este estudo, consideramos adequado utilizar a observação participante e a entrevista semiestruturada como instrumentos para coletar os dados, pois o confronto da fala e da prática social é tarefa complementar e concomitante na investigação qualitativa (MINAYO; SANCHES, 1993).

Como pretendemos estudar o processo de trabalho dos AE e TE, cotejar o que é dito com o que é feito, permitirá uma análise qualitativa mais completa na medida em que observar as ações destes trabalhadores possibilita ultrapassar as mensagens manifestadas por estes.

Escolhemos a observação participante por esta permitir o contato direto da pesquisadora com os trabalhadores e o trabalho, obtendo informações sobre a realidade destes atores sociais em seus próprios contextos (CRUZ NETO, 2003).

Na observação participante nos inserimos na vida cotidiana do grupo em estudo, podendo observar os sujeitos nas diversas situações com as quais se deparam e como atuam diante delas, podendo interagir com os envolvidos na situação observada, buscando descobrir as interpretações que os sujeitos têm sobre os acontecimentos (BECKER, 1999), lembrando que, o pesquisador, ao tornar-se parte deste contexto, tanto pode modificá-lo, como pode ser modificado por ele (CRACO, 2006).

As observações foram feitas pela pesquisadora durante as jornadas de trabalho, acompanhando as ações e atividades profissionais dos AE e TE, em todos os turnos de funcionamento da unidade de saúde. Com a finalidade de nortear e qualificar os dados obtidos nas observações em campo foi utilizado um roteiro (Apêndice C).

A pesquisadora permaneceu aproximadamente 2 horas e 30 minutos em cada setor de trabalho dos AE e TE, nos diferentes períodos de funcionamento da UBS, manhã, tarde e vespertino.

Optamos por realizar esta sistematização da observação devido ao desenho organizativo desta UBS no qual os trabalhadores de enfermagem de nível médio são distribuídos por setores, por exemplo, sala de vacina, pré-consulta, entre outros.

As observações foram registradas por escrito em intervalos durante a observação. Estes registros foram sistematizados para posterior análise e discussão dos dados coletados.

Já a entrevista, escolhemos por concordarmos que a palavra expressa a fala cotidiana nas relações afetivas e técnicas e nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos (MINAYO; SANCHES, 1993).

Nestes termos, a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio econômicas e culturais específicas (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 245).

Utilizamos um roteiro (Apêndice D) com algumas questões que foram abordadas no decorrer das entrevistas considerando que sua utilização foi de forma flexível possibilitando acolher questões dos trabalhadores, inclusive, pertinentes ao estudo que surgiram nas falas dos entrevistados.

Solicitamos autorização dos trabalhadores para gravar as entrevistas, em seguida, as entrevistas foram transcritas para posterior análise e discussão dos dados coletados.

As observações participantes ocorreram no período de 17 de agosto a 02 de setembro de 2009 e as entrevistas semiestruturadas de 07 de janeiro a 23 de fevereiro de 2010 e tiveram duração média de 01 hora.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para análise dos dados obtidos, utilizamos a Análise Temática. Para Minayo (2004), a Análise Temática é uma das que melhor se adequa à investigação qualitativa sobre a Saúde, por utilizar o tema como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, entre outras.

Na Análise Temática, o tema se refere a uma afirmação acerca de um determinado assunto, consiste em identificar os núcleos de sentido que se fazem presentes numa comunicação em que presença e frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico escolhido (MINAYO, 2004).

O material resultante das observações e das entrevistas foi submetido às etapas operacionais da Análise Temática (MINAYO, 2004), a saber:

- pré-análise: escolha do material a ser analisado, realizando um contato exaustivo, e formular indicadores para orientar a interpretação final;
- formulação de hipóteses e objetivos: determinar a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise dentre outros;
- exploração do material: aplicar o que foi estabelecido na fase anterior, classificando-se e agregando-se os dados;
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: interpretar com base no quadro teórico, realizar inferências e abrir outras pistas relativas à dimensão teórica que surge a partir da leitura do material.

Desta forma, após a leitura exaustiva e repetida dos dados coletados, organizamos os dados com base nos objetivos, pressupostos e quadro teórico adotados neste estudo, inicialmente levantando extratos das falas e das observações pertinentes aos temas explorados no estudo, como o produto do trabalho, a que necessidade este trabalho atende, qual o objeto/matéria prima do trabalho, que recursos são utilizados e a finalidade do trabalho dos AE e TE na ABS, assim como aspectos facilitadores e dificultadores para a uma atenção à saúde na perspectiva da integralidade.

Em seguida, articulamos os conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam, agrupando os recortes dos fragmentos dos depoimentos e das

observações nos temas pertinentes aos elementos constituintes do processo de trabalho conforme descrito acima.

Esta organização permitiu eleger núcleos de sentido, específicos aos elementos constitutivos do processo de trabalho descritos a seguir:

Quadro 1 – Elementos constitutivos do processo de trabalho e respectivos núcleos de sentido encontrados na análise dos dados.

Elementos constitutivos do processo de trabalho	Núcleos de sentido encontrados
Necessidades de saúde	Enfrentar doenças/problemas de saúde; Prevenção de doenças; Assistência com ênfase em procedimentos; Atestite (fornecer atestado médico); Conversar; Tudo que ele precisar; Sem necessidade.
Objeto de trabalho em Saúde	Pessoas que procuram atendimento; O doente; Queixas; Recursos técnicos; Produtos.
Recursos/Instrumentos de trabalho em saúde	Tecnologias Duras; Tecnologias Leve Duras; Tecnologias Leves; Cuidado com o cuidador.
O produto do trabalho em saúde	Bem estar físico; Conforto mental; Procedimentos Técnicos.
Finalidade do trabalho em saúde	Promover bem estar/saúde; Prevenir doenças; Reduzir/evitar gastos; Oferecer recursos técnicos; Assistir quem não pode pagar; Garantir o direito à saúde.

A partir da identificação destes núcleos de sentido, procedemos a leituras repetidas visando a articulação de conteúdos convergentes. Neste processo, identificamos unidades temáticas para cada um dos elementos constitutivos do processo de trabalho, apresentadas a seguir:

Quadro 2 – Elementos constitutivos do processo de trabalho e respectivas unidades temáticas encontradas na análise dos dados.

Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho	Unidades Temáticas
Necessidades de Saúde	Pessoas com necessidade de enfrentar doenças; Pessoas com necessidade de conversar.
Objeto de trabalho em saúde	Pessoas que procuram atendimentos; O doente com foco na queixa; Recursos técnicos; Produtos.
Recursos/Instrumentos de trabalho em saúde	Tecnologias Duras; Tecnologias Leve Duras; Tecnologias Leves.
O produto do trabalho em saúde	Bem estar físico; Conforto mental; Procedimentos técnicos.
Finalidade do trabalho em saúde	Recuperação do corpo doente; Assistir quem não pode pagar; Reduzir/evitar gastos; Garantir o direito à saúde.

A seguir, apresentaremos a análise e discussão dos dados obtidos buscando contemplar os objetivos deste estudo. Inicialmente, será caracterizado o perfil sócio demográfico dos AE e TE que participaram da pesquisa e realizaremos uma identificação da UBS a fim de contextualizarmos os resultados encontrados.

Caracterizaremos posteriormente, o processo de trabalho dos AE e TE na ABS, na perspectiva da integralidade da atenção, analisando suas concepções sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho, identificando e analisando também os aspectos dificultadores e facilitadores para o desenvolvimento do processo de trabalho na perspectiva da integralidade.

No decorrer da análise foi possível identificar, pela conformação das unidades temáticas, duas distintas composições no processo de trabalho destes agentes, sendo que encontramos de modo predominante a organização do processo de trabalho para atender pessoas com necessidade de enfrentar doenças/problemas de saúde, mas também encontramos potencialidades para o desenvolvimento do processo de trabalho na direção da integralidade da atenção.

6.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS TRABALHADORES AE E TE

Será realizada a caracterização dos trabalhadores de nível médio de enfermagem, cuja finalidade é a identificação e a descrição dos mesmos, na medida em que se tratam tanto do objeto desta investigação, como também são os atores sociais das práticas estudadas.

A UBS que se constituiu enquanto campo do estudo é composta de 14 trabalhadores de nível médio de enfermagem, sendo que destes, 12 participaram desta pesquisa. Conforme foi explicitado anteriormente, nem todos os trabalhadores participaram da etapa de entrevistas, sendo esta caracterização referente apenas àqueles que participaram desta etapa. A carga horária destes trabalhadores é de 40 horas semanais sendo estas distribuídas em 08 horas diárias de segunda a sexta-feira.

Conforme pode-se visualizar no quadro 03, a maioria dos trabalhadores AE e TE da unidade estudada são mulheres e estão na faixa dos 40 e 50 anos.

Quadro 03 – Disposição dos integrantes da pesquisa de acordo com sexo e idade.

FAIXA ETÁRIA *	HOMENS	MULHERES
21 – 30	1	
31 – 40		1
41 – 50	2	4
51 – 60		2
61 – 70		1
TOTAL	3	8

O quadro 04, abaixo, mostra um paralelo entre o tipo e o tempo de formação com o tipo de contrato e quanto tempo de trabalho na unidade estudada os entrevistados possuem.

Quadro 04 – Relação dos participantes na pesquisa no que se refere a formação como AE e/ou TE, ano de conclusão dos seus cursos de formação para AE e/ou TE respectivamente, função para a qual são contratados pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e tempo de trabalho na UBS em estudo.

PARTICIPANTES	TIPO DE FORMAÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO	CONTRATADO NA PREFEITURA COMO	TEMPO QUE TRABALHA NA UBS
A1	TE	1988	TE	16 ANOS
A2	AE E TE	S/ RESP.	AE	12 ANOS
A3	AE E TE	1992 E 2003	AE	15 ANOS
A4	AE E TE	2006 E 2009	AE	4 MESES
A5	AE E TE	2001 E 2001	AE	1,5 ANOS
A6	AE E TE	1979 E 1981	AE	16 ANOS
A7	TE	1977	TE	17 ANOS
A8	AE E TE	1986 E 2004	AE	17 ANOS
A9	AE	1980	AE	6 ANOS
A10	AE	1987	AE	8 ANOS
A11	AE	1992	AE	16 ANOS

Como podemos verificar, dos AE e TE entrevistados, seis tiveram ao menos parte da sua formação concluída antes de 1990, ou seja, antes da implantação do SUS. Assim, a formação destes trabalhadores se deu em contextos onde predominavam diferentes modelos de atenção à saúde. O termo modelo, segundo Almeida (1991), é entendido como “a maneira tecnológica e social que os saberes se organizam e se articulam nas práticas para dar conta de atender à finalidade do trabalho” (ALEMIDA, 1991, p. 52). A autora aponta que do ano de 1975 até o ano de 1983, o modelo de saúde vigente se pautava na Programação em Saúde, ou nas Ações Programáticas, que, em linhas gerais, propunha a integração das atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço de saúde, segundo a história natural da doença; atendimento médico ao doente e controle do sadio, com objetivos definidos com base na epidemiologia; regionalização e hierarquização das atividades em saúde, entre outros. A partir da década de 90 identifica-se o modelo de prontoatendimento como vigente, centrado na assistência médica individual à demanda espontânea, em que todas as ações programadas no geral se mostraram desarticuladas e, quando existiam, eram dadas em função de demandas geradas no pronto atendimento. As características destes modelos de atenção, constituídos enquanto contextos de formação profissional, se materializam no cotidiano de trabalho dos AE e TE da UBS estudada, como poderemos verificar mais adiante.

Considera-se relevante, também, que a grande parte dos trabalhadores está há muitos anos na UBS. Esta permanência no mesmo local de trabalho pode se constituir enquanto um ponto convergente à integralidade, pois pode favorecer a criação e o fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores e os usuários.

Cabe aqui refletir sobre as políticas adotadas pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto em relação aos trabalhadores de enfermagem e ao processo de trabalho na ABS, visto que a maioria possui formação para TE e seus contratos são para exercer a função de AE, o que vem na contramão do que tem sido preconizado para o trabalho em enfermagem nas políticas de âmbito nacional, conforme discutido na introdução deste estudo.

Outro dado relevante é que não foram observadas diferenças na composição das ações e práticas desenvolvidas entre os AE e TE no trabalho na ABS, ou seja, os trabalhadores não possuem atribuições distintas de acordo com a categoria profissional, AE ou TE, para o qual são contratados para exercer seu trabalho.

Quadro 5 – Locais em que os trabalhadores AE e TE da UBS estudada realizaram o curso de formação para AE e/ou TE.

CATEGORIAS	LOCAIS DE FORMAÇÃO				
	BARÃO DE MAUÁ	PROFAE	PROJETO LARGA ESCALA	SENAC	INTER ESCOLAR
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	0	0	1	1	7
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	2	3	0	0	3
TOTAL	2	3	1	1	10

Evidencia-se aqui a significativa presença das políticas de formação para os trabalhadores de enfermagem como o Projeto Larga Escala e o PROFAE, enquanto meios para a formação dos participantes da pesquisa. Interessante notar também que a maior parte dos trabalhadores realizou seu curso de formação no Interescolar, um centro que oferece o curso de AE e TE gratuitamente no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Todos os AE e TE entrevistados tiveram alguma experiência de trabalho antes do trabalho na unidade estudada. A relação dos campos de trabalho anteriores encontra-se abaixo, no quadro 06.

Quadro 6 – Tempo de experiência dos AE e TE integrantes do estudo em trabalhos em outros serviços de atenção básica à saúde e em serviços que compõem outros níveis de atenção à saúde, como AE e TE, e tempo de trabalho anterior no setor saúde exercendo outras funções que não AE e/ou TE ou em outros setores fora da área da saúde.

TRABALHADORES	TEMPO DE EXPERIÊNCIA DE TRABALHO ANTERIOR COMO AE/TE		TEMPO DE EXPERIÊNCIA DE TRABALHO ANTERIOR EM OUTRAS ATIVIDADES	
	NA ATENÇÃO BÁSICA	EM OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO	NO SETOR SAÚDE	EM OUTROS SETORES
A1	04	3	1	4
A2	13	7	3	5
A3	15	3	3	14
A4	1,5	0	0	2
A5	2	2	0	0
A6	0	18	1	9
A7	7	S/ RESP.	0	1
A8	1	6	0	S/ RESP.
A9	9	15	0	0
A10	5	0	3	8
A11	1	4	2	6

Chama-nos atenção que a grande maioria teve experiência anterior em outros níveis de atenção que não a atenção básica. Nas entrevistas, fica claro que o trabalho foi realizado no nível terciário, ou seja, em hospitais, tanto públicos quanto particulares. Outra questão que as entrevistas explicitam é que o tempo anterior de trabalho na atenção básica se refere ao período em que os entrevistados foram contratados pela prefeitura municipal, ou seja, quem teve experiências como AE ou TE tanto na atenção básica quanto em outros níveis de atenção, começaram em hospitais. Os dados mostram ainda que o trabalho como AE ou TE não foi o único na trajetória dos entrevistados, pois a maioria teve experiências fora da área.

Quadro 7 – Capacitação profissional dos trabalhadores AE e TE da UBS estudada após o início do trabalho na Atenção Básica à Saúde.

CATEGORIAS	CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL APÓS INÍCIO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA												
	TREINAMENTO DE VACINAÇÃO	CURSO DE CURATIVO	CURSO DE DIABETES	CURSO DE MEDICAÇÃO	CURSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	CURSO DE SAÚDE DA MULHER	CURSO DE SAÚDE DA CRIANÇA	CURSO DE HUMANIZAÇÃO	CURSO DE HIPERTENSÃO	SUORTE BÁSICO	CURSO DE ALEITAMENTO	CURSO DE PRONTO ATENDIMENTO	PREPARATÓRIO PARA ATUAR NO PSF
AE	8	4	3	1	-	-	-	1	2	1	2	2	1
TE	1	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	-	-

O quadro 07 mostra que a maioria das atividades de capacitação profissional se constituem enquanto cursos e treinamento, referindo-se exclusivamente, portanto, a ações de educação continuada, não havendo ações voltadas para a educação permanente.

Conforme visto anteriormente, muitos vieram para a atenção básica depois de experiências na área hospitalar e não houve, portanto, um preparo para atuação na ABS. Verifica-se que não há um investimento para que estes trabalhadores modifiquem o foco do cuidado prestado de acordo com o trabalho na ABS. Apenas um AE referiu ter passado por um período preparatório para atuar na Atenção Básica, mais especificamente, no Programa Saúde da Família.

Ainda, em relação ao quadro 07, a maior parte das atividades tiveram enfoque em abordagens técnico científicas e em procedimentos como curativos e treinamento para vacina, enquanto apareceram nas falas outros cursos voltados para doenças como diabetes e hipertensão. Apenas um trabalhador referiu ter realizado um curso de humanização, tema que pode abranger aspectos que estão para além da doença biológica ou do procedimento técnico. Dois trabalhadores ainda trouxeram relatos de cursos que possam ter abrangido questões mais focadas na atenção básica, como saúde da mulher e criança, havendo possibilidade de uma abordagem mais ampliada do processo saúde-doença. Nesse sentido, apenas um

trabalhador realizou um curso de aleitamento materno, o que pode ser referência para uma perspectiva de promoção da saúde, e não tão somente da cura de doenças.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DA UBS

A Unidade Básica de Saúde estudada, conforme citado anteriormente, integra o Distrito Oeste de Saúde do município. A área geográfica deste Distrito abrange sub setores das regiões Oeste e Noroeste da cidade, contando com uma população estimada pelo DATASUS para o ano de 2007 de 143.211 habitantes. A rede pública de saúde neste Distrito constituiu-se, a partir de 2008, por 18 unidades de saúde, sendo sua estrutura física composta de um prédio para a Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), oito prédios de Unidade Básica de Saúde e nove unidades de Saúde da Família (PEREIRA, 2008).

Esta unidade se trata de uma UBS tradicional, ou seja, não opera com equipes de Saúde da Família ou com equipes de Agentes Comunitários de Saúde. Funciona de segunda à sexta-feira, das sete horas até às vinte e uma horas e abrange uma população de 15.628 habitantes, segundo dados de 2005 (PEREIRA 2008). Os serviços oferecidos são Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Assistência Domiciliar, Enfermagem, Odontologia, Programa de Integração Comunitária (PIC), Teste do Pezinho e Vacinação (RIBEIRÃO PRETO, 2010c).

Quando iniciamos este estudo, era disponibilizado em murais nos serviços de saúde da rede básica, acessíveis a toda a população, e também na página da internet da Prefeitura de Ribeirão Preto, uma relação com a descrição de todos os trabalhadores que compunham o quadro da unidade de saúde e seus respectivos dias e horários de trabalho assim como período de férias ou afastamentos. Esta relação era atualizada mensalmente. Buscamos acessar esta relação recentemente, a fim de colocarmos estes dados na caracterização da UBS, no entanto, esta relação não estava mais disponível nem no serviço de saúde, nem para acesso pela internet. Dirigimos-nos ao setor Divisão de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde a fim de obtermos estas informações e neste local fomos orientados a procurar o setor Recursos Humanos. Foi relatado que os usuários e a imprensa estavam fazendo mal uso destas informações e portanto, elas não estavam mais

sendo disponibilizadas ao público. Informamos que nossa solicitação era para fins de pesquisa, então, nos pediram que enviássemos uma solicitação por escrito com os dados do estudo e uma justificativa para a solicitação e se comprometeram a enviar em seguida as informações que desejávamos. Procedemos como nos foi solicitado, no entanto, apesar de insistirmos comparecendo à Secretaria Municipal de Saúde e telefonando para cobrar o envio destes dados, não recebemos um retorno até este momento.

6.3 O PROCESSO DE TRABALHO DOS AE E TE NA ABS

Ao tomarmos o processo de trabalho para a análise e discussão das práticas dos AE e TE na ABS, concordamos com Mishima et al. (2003) que:

...a categoria trabalho traz importante contribuição para a compreensão do processo de produção das ações em saúde, que inclui uma finalidade, um objeto, instrumentos, processos e o sujeito da ação. Este por sua vez trabalha sustentado por uma concepção de homem, processo saúde-doença-cuidado, e esse projeto de ação se apresenta a partir de necessidades individuais e coletivas articuladas a processos políticos e estruturais (MISHIMA et al., 2003, p. 150).

Portanto, para apreender os demais elementos do processo de trabalho desenvolvido pelos AE e TE da UBS em que realizamos este estudo, partimos da ideia de que estes trabalhadores portam uma concepção de necessidade de saúde que é imanente às suas ações.

Esta decisão também se sustenta na afirmação de que o processo de trabalho enquanto ação transformadora intencional desenvolve uma articulação coerente entre seus elementos constitutivos (NEMES, 1996).

6.3.1 A UBS E A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA ATENDER PESSOAS COM NECESSIDADE DE ENFRENTAR DOENÇAS/PROBLEMAS DE SAÚDE

“Quando lidamos com a organização de serviços, as necessidades de saúde são o aspecto mais importante, pois suscitam os serviços e embasam a

configuração geral de sua estrutura” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p.29).

Concordamos com Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) que definir necessidades é uma questão complexa. Pensaremos a necessidade de saúde enquanto representada pela procura de assistência à saúde, no que faz uma pessoa dirigir-se a um serviço de saúde. Estes autores caracterizam “essa procura como demanda, uma busca ativa por intervenção que representa também consumo, no caso de serviços” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p.29) e que a origem dessa busca é o carecimento, algo que o indivíduo entende que deva ser corrigido em seu atual estado sócio-vital ou uma situação que reconhece como uma falta, algo de que carece.

Identificamos nas entrevistas que, para os AE e TE desta UBS, de modo predominante, a necessidade dos usuários que procuram o serviço de saúde é enfrentar doenças/problemas de saúde.

Esta necessidade de enfrentar doenças/problemas de saúde é explicitada no depoimento dos AE e TE de diversas formas, incluindo a prevenção de doenças e agravos, a busca por recursos como a consulta médica, os medicamentos e os procedimentos técnicos e, até mesmo, a consideração de que existem usuários que procuram a unidade de saúde sem necessidade, pois não estão doentes, ou apenas para conseguir atestado médico. A seguir apresentamos depoimentos que corroboram com nossa afirmação:

A necessidade são as doenças, né, enfrentá-las, seria isso né? (...) No caso meu, ali, da vacina, a prevenção, né, das doenças (A01).

Eles vêm buscar solução pros problemas que já tão aí né (A10).

Os AE e TE reconhecem como necessidade de saúde dos usuários aquilo que é explicitado verbalmente por estes, ou seja, necessidades objetivadas:

Necessidade...? De assistência, de assistência mesmo de enfermagem, de um curativo, uma injeção, é, alguém que esteja capacitado pra ajudá essa pessoa a resolver um problema físico, né, porque se ela não tem condições,

ela tem que buscar recurso, e nós somos esse recurso, eu entendo isso (A02).

No depoimento acima, diante do questionamento sobre as necessidades dos usuários, o trabalhador apresentou uma atitude de estranhamento, que pode demonstrar que refletir e discutir produção de saúde a partir das necessidades de saúde não é inerente ao seu cotidiano, ou mesmo não fundamenta o processo de trabalho no dia a dia destes trabalhadores.

Também identificamos em entrevistas que, muitas vezes, o deslocamento do usuário até a unidade de saúde não significa que ele tenha necessidade de saúde, como no fragmento da fala abaixo:

Tem aquela que não tem nada pra fazê, e vem aqui, ela qué vê a pressão, ela qué vê. (...) Quem realmente tá doente, tá na cara. (...) É por isso que eles vêm, buscá atestado, mas eu acho que tem muita gente que vem, porque qué, porque não tem necessidade (A07).

Nesta perspectiva, a necessidade é detectada a partir da necessidade explícita, e desta forma não ocorre a busca por identificar necessidades implícitas. Por exemplo, a demanda por atestados médicos para justificar a ausência ao trabalho ou nas instituições de ensino, assim como a ausência em si, não são problematizadas pela equipe.

O atestado muitas vezes é um recurso do usuário para evitar perdas de ordem financeira, provas escolares ou benefícios sociais como o bolsa família². No entanto, não faz parte das práticas destes agentes a identificação daquilo que pode estar por trás desta demanda pelos atestados.

Ainda, no depoimento acima destacamos o fragmento “Tem aquela que não tem nada pra fazê, e vem aqui”. Nos questionamos se nestes casos a unidade de saúde significa para os usuários um dos recursos, se não o único, do qual eles dispõem para aliviar tristezas, solidão, afastamento de problemas que estejam enfrentando na família, e a verificação da pressão arterial é o seu “passaporte” para o acesso a UBS, pois outros tipos de carecimento podem não estar habilitados para permitir sua saída de casa e nem mesmo sua entrada na unidade de saúde.

² Podem fazer parte do Programa Bolsa Família as famílias com renda mensal de até cento e quarenta reais por pessoa e o benefício recebido pode variar de vinte e dois a duzentos reais. Este programa vincula a Promoção Social, a Educação e a Saúde, é financiado pelo Governo Federal, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. As famílias que entram no Programa se comprometem em manter as crianças e adolescentes em idade escolar frequentando a escola e cumprir os cuidados básicos em saúde, ou seja, o calendário de vacinação, para as crianças entre 0 e 6 anos, e a agenda pré e pós-natal para as gestantes e mães em amamentação (MDS, 2010).

Em observação na sala de pós-consulta, um dos trabalhadores de enfermagem de nível médio referiu que os usuários queriam muito pegar gripe e, neste contexto, sua fala e sua expressão facial deixaram entender que este trabalhador acredita que os usuários desejam adoecer para pegar atestado médico e não ir trabalhar.

Ainda, em um trecho do depoimento de um entrevistado também encontramos comentário referente aos atestados:

Porque doente ele tá, cê não pode fala que ele não tá doente, mas também você não precisa acredita em tudo que ele fala. Porque quando eles querem um atestado, nossa, a situação é outra. É fácil sabe, antes de cê passa pro médico o caso, você já pergunta assim. Oh, nossa mas você não tá bem mesmo, não deu nem pra ir trabalhá? Ah, hoje não deu, atestite, doença que não tem cura, né. O cara quer atestado, é bem assim (A07).

Continuando nosso percurso, o reconhecimento da necessidade de saúde como a necessidade dos usuários de enfrentar doenças/problemas de saúde também foi explicitada nas observações participantes.

Em uma situação observada, uma senhora, que chamaremos pelo nome fictício Maria, procurou a sala onde é realizada a pré-consulta referindo ter passado por uma cirurgia de mastectomia e que não havia recebido do hospital dois medicamentos prescritos para ela fazer uso em sua casa. Por não serem medicamentos que estão disponíveis na rede de atenção básica, enquanto observadora participante, sugeri e desencadeei o contato com o setor do hospital em que ela havia sido internada. Neste contato foi possível conversarmos com uma assistente social que referiu estar providenciando os medicamentos e ter orientado, antes da alta hospitalar, como Maria deveria proceder para pegá-los, no entanto, Maria não procedeu conforme as orientações da assistente social e procurou a UBS.

O trabalhador de enfermagem de nível médio que atendia Maria relatou a situação para um médico da UBS e este se lembrou que em sua clínica particular tinha “amostras grátis” de um dos medicamentos prescritos. Quanto ao outro medicamento, o mesmo trabalhador de enfermagem lembrou-se que havia utilizado para tratamento pessoal e que havia sobrado e providenciou a quantidade necessária para Maria. É importante assinalar que, neste processo, houve implicação e envolvimento dos trabalhadores da UBS, em particular deste trabalhador de enfermagem que, após o primeiro contato com o setor hospitalar, também mobilizou e articulou recursos na UBS, procurando o médico da UBS e ainda disponibilizando recursos próprios diante de uma demanda social.

Cabe aqui comentar que procurar estabelecer o contato com o hospital, com vista a dar continuidade à atenção para que esta usuária tivesse acesso aos recursos necessários, é um dos atributos da atenção básica (STARFIELD, 2004) e, pelos princípios do SUS, poderia ter sido operacionalizado por uma guia de contrarreferência, no entanto identificamos que é necessário investir nesta comunicação, na articulação entre as equipes e ou instituições de saúde, visando não interromper a continuidade da atenção. Nesta perspectiva estamos tomando a continuidade como um mecanismo de canais de comunicação que permite às equipes de saúde transmitir informações importantes sobre os usuários entre si, através de prontuários com informações precisas e completas, sistemas e registros eletrônicos em computadores, registros feitos pelo próprio usuário, entre outros (STARFIELD, 2004).

Retomando o relato da observação, no decorrer do diálogo com Maria, soubemos que ela ficava sozinha em sua casa, impossibilitada de realizar cuidados consigo mesma e com a casa, como preparar seus alimentos, lavar roupa, limpar a casa, estava com medo de sua condição e de sua doença e se sentia muito solitária e abandonada por seu único filho. Desde que adoeceu estava sem salário ou qualquer benefício e deste modo, passava por problemas financeiros e ainda havia a dificuldade em utilizar o transporte coletivo no pós-operatório para buscar estes medicamentos e dar continuidade ao seu tratamento se deslocando até o hospital e a dificuldade em conseguir favores para buscar uma cesta básica providenciada pela assistente social do hospital.

Neste processo de escuta evidenciaram-se outras necessidades para além da necessidade biológica mencionada, de natureza econômica, emocional e social traduzidas em sofrimento e angústias. Porém, de forma predominante, foram utilizados recursos de natureza assistencialista e caritativa para atender parte das necessidades desta usuária, como a doação dos medicamentos e de roupas e alimentos por parte dos trabalhadores da UBS, evidenciando que estes trabalhadores não buscaram articular outros recursos que possam existir na ABS, no sistema de saúde, em outras secretarias municipais ou ainda outras políticas intersetoriais, como instrumentos pertinentes ao atendimento das necessidades de saúde identificadas no encontro entre os usuários e os trabalhadores da UBS.

Vale destacar, inclusive, que não se investe em mecanismos para incentivar que os usuários se apropriem de políticas sociais específicas para determinadas

doenças, como no caso, os direitos do paciente com câncer e mesmo outros direitos que possam não ter sido considerados. Deixamos aqui o registro que Maria relatou ter trabalhado por cerca de quinze anos para uma família sendo que nunca teve seus direitos trabalhistas assegurados.

Ao restringir necessidade de saúde a problemas de ordem biológica, ou seja, enfrentamento de doenças/problemas de saúde, a organização do trabalho é pautada na produção da recuperação de corpos doentes, em consertar os defeitos, os desequilíbrios, em evitar o adoecer, a invalidez e a morte. Esta conformação implica em uma dada concepção do processo saúde doença e, a depender da concepção adotada, as práticas de saúde resultam em determinadas intervenções.

No transcorrer da análise das transcrições das falas dos entrevistados é possível identificar que a concepção do processo saúde doença revelada neste estudo se aproxima com o conceito adotado e descrito por Leavell e Clark (1976), que explicam o processo saúde doença com base na história natural da doença. Esta ideia é reforçada quando estudamos os demais elementos do processo de trabalho destes agentes, o objeto de trabalho, os recursos que utilizam, os produtos do trabalho e a finalidade do trabalho em saúde, que serão abordados mais adiante.

Para Leavell e Clark (1976):

Esta história compreende todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (LEAVELL; CLARK, 1976, p.15).

Neste curso, interagem os agentes patológicos animados, microorganismos, ou inanimados, agentes físicos, químicos ou nutritivos, o meio ambiente que agregará condições e influências externas na causalidade da doença, como as condições para que um microorganismo sobreviva e se prolifere, e o hospedeiro, o homem, que possui fatores ligados à ocorrência das doenças que são a idade, o sexo, os hábitos e costumes, os mecanismos de defesa gerais e específicos, suas características genéticas e as características das reações psicobiológicas.

A evolução de um distúrbio dependerá desta interação que se inicia antes mesmo de afetar o homem e as intervenções dependerão do nível de saúde e seu desvio em direção à doença. Com isto, a prevenção foi conceituada em três níveis distintos que descreveremos a seguir.

A prevenção primária engloba a promoção da saúde e a proteção específica. Esta ocorre no período de pré-patogênese, quando há interação entre o agente, o homem e o meio ambiente, produzindo um estímulo que pode resultar em adoecimento e serve para aumentar os níveis de saúde e bem estar geral.

Para Leavell e Clark (1976), as ações de promoção da saúde tratam de educação sanitária, bom padrão de nutrição, atenção ao desenvolvimento da personalidade, moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho, aconselhamento matrimonial e educação sexual, genética e exames seletivos periódicos.

A proteção específica incluiu as imunizações específicas, atenção à higiene pessoal, hábito de saneamento do ambiente, proteção contra riscos ocupacionais, proteção contra acidentes, uso de alimentos específicos, proteção contra substâncias carcinogênicas e evitar agentes alergênicos.

A prevenção secundária ocorre quando surgem os primeiros sinais de adoecimento, lesões decorrentes do adoecimento ou quando a doença encontra-se em estágio avançado. Neste nível de prevenção encontram-se o diagnóstico precoce e pronto atendimento e a limitação da invalidez.

No diagnóstico precoce e prontoatendimento estão as medidas individuais e coletivas para a descoberta de casos, pesquisas de triagem e exames seletivos, tendo como objetivos a cura e evitar o processo da doença, a propagação de doenças contagiosas e complicações e seqüelas e, ainda, encurtar o período de invalidez.

Na limitação da invalidez entram os tratamentos adequados para interromper o processo mórbido e evitar futuras sequelas e complicações e a provisão de meios para limitar a invalidez e evitar a morte.

A prevenção terciária ocorre depois que ocorreram alterações anatômicas e fisiológicas, tendo por objetivos, além de interromper o processo patológico, prevenir a incapacidade total e recolocar o indivíduo em uma posição útil na sociedade. Esta trata das ações para reabilitação que inclui prestação de serviço hospitalar e comunitário para reeducação e treinamento com o intuito de possibilitar a utilização máxima das capacidades restantes, educação do público e da indústria para empregar o reabilitado sendo este emprego o mais completo possível em ocupações especiais, terapia ocupacional em hospitais e utilização de asilos (LEAVELL; CLARK, 1976, p.18).

A teoria explicativa de Leavell e Clark (1976) trouxe contribuições importantes, principalmente no momento histórico de sua emergência. No entanto seus limites se tornam evidentes quando ela toma os homens e a sociedade como algo homogêneo, sendo todos os homens iguais no seu modo de adoecer, negando que os determinantes da saúde são, também, produtos do modo de produção da sociedade, em nosso caso, produtos do modo de produção capitalista.

A concepção dos autores também se enquadra nas afirmações dos AE e TE de que os usuários têm necessidade de prevenir doenças. No fragmento abaixo, identificamos ainda que a prevenção à qual os AE e TE se referem nem sempre é a prevenção primária, antes do adoecer, mas sim a secundária, quando o processo patológico já se iniciou, conforme a teoria de Leavell e Clark (1976):

...aquela coisa crônica as pessoas buscam uma prevenção também, mas aquela parte, aquela coisa aguda, de momento mesmo, que as pessoas procuram mais (A04).

Conforme trouxemos na introdução deste trabalho, em 1976 é implantada pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) a “Programação em Saúde” definida como:

...atividades de rotina, compostas de ações centralizadas na prevenção primária e secundária do binômio saúde-doença dentro do esquema de LEAVELL e CLARK, isto é, visando a promoção da saúde, proteção específica e diagnóstico precoce e pronto tratamento, enquanto que as atividades eventuais eram compostas de ações que visavam a prevenção secundária e terciária, isto é, essencialmente, diagnóstico, tratamento, limitação da incapacidade e reabilitação, sendo este último em menor grau. Há portanto um embricamento entre esses dois tipos de atividades pois, apesar de cada um visar, preferentemente, determinados níveis de prevenção, não são exclusivos (SES-SP, s.d. apud ALMEIDA, 1991, p. 148).

Este dado nos permite contextualizar historicamente a construção da concepção dos AE e TE da necessidade de saúde como a demanda dos usuários por atendimento médico, procedimentos, prevenir ou curar doenças, solucionar ou amenizar problemas de saúde, afinal, este modelo de atenção à saúde no qual as atividades de enfermagem, agora com a presença do enfermeiro, tiveram formas e direcionamentos mais definidos e até mesmo sistematizados, influenciando profundamente no desenrolar das práticas de enfermagem na ABS.

Este modelo de atenção à saúde visava ampliar o atendimento médico individual para grupos populacionais marginalizados e, para tanto, as ações de enfermagem buscavam racionalizar o trabalho médico, recurso mais caro e escasso, preparando o indivíduo para a consulta médica e complementando ou realizando

orientações e encaminhamentos referentes ao atendimento médico (ALMEIDA, 1991; VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1994). Esta organização do processo de trabalho atendia a necessidade de realizar um número maior de consultas médica e, naquele momento histórico, foi preciso racionalizar o tempo do trabalho médico. Para tanto, ações que contribuíssem para que o médico pudesse realizar maior número de consultas foram integradas ao processo de trabalho, sendo a pré e pós-consulta de enfermagem estratégias consideradas pertinentes a essa organização tecnológica do trabalho.

Conformou-se, então, uma organização do trabalho em que atividades de enfermagem foram definidas como a pré-consulta, pós-consulta, atendimento de enfermagem, controle de faltosos e de comunicantes, visita domiciliar, trabalhos educativos e outras atividades de alcance coletivo e, com isto, gerou-se maior rigidez na divisão técnica do trabalho, legitimando a hierarquia e a disciplina e institucionalizando, ainda, com a presença do enfermeiro, a divisão social do trabalho (VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1994).

No nosso estudo, encontramos nas falas dos entrevistados e nas observações muito destes elementos que desenham o modelo de atenção “Programação em Saúde” na conformação do trabalho desta UBS. No entanto, a assistência dispensada possui uma organização do processo de trabalho que muitas vezes não chega a contemplar os três níveis de prevenção definidos por Leavell e Clark na assistência individual, bem como ações que visavam alcançar o coletivo quase não foram observadas.

Westphal (2006, p. 645), ao trabalhar com a temática promoção de saúde, realiza uma síntese da classificação realizada por Naido e Wills das iniciativas desta natureza, realizadas no passado, apresentando os conceitos de saúde que as orientam de acordo com cada vertente. Dentro deste quadro, identificamos que o conceito de saúde que atravessa as práticas dos AE e TE vão ao encontro das abordagens biomédica e comportamental, sendo que o conceito de saúde que orienta a abordagem biomédica é a ausência de doenças e incapacidades e o que orienta a abordagem comportamental são as capacidades físico-funcionais e bem estar físico e mental dos indivíduos.

Nas entrevistas, quando questionamos os AE e TE sobre o que é saúde ou o que é ter saúde, nos deparamos com depoimentos que vão ao encontro das nossas afirmações acima, como nos depoimentos que seguem:

...pra gente ter uma boa saúde a gente tem que fazer tudo pra se ter uma boa saúde, que é dormir o tempo necessário que seu organismo precisa, você comer direito, nos horários, comer não só porcaria, coisa que tem sustância, que nem o pessoal fala, e fruta, verdura, carne, leite, né, tudo. Você tem que ter uma atividade física, eu acho que é importante, tanto pra criança quanto pro adulto e pro idoso. (...). Então, se a gente conseguir fazer tudo certo, eu acho que lá pra frente cê vai ter uma vida bem melhor (A06).

Ah, sim, qualidade de vida né. Uma pessoa sem saúde que que ela faz? Ela não tem prazer de vive. Ela não tem condições de cuida da família, se é uma mulher ou um homem. Como que ele vai cuida da família, se ele é doente? (A07).

Ter saúde é quando você tem condições de se locomover, de se alimentar sozinho, de promover sua higiene sozinho, ter condições de lazer, né? É, quando você é capaz de tomar conta de si, né, de ter saúde. Eu tenho saúde pra ir trabalhar, eu tenho saúde pra ir passear, eu tenho saúde pra cuidar da casa, ou pra cuidar de um serviço de fora, ou pra ajudar um parente que tá com menos saúde que eu (A02).

Ah, é você se sentir bem com você, você sabe que tá tudo funcionando direito, você tá disposta, com disposição pro trabalho, pro lazer, pra tudo, porque quando você sente uma dor ou você sente um mal estar, aquilo parece que já bloqueia uma parte de você e de repente você se sente bem, você tá feliz, olha, eu to dando conta de fazer o meu serviço numa boa, daí você tá com saúde... (A09).

Ah, você vive sem dor né, saúde é isso, você podê come as coisa, é isso. (...). Eu acho que uma pessoa que tem saúde é feliz, mais do que a saúde, não tem coisa mais importante, eu acho que não, nem o dinheiro (A10).

O que é ter saúde? É você estar bem fisicamente, psiquicamente, mentalmente e socialmente também porque não adianta a pessoa dizer que tá bem de saúde, não ter nenhuma lesão física e mental e socialmente a pessoa tiver. E existem várias doenças que é provocada pelo social, mental, fisicamente também, se o social não tiver bem, na minha opinião, a saúde é o bem estar físico, mental e psíquico e social (A04).

Cabe aqui apontar que neste ciclo, no qual os trabalhadores apontam que ter saúde é não ter doenças e, coerentemente, identificam como necessidade de quem procura pelo serviço de saúde enfrentar doenças/problemas de saúde, os usuários, por sua vez, também buscam as ações voltadas para o restabelecimento de seus corpos doentes, para resolver ou aliviar mais prontamente sua dor e sofrimento daquele momento revelado no corpo físico (PEREIRA; ASSIS; REIS, 1999). Deste modo, completa-se um processo circular no qual a necessidade de saúde dos usuários é identificada como enfrentar doenças e as doenças são tomadas como um desequilíbrio no funcionamento anátomo-fisiológico e, para tanto, os recursos utilizados pelo serviço de saúde também são desta natureza.

Ainda, no último depoimento, embora permaneça a ideia de que saúde é a ausência de doenças ou problemas de saúde, podemos identificar elementos que

ampliam a concepção de saúde quando este trabalhador considera “o social” como um fator que influencia na saúde das pessoas.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996, p. 30) chamam atenção para a circularidade do processo de trabalho quando referem que:

... o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, “contexto instaurador de necessidades”. Assim, há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e seu consumo (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 30).

Os depoimentos acima assinalam esta circularidade e o abaixo, além disso, nos traz outras reflexões:

Pra mim, ter saúde é estar bem, né. Estar bem, estar feliz, sem problemas, sem doença, sem nada disso. Nada te prejudicando. Eu acho que é isso, que isso é saúde. Se todo mundo tivesse saúde né, não teria nós aqui pra tá atendendo (A11).

A oferta de serviços de saúde também se constitui em fonte geradora de necessidades, alimentando assim “uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e seu consumo”. Esta conexão nos leva a pensar que muitas demandas apresentadas aos serviços de saúde assim estão por falta de oferta de outros tipos de serviços que os usuários poderiam acessar na UBS diante de quadros gerados nas relações intra e extra familiar como conflitos familiares, sofrimento causado pela solidão, perdas diversas como a perda de um ente querido que nunca foi trabalhada, perda do trabalho ou sofrimentos ligados ao processo de trabalho que enfrenta, perda do filho no mundo das drogas, o nascimento de uma criança com problemas genéticos ou decorrentes de intercorrências durante a gestação, complicações durante o trabalho de parto ou ao nascer, enfim, sofrimentos gerados por causas não biológicas.

Ainda parece-nos que trabalhar com um conceito ampliado do processo saúde doença que se aproxime de práticas comprometidas com a integralidade da atenção pode ser fonte geradora de insegurança ou mesmo ameaçar a estabilidade do seu emprego: “Se todo mundo tivesse saúde né, não teria nós aqui pra tá atendendo” (A11).

Contudo, atender os usuários que carregam suas histórias de vida, seus conflitos, suas angústias e sofrimentos, seus problemas e dificuldades, suas necessidades, sendo estas as consideradas possíveis de se resolver ou ajudar na UBS ou não, faz com que os trabalhadores de nível médio de enfermagem

concebam também como necessidade destas pessoas que procuram o serviço de saúde desabafar, chorar, conversar, como podemos identificar nos depoimentos abaixo:

...quando ela procura uma enfermeira é porque ela quer uma orientação, ela qué uma, um ombro pra pode desabafá, muitas vezes o paciente usa a gente como, tipo, às vezes não tem ninguém em casa pra conversá, vem na unidade e fica te, enfim, pega você pra falá, pra chorá, né ... (A05).

Então, tem pacientes que vem aqui no posto faz muito tempo, tem dezessete anos, tem pessoas que vem bate papo aqui, tem pessoas que se sentem em casa aqui (A08).

Outras porque são carentes né, e vem atrás de uma atenção, né. Qué uma atenção, qué conversá, qué dialogá, qué bate papo né. (...). Às vezes é uma pessoa que não está bem em casa. Às vezes, já aconteceu comigo, você não tá bem com o esposo, ou vice-versa. Aí, chega uma pessoa, aí, não sabe o que qué. Aí, chega aqui e fala com a gente, abre o jogo, falo que um caso assim aconteceu comigo né. Não foi uma nem duas vezes, já aconteceu várias vezes já isso comigo, né. Então, a gente tá aqui é pra, pra ouvir, né. Ouví a queixa e ajuda no que for possível. (...). É, às vezes não tem com quem conversa em casa né. O problema é que vários pacientes são assim, e pega você no meio do corredor. Uma coisinha que você fala a pessoa já tá bem, vai embora bem mais tranquila (A11).

...tem umas pessoas que vem na unidade, que às vezes elas precisam de uma conversa, duma força, elas chegam, tá passando por alguma dificuldade em casa, alguma coisa dentro de casa, aí, tudo que elas tão sentindo, aí, elas ficam desesperadas, aí atrapalha no serviço, elas faltam do serviço, né. (...). Muitas vezes, ela nem tá precisando daqui, né, tá precisando de a gente dar um tempo, conversar (A06).

Nas falas acima, além da identificação por parte dos trabalhadores AE/TE de que os usuários da UBS têm necessidade de conversar, eles também identificam que os usuários procuram pelo serviço de saúde na expectativa de encontrar respostas para esta necessidade e, mais do que isto, identificam que os usuários buscam pelos trabalhadores de enfermagem para satisfazer tal necessidade. No entanto, podemos perceber que estes trabalhadores trazem elementos em suas falas que indicam que os AE/TE não consideram como algo integrante de seus processos de trabalho acolher esta demanda embora assim o faça.

Nas entrevistas, também se coloca em questão a própria organização do processo de trabalho, citando como exemplo que alguns trabalhadores referiram que nem sempre eles têm tempo para conversar com o usuário e também que não se sentem preparados para atender esta demanda. Ou até mesmo a estrutura física da unidade de saúde, por exemplo, quando relatado acima que as conversas ocorrem nos corredores da UBS, não favorecendo o desenvolvimento de uma assistência que inclui nas práticas dos trabalhadores este acolhimento.

Portanto, não podemos olhar para as práticas dos AE/TE de enfermagem responsabilizando-os pelo tipo de assistência que ali é prestada, “é preciso examinar qual o direcionamento político que os dirigentes do setor público de saúde estão dando para organizar a assistência em saúde na rede básica de saúde de Ribeirão Preto” (ALMEIDA, 1991, p. 99).

Na discussão que entra no emaranhado do processo de trabalho podem emergir dimensões que revelam obstáculos para a construção de um processo de trabalho pautado na (re)construção das práticas de saúde em direção a integralidade sem que esta se torne uma ameaça. Ou ainda, esta discussão pode, ao menos, esclarecer que projeto político de saúde está sendo fortalecido.

6.3.2 CAMINHANDO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Passaremos a descrever, então, o fluxo dos usuários e as atividades realizadas em cada setor observado, buscando caracterizar aspectos da organização do trabalho nesta UBS com foco nas ações dos AE e TE. Acreditamos que esta descrição auxiliará na apreensão da conformação dos elementos do processo de trabalho.

Nesta UBS os usuários, ao chegarem, devem passar pela recepção, exceto quando a procura é pela Sala de Vacina, para a qual eles podem se direcionar diretamente. Na recepção, os usuários verbalizavam o tipo de atendimento que procuravam e recebiam um impresso, uma ficha de atendimento, conforme sua solicitação, a ficha de atendimento é igual para todas as possibilidades de atendimento na UBS sendo que nela consta o nome de quem realizará o atendimento e sua respectiva categoria profissional como pode ser conferido nos anexos (Anexo 02).

Optamos por descrever a organização do trabalho nesta UBS por setores por ser assim que o fluxo dos usuários, bem como as atividades dos trabalhadores de enfermagem de nível médio, encontram-se dispostos.

Setor Sala de Vacina

O horário de funcionamento deste setor é de segunda a sexta-feira das sete às dezessete horas e a sala não é fechada para horário de almoço. Neste setor permaneciam em sala para realizar os atendimentos um ou dois trabalhadores de enfermagem de nível médio.

Entre as atividades da sala de vacina estavam os atendimentos dos usuários que desejavam receber a vacina ou realizar o teste do pezinho, busca ativa dos recém nascidos para realização do teste do pezinho, busca ativa através do envio de cartas convocando os usuários a comparecer na UBS para entrega dos resultados do teste do pezinho, atendimentos de investigação, controle e diagnósticos dos casos de tuberculose e investigação, acompanhamento e vacinação anti-rábica dos casos de vítimas de mordidas ou arranhões de cães e gatos ou ainda acidentes com morcegos (mamíferos da ordem *Chiroptera*), confecção de pedidos de vacina que fazem parte do calendário vacinal e das vacinas que são consideradas especiais que só são administradas em situações específicas, como por exemplo, a vacina de hepatite A, confecção de relatórios, limpeza diária da pia do setor onde são preparadas as vacinas para administração, checagem da temperatura das geladeiras, registro das vacinas realizadas no cartão de vacina do usuário, no sistema de informação e na ficha de registro de vacina do usuário no arquivo da sala de vacina da UBS, sendo que as fichas de registro de vacina só são feitas para usuários que residem na área de abrangência da UBS, pois os demais não costumam retornar na UBS para receber vacina novamente.

Os trabalhadores AE/TE relataram, durante as observações participantes, que realizam convocação através de cartas ou telefonemas para comparecimento na UBS de crianças até cinco anos que estão com vacinas atrasadas. Para as demais faixas etárias não é possível realizar o levantamento das fichas do arquivo para checar se há atrasos devido à falta de tempo e que inclusive existem acompanhamentos de vacinação antirrábica sem conclusão, pois os usuários não compareceram à UBS para receber os reforços. Para estes usuários foram enviadas cartas de convocação, mas ainda há usuários que não comparecem à UBS. Um dos trabalhadores de nível médio de enfermagem referiu considerar que o mais difícil é que as pessoas não se preocupam.

Relataram ainda que a Secretaria Municipal de Saúde realizava o levantamento dos faltosos no sistema de informação e encaminhava para a UBS, mas que agora eles não estão recebendo mais estes levantamentos. Referiram

também que ainda não foi possível passar todas as informações das fichas do arquivo da UBS para o sistema de informação e que os trabalhadores AE/TE estão realizando o cadastro e lançando as informações no sistema, conforme realizam os atendimentos dos usuários.

Ainda durante a observação, nos foi relatado que os trabalhadores AE/TE não realizam levantamentos a fim de reconhecer a situação da cobertura vacinal da sua população de abrangência, sendo que os cálculos para envio de doses de vacina à UBS são realizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Somente trabalhadores de enfermagem que recebiam um treinamento específico podiam administrar a vacina BCG, que é realizada somente as quartas-feiras por não haver demanda para abrir o frasco desta vacina diariamente, o que implicaria na perda das doses de vacina não utilizadas pelo seu curto prazo de vencimento após ser aberta.

É relevante apontar que, diante dos relatos apontados anteriormente, identificamos uma descontinuidade na atenção aos usuários no setor sala de vacina. No entanto, este setor é considerado pelos trabalhadores AE e TE como um setor que tem uma exigência maior para com os trabalhadores como podemos ver nos fragmentos das entrevistas abaixo:

Vacina, é uma coisa assim, é muito minucioso, cê tem que tá muito atento. Porque é um trabalho assim, sua cabeça não pode de maneira nenhuma tá disperso dali, porque se tiver, cê faz uma coisa, muitas vezes cê comete um erro que não vai agravar a vida da pessoa. Mas e se você cometer um erro que vai complicar, entendeu? E é uma coisa assim, cê tem que tá atento, é pra dose, pra idade, é pro agendamento, pras reações que pode acontecer, se volta com uma reação, ou local, ou que seja sistêmica, né. Cê tem que ter o conhecimento daquilo. Tá certo que a gente faz curso, e eles informam muito manual, e a gente vai, mas só que o dia a dia que cê vai trabalhando, aí cê vai vendo, cê vai aprimorando a técnica, e é um trabalho que você não pode fazer correndo. Cada mãe tem um tempo, pra ela aceitar você fazer a vacina na criança e esperar, né, tem criança que quase não chora, tem criança que chora demais, né. Então, cê faz uma, às vezes ele tem que tomar três, quatro ou cinco. Cê faz uma, aí cê tem que dar um tempo pra mãe, um tempo pro bebê. Então, é um trabalho assim, é muito, cê tem que tá, cada idade num momento, cada vacina, às vezes tem uma criança que toma duas doses pela idade que ela veio, a outra toma três, a outra toma uma só. Então é muita coisa que cê tem que tá ligada e é assim, é um trabalho muito minucioso. Não é qualquer pessoa que gosta de fazer, é uma escala que te prende, você não pode sair, né. E cê tem muita cobrança, não do pessoal que trabalha aqui com você, mas cobrança da vigilância, se acontece alguma coisa já passa o (...). É aquelas coisas, né, mordedura de cachorro, se tá tendo, se tá tendo de gato, é muito minucioso. Muitas vezes, cê fala assim, ai, meu deus, eu não vou aguentar. Mas depois cê vê que aquilo que cê tá fazendo é um trabalho muito importante. Acho que da unidade básica, é um trabalho dos mais importantes que tem ali. Porque cê, nossa, cê faz muita coisa. Só que a gente tem que tá muito atento pra tudo. (...). Mas é muito trabalhoso. Cê trabalha com vários tipos de vacina, várias

datas, vários lotes. Cê tá fazendo uma, de repente vem outro lote, sabe? Então, é difícil, é técnica, né, a área de aplicação, é assim. Eu acho que é uma das escalas mais, que cê tem que tá bem atenta mesmo. Não que as outras não, né, mas a vacina é uma coisa que cê tem que, nossa, é minucioso, ali. E a vigilância sabe que é, eles sabem quem eles pode ficar cobrando, sabe, tem tudo. Eles conhecem a pessoa que, se acontecer alguma coisa lá, a pessoa vai passar pra mim, se acontecer, não vai deixar passar nada, vai ligar (A06).

...eu vejo assim, se você que nem, por exemplo, se você fica sozinho, que a vacina é muito, é muito complicada, é muita coisinha então assim, às vezes você precisa de estar em duas, em duas pessoas porque uma ajuda a outra, você comenta, você tem alguma dúvida, eu vejo eu A06, A06 o que você acha de tal coisa, né ela fala, a gente comenta muito uma com a outra né, pra te orienta a, a errá né, se bem que erra é humano mas tem que fazê de tudo pra num tá errando, colocá o paciente em risco né. (...). Né, a única coisa é o que eu te falei, às vezes você não tem, a gente tem o respaldo da vigilância, mas acho assim que talvez teria que ter mais a participação, mais dos funcionários, das pessoas que já tem treinamento, sabe tê mais, porque a maioria aqui no posto, eles evitam um pouco a vacina porque eles sabem que é complicado, você perde tempo, você dá os neurônios ali né, é complicado (A01).

Pra trabalha na vacina você tem que ter um conhecimento melhor, de um curso de vacina, porque a gente mexe muito com a vigilância, tem que tá ligando, discutindo caso com a vigilância, então a vacina não é qualquer um que trabalha, a gente já tem alguns funcionários que trabalham na vacina, você tem que abri ficha para o paciente, (...), você tem que perder o seu tempo de ir procurar no arquivo ficha do paciente, você tem que questionar com o paciente, se ele já tomou vacina, se ainda não tomou né, tudo isso é muito importante, se ele disser pra você eu tomei há dois anos, daí você tem que investigar melhor, você lembra o senhor tomou, que posto que foi, que posto que não foi, orientar procurar a carteira de vacina, então ali exige muito de você, exige muito, mas muito (A03).

Podemos refletir que deveriam ser pensadas e discutidas estratégias para amenizar a sobrecarga relatada pelos trabalhadores AE/TE que estão escalados neste setor a fim de possibilitar um acompanhamento mais integral da população de abrangência desta UBS e um apontamento seria um maior envolvimento dos demais trabalhadores de enfermagem de nível médio da UBS com as atividades relacionadas à sala de vacina. No entanto, devemos considerar que não basta acrescentar trabalhadores na escala deste setor para que se modifique o trabalho que ali é realizado, é necessário que estes trabalhadores incorporem em suas práticas a necessidade de incluir no cotidiano do trabalho ações que viabilizem uma atenção na perspectiva da integralidade.

Setor Sala de Curativo

Quando os usuários solicitavam realizar um curativo, recebiam a ficha de atendimento com o nome do trabalhador de enfermagem de nível médio que os atenderiam e se dirigiam para a sala de curativo. Lá, o procedimento necessário era

realizado e na ficha era registrada a parte do corpo onde foi realizado o curativo e o que causou a lesão. É importante apontar que a ficha de atendimento não é arquivada no prontuário após atendimento na sala de curativo, elas ficam guardadas por um tempo para eventual respaldo legal e depois são desprezadas. Durante o período de observação, em alguns atendimentos, o trabalhador de nível médio de enfermagem que tem escala de trabalho fixa na sala de curativo solicitou avaliação médica das lesões e seguiu a conduta orientada pelo médico na realização do curativo. Nestes casos, não foi realizado nenhum registro da enfermagem, somente a ficha para registro do médico foi arquivada.

Na sala de curativo há um caderno no qual são anotados em ordem numérica os atendimentos realizados constando a parte do corpo onde foi realizado o curativo, tipo de curativo, código do procedimento realizado e a assinatura de quem realizou. Por exemplo, curativo MIE (membro inferior esquerdo), tala gessada, assinatura do trabalhador de nível médio de enfermagem, código 0401010023. Em um dos atendimentos observados, um senhor desejava apenas pegar material para realizar seu curativo em casa. Este atendimento também foi registrado no caderno, como “entregue material de curativo” e a assinatura do trabalhador de nível médio de enfermagem.

Os atendimentos observados nos quais foram realizados curativos duraram de 23 a 30 minutos e, em um período de observação na parte da manhã, foram realizados 05 atendimentos, sendo que constava no caderno um curativo em queimadura, uma retirada de pontos de cesárea, dois curativos de tala gessada e uma entrega de materiais.

Vale destacar, a evidência da lacuna no que diz respeito ao registro, o que pode comprometer a continuidade da atenção, recurso do processo de trabalho fundamental na atenção à saúde, não somente nas ações produzidas pelos AE/TE, mas para todos os integrantes da equipe.

O trabalhador responsável por este setor, sala de curativo, também realizava o processamento dos materiais duráveis como pinças, tesouras, entre outros, que devem ser lavados, secados, empacotados e colocados na autoclave para esterilização, sendo que o horário reservado para esta atividade restringe o acesso dos usuários a este tipo de atendimento, ou seja, fica estabelecido um limite de horário para atendimento na sala de curativo.

Durante a observação o trabalhador de nível médio de enfermagem explicou que os atendimentos na sala de curativo eram realizados das oito às onze horas da manhã, dizendo ser necessário impor uma ordem para não ficar à “mercê dos pacientes”, e que na parte da tarde é realizado o preparo e esterilização dos materiais da sala de curativo. Na organização do processo de trabalho está previsto um trabalhador de nível médio de enfermagem para proceder à lavagem, esterilização e armazenamento dos materiais utilizados em toda a unidade. No entanto, o trabalhador da sala de curativo, fixo nesta sala, prefere fazer todo preparo de lavagem e esterilização do material pessoalmente, mesmo que outros saibam fazer. Esta decisão revela a preocupação deste trabalhador com os materiais que são utilizados neste setor. Por outro lado, restringe a acessibilidade aos usuários a este procedimento, uma vez que não é escalado outro AE ou TE para realizar os curativos, enquanto o trabalhador fixo nesta sala cuida do processo de esterilização do material.

Restrição à acessibilidade, no caso de natureza organizacional pode comprometer o atendimento à necessidade do usuário e, conseqüentemente, configura um processo de trabalho onde a integralidade da atenção não é o eixo da produção em saúde.

O motivo relatado pelos AE/TE para não realizar atendimento nesta sala no período vespertino é o número menor de trabalhadores de nível médio na escala de trabalho da UBS, sendo que ainda é realizado um revezamento entre eles para cumprir o horário do jantar com a conseqüente ausência de trabalhadores por um período e a possibilidade de surgir uma urgência ou emergência com um número de trabalhadores reduzido. Deste modo, se tem o acesso a UBS, mas a acessibilidade é restringida.

Estabelecer limites para o atendimento na sala de curativos responde à necessidade dos trabalhadores. No entanto o horário da sala de curativos não acompanha o horário de funcionamento da UBS. A UBS permanecendo um maior tempo que a sala de curativos com as “portas abertas” também gera a demanda pela assistência na sala de curativo, ou seja, promove um “contexto instaurador de necessidades” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 30). Vale destacar que os horários de procura por atendimento neste setor acabam sendo variados por diversos motivos, entre eles, a impossibilidade de comparecer no horário estabelecido devido aos horários de trabalho ou escola, desconhecimento do horário

de funcionamento da sala de curativo e a unidade de saúde de referência para o usuário não permanecer aberta até o período vespertino como esta UBS, sendo esta unidade de saúde a opção mais próxima de suas casas.

Observamos que os usuários que solicitaram atendimento fora do horário de funcionamento da sala de curativo não tiveram suas necessidades identificadas e avaliadas de forma singular, tendo sido tratados de forma homogênea. Os trabalhadores de enfermagem de nível médio referiram que só realizariam atendimentos na sala de curativos em caso de urgência ou emergência como cortes mais profundos ou fraturas, que se abrissem exceção para um caso, os usuários começariam a procurar atendimento na sala de curativo fora do horário.

A complexidade de atender todas as particularidades dos usuários na sala de curativo poderia ser evidenciada a partir do estabelecimento de diálogos que evidenciassem as diversas situações desta demanda, neste horário. Diante do quadro perguntamos: Esta organização do processo de trabalho já foi discutida junto a equipe? A mesma vem instituída desta forma há tempos? Poderiam ser encontradas formas de redesenhar essa distribuição de horários e ter períodos, inclusive na jornada vespertina, para atender e realizar curativos? Diante das respostas negativas dos trabalhadores aos usuários que procuram realizar curativos fora do horário estabelecido, há encaminhamentos para que futuramente se tenha outra composição na organização do processo de trabalho e possibilite a ampliação da acessibilidade para atender a necessidade dos usuários de serem cuidados? Ou será que estamos diante de um processo cristalizado?

Setor Sala de Medicação

Os usuários que procuravam a UBS para verificar pressão arterial ou glicemia, receber algum medicamento prescrito anteriormente, por via oral, intramuscular, subcutânea ou aerosol, também recebiam este impresso e se direcionavam à sala de medicação. Nesta sala ainda era realizado teste de sensibilidade à penicilina. Após o procedimento, era registrado neste impresso, no caso da procura para verificar a pressão arterial, o valor do resultado da pressão arterial e, no caso da glicemia, o valor do resultado do teste. Para as administrações de medicamentos, os AE/TE checavam a ficha de atendimento médico ou a receita médica. Nesta sala havia um caderno no qual eram registrados, quando verificadas a pressão arterial ou glicemia, a hora, o primeiro nome do usuário, os valores encontrados e o nome do trabalhador que realizou o procedimento. Quando

administravam medicamentos, anotavam a hora, o número de cadastro do usuário na SMS, que é o mesmo número de seu prontuário, o primeiro nome do usuário, o nome, a dose e via de administração do medicamento e o nome do AE/TE que realizou o atendimento. As glicosimetrias só eram realizadas com solicitação médica e os medicamentos eram administrados mediante prescrição médica. Os trabalhadores também preenchiam as folhas de curva pressórica ou glicêmica dos usuários. Neste caso, as fichas de atendimento também eram arquivadas temporariamente e não iam para os prontuários, como na sala de curativo.

Setor Sala de Pré-consulta

Quando o usuário estava com atendimento médico agendado, os trabalhadores da recepção colocavam a ficha de atendimento no nome do médico junto ao prontuário e encaminhavam para a sala de pré-consulta. Nesta sala, os usuários eram chamados para terem seu peso, estatura, pressão arterial, temperatura e suas queixas aferidos e registrados neste impresso, pelos AE/TE e algumas vezes aleatórias pela enfermeira e, em seguida, aguardavam serem chamados pelo médico. Os dados levantados neste momento pelos AE e TE não foram utilizados para priorizar a consulta médica durante o período de observação. Esta priorização se deu em algumas observações do atendimento na sala de pré-consulta aos usuários que não tinham consulta médica agendada.

Importante lembrar que às vezes, no atendimento de usuários com quinze anos ou mais, eram apenas aferidos o peso corporal e a pressão arterial e no atendimento de usuários com menos de quinze anos eram aferidos apenas o peso corporal e a estatura. A temperatura era aferida nos casos em que o usuário, a mãe ou acompanhante verbalizavam alguma queixa sugestiva de doença infecciosa.

Estes procedimentos eram realizados com mais de um usuário dentro da sala de pré-consulta, por exemplo, enquanto era verificado o peso corporal de um usuário outro tinha a pressão arterial sendo aferida. Somente quando eram crianças menores de um ano a porta desta sala era fechada, pois era necessário tirar a roupa e a fralda das crianças para verificar o peso e os bebês ficavam com frio. Para crianças maiores não se retirava a roupa e nem mesmo fraldas.

O único atendimento observado realizado somente pela enfermeira foi o teste para detectar gravidez e, neste caso, as usuárias recebiam a ficha de atendimento no nome da enfermeira e não passavam na pré-consulta.

Os usuários que procuravam a UBS sem agendamento prévio, solicitando atendimento médico, recebiam a ficha de atendimento e eram encaminhados para a sala de pré-consulta. Na sala de pré-consulta, os AE/TE e, em alguns momentos aleatórios, a enfermeira, perguntavam sobre a queixa do usuário e tentavam identificar o momento em que o problema referido se iniciou. Em alguns casos, conforme a queixa, aferiam a pressão arterial e/ou a temperatura, sendo estas informações registradas na ficha de atendimento com o nome do médico. Em seguida, os AE/TE passavam estas informações para o médico que decidia se atenderia ou não os usuários sem agendamento. Então, os AE/TE escalados para trabalhar na pré-consulta informavam aos usuários se o médico os atenderia e, no caso do não atendimento, solicitavam que eles procurassem por uma unidade de prontoatendimento ou retornassem em outro horário ou no dia seguinte para consulta médica, ou ainda que agendassem uma consulta médica conforme a disponibilidade da agenda médica da UBS.

Neste setor, a única conduta permitida sem avaliação médica, e que foi observada, era a administração de antitérmico no caso de febre, conforme o usuário ou seu acompanhante verbalizassem estar acostumados a fazer uso do medicamento em casa.

No setor pré-consulta também havia um caderno no qual era registrado a hora do atendimento, o nome do usuário, se era um atendimento eventual ou consulta agendada e se o usuário foi atendido ou encaminhado conforme descrito acima e por qual médico.

Setor Sala de Pós-consulta

Na sala de pós-consulta só passavam os usuários que haviam recebido atendimento médico. Estes entregavam seus prontuários, receitas médicas, encaminhamentos e pedidos de exames ao AE/TE escalado para trabalhar nesta sala e as ações desenvolvidas por estes trabalhadores foram:

- Conferir, carimbar e preencher os dados necessários para completar os pedidos de encaminhamento para especialistas e pedidos de exames que não foram preenchidos pelo médico, como por exemplo, com número do cartão SUS e telefone do usuário;
- Orientar se os medicamentos prescritos estavam disponíveis na UBS ou se deveriam ser comprados ou ainda se os usuários deviam se dirigir à sala de medicação para que fosse administrado o medicamento prescrito;

- Orientar aos usuários como proceder para coletar os materiais biológicos para realizar os exames solicitados pelo médico, por exemplo, tempo necessário de jejum e como armazenar a amostra de fezes, agendar a data que o usuário deveria comparecer na UBS para entregar estes materiais ou coletar sangue e ainda orientar como proceder para realizar exames que não eram feitos pela UBS;
- Orientar o agendamento de uma notificação da data da consulta com especialistas através de carta ou telefonema no caso dos encaminhamentos;
- Orientar o agendamento de retorno para consulta médica na UBS quando solicitado pelo médico;
- Em alguns atendimentos, os AE/TE orientaram como o usuário deveria utilizar o medicamento prescrito.

Nesta sala, segundo relato dos AE e TE, também são realizadas as notificações compulsórias quando necessário. Após as 16 horas e 55 minutos, com o fechamento da farmácia, os trabalhadores AE e TE também realizavam a entrega de medicamentos de urgência prescritos pelos médicos aos usuários, como analgésicos, soros de hidratação via oral, entre outros. Os medicamentos prescritos que não eram considerados de urgência deveriam ser retirados pelos usuários no dia seguinte dentro do horário de funcionamento da farmácia. Os AE/TE escalados para trabalhar na pós-consulta também imprimiam as etiquetas que seriam utilizadas na coleta de exames no dia seguinte e separavam as etiquetas que pertenciam ao mesmo usuário para facilitar e agilizar os atendimentos na coleta de materiais biológicos para exames.

As receitas médicas e os pedidos de exames com data para coleta agendada eram entregues aos usuários, os encaminhamentos eram separados para serem encaminhados para a SMS que realizaria os agendamentos, a ficha de atendimento médico era perfurada para ser anexada ao prontuário e os prontuários voltavam para o arquivo da UBS.

Neste setor, também havia dois cadernos nos quais os AE/TE faziam registros, sendo que em um eram registrados os encaminhamentos que recebiam e o despacho para a SMS para controlar se estes foram agendados pela SMS e se o usuário foi comunicado da data da sua consulta com o especialista e no outro registravam a data que agendavam a coleta de materiais para os usuários e quais exames seriam realizados, por exemplo, urina rotina e hemograma.

Com esse registro neste caderno é possível identificar os usuários que não compareciam na coleta conforme agendado e também armazenar os papéis com os resultados advindos do laboratório, sendo que no dia do retorno médico dos usuários era possível identificar quais exames foram solicitados, se a coleta foi realizada e se houve a entrega dos resultados por parte dos laboratórios. Esta organização revela potência para a continuidade da atenção, principalmente se fosse possível estabelecer contato imediato com os faltosos no exame, visando que estes viessem realizar a coleta o mais breve para que no retorno os resultados dos exames solicitados estivessem disponíveis, ou ainda se essa possibilidade se estendesse no monitoramento da devolução do resultado do exame pelo laboratório antes da data da consulta agendada, pois sabemos que há situações em que o resultado do exame não está disponível por intercorrências no fluxo dos materiais e/ou resultados. Assim, o controle e monitoramento se tornariam um instrumento potencializador da atenção e não somente do controle pelo controle da realização ou não e da devolução ou não do exame.

Importante sinalizar que na pós-consulta não havia cadeira disponível para o usuário se sentar e os atendimentos realizados duraram de menos que 01 minuto até 05 minutos. Os atendimentos que ultrapassaram 01 minuto, registrados durante a observação, foram devido ao preenchimento incompleto pelos médicos dos pedidos de exames e encaminhamentos aos especialistas.

Em um atendimento, um trabalhador de nível médio de enfermagem, ao folhear o prontuário, identificou que estava no período da usuária repetir seu exame ginecológico e a orientou a procurar a recepção para marcar uma consulta com um ginecologista da UBS. Em outro atendimento, de uma mulher com seu filho de seis anos, este mesmo trabalhador, após ler o prontuário, perguntou se a criança estava com vacina atrasada e a mulher disse que sim. Diante da resposta, o trabalhador orienta que, quando a criança melhorasse, pois agora estava com febre, ela deveria trazê-la para vacinar.

A conduta deste trabalhador, ao se atentar para aspectos da dimensão da prevenção de doenças e agravos, marcar agendamento para realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero e atualizar o esquema de imunização da criança, revela a possibilidade de se adotar outras práticas, que apontam para uma ampliação do conceito de saúde. Ainda, esta prática demonstra potência para o afastamento de uma prática fragmentada e, principalmente, mecanizada, ou seja,

mesmo estando fora dos setores da ginecologia e da imunização, se atenta para ações que são fundamentais para prevenir doenças e agravos à saúde e que são ofertadas exclusivamente em serviços de saúde, no caso presente, na UBS.

Atendimentos de Ginecologia e Obstetrícia

Os atendimentos relacionados à ginecologia e obstetrícia eram realizados separadamente dos demais atendimentos de adultos o que marca uma fragmentação no processo de trabalho desta UBS e um AE acompanhava o trabalho do médico ginecologista/obstetra.

As mulheres com consulta médica agendada ou que procuravam atendimento médico sem agendamento prévio passavam na recepção, recebiam a ficha de atendimento no nome do médico ginecologista/obstetra e se direcionavam ao corredor que dá para a porta do consultório médico onde eram realizados os atendimentos de ginecologia e obstetrícia.

Não foi permitido realizarmos observação participante do trabalho do AE que atua na ginecologia e obstetrícia porque os médicos deste setor referiram que tiraríamos a privacidade das usuárias, portanto, apresentamos a seguir um trecho da entrevista com este trabalhador de enfermagem de nível médio em que é descrito o trabalho que é realizado por ele neste setor. A letra E precede as falas do entrevistador e A02 precede as falas do AE entrevistado:

E: E aí, no caso, eu não pude observar aqui, né, por causa da privacidade do paciente. E como que é a rotina aqui, de trabalho?

A02: A rotina? É, paciente chega sete horas da manhã, eu verifico pressão, verifico peso, anoto lá, e faço o papel da citologia, preencho papelada e ponho aqui na mesa pra doutora. Aí, depois que ela viu todas as pastas, aí, eu começo a chamar paciente por paciente, e aí, a doutora conversa, manda trocar. Aí, eu dou a camisola pra paciente, oriento como colocar, aí ela volta, eu posiciono ela na mesa, vou pra trás da mesa de exame. Aí eu vou lubrificar o espécuro, vou passar espátula, gaze, escovinha pra doutora. Dependendo da situação da paciente, que às vezes não colabora muito, ela coleta o material e dá pra mim passar na lâmina pra ela, aí eu ponho o fixador e ponho na caixinha. Aí depois eu desço a paciente, oriento a tirar a roupa direitinho, e a doutora passa o retorno pra ela.

E: Então, ela vem tanto pra coleta quanto pro retorno?

A02: Qualquer, ou de gestante.

E: Tá, é, o pré natal?

A02: É, o pré natal, de gestante. Aí, na gestante, eu tenho uma ficha, que é minha, e que ali consta quando começou o pré natal, ali consta quando foi feita a citologia, o pedido de ultrassom, se houve alguma intercorrência nesses nove meses, se ela, esse mês ela veio, mês que vem ela não veio, eu tenho que ir atrás pra saber por que, o que aconteceu, se ela foi pra convênio, se ela perdeu, se ela teve nenê. Eu tenho que tá a par disso. Eu olho vacina, de tétano principalmente, pra ver se tá em dia. É, faço orientações gerais, né, por exemplo, se a paciente tá engordando muito, aí eu dou uma alertada, olha, tá passando um pouquinho do peso. Vê o que você tá comendo, procura comer mais fruta, mais legume, deixa o docinho

de lado, o refrigerante. Aí, eu só reforço o que a doutora vai falar, entendeu?

E: Entendi.

A02: Mas eu procuro me atentar a isso.

E: Cê tá sempre dentro da sala na hora da consulta?

A02: Sempre dentro da sala.

E: Então, cê acaba participando...

A02: De alguma forma eu acabo participando.

E: Uhum, entendi. Aí, no caso da vacina, se tiver atrasada?

A02: Se tiver atrasada, por exemplo, se ela tiver de, antes das vinte e três semanas eu não posso encaminhá-la pra vacina. Então eu escrevo naquele documento e oriento a paciente, olha, você tá com uma vacina atrasada, com vinte e três semanas cê tem que fazer a de tétano. E aí, com vinte e três semanas, eu vô tá com aquele papel na mão e eu vô tá cobrando ela. Cê fez a vacina? Fiz. Cadê a carteirinha? Aí, eu não trouxe. Cê vai me trazer na próxima porque eu preciso da data.

E: Uhum.

A02: Ou então, eu falo assim, então, cê vai lá na sala de vacina, pede um impresso pras meninas e me traz que eu preciso da data, entendeu, pra poder ter certeza de que elas fizeram. Que elas fogem!

Risos.

E: Ninguém quer levar a picadinha, né?

A02: Elas fogem de qualquer coisa, aquelas lá.

Podemos notar neste depoimento que as ações do AE neste setor são auxiliares do trabalho médico no sentido de viabilizar e agilizar a consulta médica. Não podemos deixar de considerar a preocupação na organização do trabalho desta UBS com as questões éticas ao disponibilizar um trabalhador de enfermagem para acompanhar os atendimentos relacionados à ginecologia e obstetrícia.

Também é relevante apontar a atenção deste trabalhador AE com a situação vacinal e com o aumento de peso excessivo das gestantes e ainda com a continuidade do pré natal quando busca conhecer os motivos da ausência das usuárias à consulta de pré natal.

Estas são ações relevantes para a prevenção de doenças ou agravos e ainda favorecem a continuidade da atenção e poderiam ser ampliadas para os atendimentos de todas as mulheres, independente de serem gestantes potencializando a realização de um trabalho na perspectiva da integralidade da atenção.

A Visita Domiciliar

Na UBS em estudo são realizadas visitas domiciliares por um ou dois trabalhadores de enfermagem de nível médio as sextas-feiras, no período da tarde, dia da semana e horário em que é disponibilizado um carro da Secretaria Municipal de Saúde para transportar os trabalhadores até as casas. Às vezes este veículo não pode ser disponibilizado e as visitas domiciliares não acontecem, sendo que os

trabalhadores AE/TE referiram que não é possível realizar as visitas domiciliares sem o transporte devido à distancia das casas da UBS.

Acompanhamos as visitas domiciliares em apenas uma sexta-feira de tarde e diante da grande complexidade que é inerente a este momento do processo de trabalho nos limitaremos a descrever as ações dos AE/TE sem realizarmos discussões mais profundas.

Passaremos a descrever sucintamente as visitas domiciliares realizadas durante a observação:

- Busca ativa de uma usuária que realizou coleta de sangue na UBS cujo resultado do exame havia chegado e estava bastante alterado;

- Visita para uma usuária acamada para acompanhamento e saber se o cuidador estava precisando de algo;

- Visita para uma senhora com lesões nos membros inferiores e dificuldade para deambular para saber se a família estava precisando de algo, nesta visita foram feitas orientações aos familiares sobre como proceder para pegar medicamentos na UBS que foram prescritos por médico da rede privada de atenção à saúde e a inclusão de mais um membro da família, uma mulher acamada que os trabalhadores AE/TE não conheciam, na lista dos usuários que são visitados pelos AE/TE da UBS em estudo;

- Visita para um usuário acamado para avaliação de lesão, úlcera por pressão, e realização de curativo, ainda nesta visita os medicamentos necessários para a troca do curativo foram entregues para a cuidadora que também recebeu orientação para proceder a mudança de decúbito do senhor acamado para evitar o surgimento de novas lesões e favorecer a cicatrização da lesão em tratamento;

- Entrega de uma carta de convocação para comparecimento à UBS para uma usuária que foi mordida por cachorro e não retornou à unidade de saúde para acompanhamento;

- Duas entregas de encaminhamentos para consulta com médico especialista que estavam agendadas para um dia próximo e não daria tempo da UBS comunicar através de carta.

Ainda, ao passar de carro na frente de uma casa, um dos trabalhadores de enfermagem de nível médio chamou por uma mulher que estava lavando a calçada e pediu para ela comparecer na UBS para dizer como estava, pois não havia retornado para acompanhamento após ser mordida por um cachorro.

Identificamos que a visita domiciliar favorece a autonomia dos trabalhadores AE/TE, no entanto, também exige destes trabalhadores a articulação de recursos de diversas naturezas para lidar com as situações que são sempre imprevistas. Um dos trabalhadores presentes nas visitas referiu que existem reuniões promovidas pelo Serviço de Assistência Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde nas quais são realizadas palestras, no entanto, deixamos aqui registrado a necessidade de criar/fortalecer redes de suporte para os trabalhadores AE/TE que realizam esta atividade como, por exemplo, a participação ativa de trabalhadores de outras categorias profissionais presentes na UBS como enfermeiros, médicos, odontólogos e farmacêuticos.

6.3.3 RETOMANDO OS ELEMENTOS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Tomando os dados das observações que permitiram descrever, em partes, a organização das ações nesta UBS e retomando a concepção dos AE e TE de que a necessidade de saúde dos usuários que procuram por atendimento é enfrentar doenças/problemas de saúde, na perspectiva da concepção biologicista, o objeto de trabalho predominantemente identificado é, coerentemente, o doente com foco em sua queixa.

Passaremos a abordar este elemento do processo de trabalho, considerando que o objeto de trabalho é a matéria prima do trabalho, é intrínseco, inseparável da necessidade e é o algo reconhecido como passível de transformações para se obter o produto.

O trabalhador idealiza o produto de seu trabalho e a forma como este poderá atender uma dada necessidade. Sendo assim, ao reconhecer algo como objeto de seu trabalho, reconhece neste algo potencialidades para atender esta necessidade e, desta forma, opera com recursos para a transformação e produção.

As pessoas que procuram atendimento na UBS são vistas pelos AE e TE como o paciente, o doente, o que traz a concepção de um objeto de trabalho recortado na ideia da doença, no corpo anátomo-fisiológico individual (NEMES, 1996), como na fala do entrevistado a seguir:

A matéria prima seria os pacientes né, os clientes né, que nos procuram em busca de uma melhora né, das enfermidades que eles têm (A01).

Ao explicitar como objeto de trabalho “...os pacientes né, os clientes né...”, vislumbra-se a possibilidade dos trabalhadores recorrerem a instrumentos de trabalho condizentes com as necessidades do ser humano. No entanto, chamamos a atenção que esta perspectiva não é assegurada de forma automática, conforme nos alerta Pereira (2001), que a concepção de homem em que os trabalhadores de saúde se pautam é fundamental para a conformação das práticas de saúde. A autora parte da seguinte premissa:

...assistir as pessoas tem uma relação bastante estreita com a concepção de homem e com o processo de construção histórica do conhecimento, e que estas articulam-se à concepção do processo saúde-doença na conformação do processo de trabalho em saúde, pensamos que o estabelecimento de estratégias alternativas de intervenção na realidade necessita considerar estas dimensões (PEREIRA, 2001. p.15).

No depoimento a seguir, o foco se direciona à doença:

Seria, a doença, o doente, é mais ou menos isso, né. (...) Aqui na unidade de saúde, geralmente é o doente (A11).

A fala acima “é mais ou menos isso...”, nos leva a refletir sobre uma possível incerteza sobre o que é a matéria prima do trabalho na ABS, a doença ou o doente, o que pode ser uma fonte potencializadora para uma discussão e reflexão de cunho filosófico, teórico e prático, sendo estas dimensões uma recomendação para se investir junto aos trabalhadores visando contribuir na conquista de formas inovadoras do processo de trabalho em saúde (CAMPOS, 1994).

Reafirmando que as transformações do processo de trabalho são complexas e que as mudanças necessárias não pertencem exclusivamente a um dos seus componentes e nos afiliando a Campos (1989), quando refere que os trabalhadores de saúde são recursos com característica especial em relação aos outros insumos e atribuindo a estes trabalhadores a capacidade de se constituírem em sujeitos sociais em diversas situações e também a capacidade “de imprimirem a sua perspectiva profissional ou política à prestação de serviços de saúde” (CAMPOS, 1989, p. 48), apostamos que os trabalhadores do nível médio da enfermagem podem vir a se constituir em sujeitos sociais operantes de um processo de saúde mais próximo da perspectiva da integralidade da atenção.

O sujeito que procura o atendimento em serviços de saúde, no modelo predominante de atenção à saúde, não é reconhecido como uma pessoa que está momentaneamente doente. Estar doente se torna condição para procurar pelo serviço de saúde e, neste ciclo, o contexto social e econômico, assim como as dimensões culturais e psicológicas, caem no esquecimento por não serem consideradas enquanto constituintes deste sujeito, distanciando as ações em saúde da perspectiva da integralidade.

Ao reconhecer o doente como objeto de trabalho, as práticas destes trabalhadores se conformam em ações que visam recuperar o corpo doente, fragmentando o homem e focando seus aspectos biológicos.

As observações realizadas na sala de curativos, sala de pré-consulta, sala de pós-consulta e sala de medicação muitas vezes também evidenciaram ser o doente com foco em sua queixa o objeto de trabalho dos AE e TE. As abordagens focavam a história da queixa que justificava a procura pelo serviço de saúde no momento e a busca por sinais e sintomas, as técnicas, procedimentos e orientações realizadas visavam confirmar os sintomas de uma doença ou auxiliar no diagnóstico médico e tratamento.

Sendo predominantemente o doente, com foco em sua queixa, o objeto de trabalho, as ações dos AE e TE ficam restritas em auxiliar o trabalho médico, sendo que este se torna figura central na equipe de saúde, na medida em que cabe a ele o diagnóstico, a solicitação de exames, os encaminhamentos para especialidades e a prescrição de um tratamento.

Podemos ilustrar o que estamos apontando com trechos do registro da observação na sala de pré-consulta no momento em que era realizado o que

denominaram de “acolhimento” nesta UBS, conforme será relatado adiante. O “acolhimento” se trata da presença de um médico na sala de pré-consulta que atende todos os usuários que vão ao serviço de saúde em busca de atendimento para suas queixas, em caráter eventual, ou seja, sem consulta médica ou outros procedimentos marcados. Este “acolhimento” ocorre somente no período da manhã, sendo que apenas uma médica pediatra aceitou assumir esta atividade nesta UBS, atendendo usuários de todas as faixas etárias.

Uma mulher com seu filho procurou por atendimento na sala de pré-consulta, referindo que a criança estava com tosse alérgica e dificuldade para respirar. A AE que acompanhava os atendimentos da médica anotou na ficha de atendimento as queixas referidas pela mãe da criança. A seguir, outra AE presente na sala verificou o peso corporal da criança a pedido da pediatra que prescreveu um medicamento por aerossol e pediu para que a mulher retornasse na sala de pré-consulta quando terminasse o aerossol para que ela pudesse reavaliar a criança.

Em outra situação, uma mulher com dois filhos procurou por atendimento na sala de pré-consulta, referindo que uma das crianças estava com dor de garganta e a outra com dor de ouvido. A AE presente na sala disse que a criança com dor de ouvido tinha esse problema fazia tempo e que esta criança já fazia acompanhamento com “otorrino” e pediu para que a mulher falasse sobre esse acompanhamento para confirmar sua informação à pediatra. A AE e a pediatra se recordaram que a outra criança “não faz acompanhamento na unidade”, sendo que passou muitas vezes por atendimento sem agendamento prévio devido à queixas momentâneas e pontuais com outra pediatra. A pediatra que estava atendendo no acolhimento pediu para que a outra criança fosse encaminhada para a pediatra que a atendeu anteriormente e disse para a mãe das crianças que ela precisava chegar mais cedo na UBS, que agora já era hora dela ir embora e pediu para que mãe esperasse que ela iria passar para outra médica. A outra pediatra da UBS veio até a sala de pré-consulta e informou que iria atender a criança.

Almeida (1991) refere que o atendimento clínico que não tem uma organização tecnológica que permita uma identificação e evolução mais precisa e detalhada da clientela, nem em termos anátomo-funcionais e muito menos sociais, com registros que se limitam à queixa, exame físico, diagnóstico quando possível, e a conduta, sem o estabelecimento de um segmento da atenção aos usuários, caracteriza o modelo assistencial “pronto atendimento”.

“No pronto atendimento quem determina a necessidade de atendimento médico é o cliente, baseado em sinais e sintomas que ele detecta como fora da normalidade” (ALMEIDA, 1991, p. 102).

Concordamos com Almeida (1991, p. 115) que aponta que se o objeto de trabalho central é o paciente - suas queixas, os instrumentos e meios de trabalho serão a consulta médica, os exames laboratoriais, as medicações, e deste modo, a enfermagem é tomada como meio de trabalho médico auxiliando a complementação das consultas médicas, colhendo os exames necessários, fazendo a pré e pós-consulta, decodificando as ordens médicas para os usuários, organizando a infraestrutura necessária e controlando a funcionalidade deste fluxo de ações.

Ainda são reconhecidos como objetos de trabalho os recursos e, dentro destes, as técnicas utilizadas pelos AE e TE no atendimento aos usuários como verificar pressão, repassar conhecimento, medicação, paciência, conhecimento, seringa, agulha, entre outros.

A intensa fragmentação da assistência e a composição de uma prática centrada em procedimentos técnicos que prevalece na formação e conforma historicamente nossas práticas, favorece o afastamento da possibilidade de “enxergar” o ser humano.

Em observação no período da tarde, três AE estavam escalados na pré-consulta conforme relato a seguir:

O AE1 chamou um homem até a sala, verificou seu peso corporal e falou o valor em voz alta para que os outros AE presentes na sala pudessem anotar na ficha de atendimento, solicitou que ele se sentasse ao lado de um divã que fica nesta sala para verificar sua pressão arterial, falou novamente o valor em voz alta, pediu para que ele aguardasse ser chamado novamente fora da sala.

O AE1 chamou duas mulheres para entrar na sala, verificou o peso corporal da primeira mulher e falou o valor em voz alta para anotação na ficha de atendimento pelos outros auxiliares de enfermagem presentes na sala e pediu para ela se sentar ao lado do divã para verificar a pressão arterial. Enquanto a primeira mulher se sentou, o AE1 verificou o peso corporal de uma segunda mulher, que em seguida se dirigiu à porta para sair da sala. Neste momento, o AE1 pediu para ela aguardar para verificar a pressão arterial. O AE1 verificou a pressão arterial da primeira mulher falou para ela que iria buscar os exames que ela havia realizado para colocar no prontuário para a consulta médica. O AE2, que também estava na

sala, verificou a pressão arterial da segunda mulher, falou o valor em voz alta e pediu para que o AE3 anotasse o valor na respectiva ficha de atendimento. Os AE1, AE2 e AE3 conversaram sobre os valores das medições que realizaram e sobre qual das fichas era de qual mulher.

Conforme também foi apontado por Almeida (1991) em seu estudo, esta atividade é realizada de forma rápida, o atendimento é tumultuado, pois se atende mais de um usuário por vez, não existe atenção à unidade de cada pessoa. Diríamos ainda que pode não existir o atendimento à pessoa, sendo possível, em momentos da assistência como este, que a concepção do objeto de trabalho sejam os próprios recursos utilizados, os objetos materiais que estes trabalhadores utilizam para produzir a verificação da pressão arterial ou do peso corporal, seus conhecimentos técnicos e o procedimento técnico em si. Assim sendo, o usuário deixa de ser o ser humano complexo e portador de necessidades conformadas nas relações materiais de sua existência e passa a ser mais um dos fragmentos constituintes do corpo humano biológico, como a rede arterial e o peso corporal.

Neste mesmo movimento, também encontramos a identificação de produtos do trabalho em saúde, o bem estar e a assistência, como objeto de trabalho dos AE e TE, apontando para um embaraço nas concepções e, conseqüentemente, no desenrolar das práticas destes trabalhadores na ABS. Esta afirmação se evidencia nas discussões dos demais elementos constituintes do processo de trabalho.

Ainda, no registro dos depoimentos de alguns trabalhadores, evidencia-se o reconhecimento da pessoa que procura o atendimento na UBS como objeto de trabalho dos AE e TE na ABS. Esta percepção sinaliza para a potencialidade de uma prática de atenção à saúde mais ampliada e quiçá na perspectiva da integralidade.

Se tomarmos o homem enquanto sujeito social como objeto de trabalho, abrimos espaços para o trabalho vivo que se utiliza das tecnologias leves, entre elas as relações de interação, de vínculo, de escuta e intersubjetividade (MISHIMA, 2003) e, desta forma, nos aproximamos do cuidado integral, no qual a complexidade deste homem, objeto de trabalho, será considerada nas práticas de atenção à saúde.

Nos registros das falas dos entrevistados abaixo, destaca-se, como já dito, a possibilidade de uma ampliação do conceito de objeto do trabalho em saúde, saindo do corpo doente para a pessoa que ali se apresenta. Por outro lado, podemos identificar que o objeto do trabalho em saúde para estes AE e TE limita-se àqueles

que procuram por atendimento na unidade de saúde, mantendo o foco em uma atenção individual e pontual e limitando de fato os planejamentos e ações de cunho coletivo, afirmando que só serão objeto do trabalho em saúde as pessoas que forem até o serviço de saúde procurar por atendimento:

Olha, importante é a pessoa que vem aqui procurar a gente, é a mais importante, porque se não vier não tem como, o que a gente vai, vai trabalhar, vai ganhar, né. Mas eu acho assim, o cliente é o principal papel, o papel principal, que vem e procura (A06).

No caso seria o que? As pessoas que procuram atendimento? (A10).

Esta concepção mais ampliada pode ser observada no setor sala de vacina, onde a procura por atendimento não estava relacionada à demanda pela solução de um problema de saúde ou doença. Apesar da grande demanda por atendimentos e outras atividades burocráticas pertinentes a este setor, observamos momentos em que se proporcionou privacidade ao usuário e foram realizadas abordagens para além da vacinação como o aleitamento materno e os cuidados com bebês, por exemplo.

6.3.4 OS INSTRUMENTOS DE TRABALHO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Continuando nosso caminho na caracterização do processo de trabalho dos trabalhadores de nível médio de enfermagem, quando questionamos sobre o que era necessário ter e saber para trabalhar na ABS como AE ou TE e nos respectivos setores em que estavam escalados para trabalhar, estes trabalhadores reconheceram como recursos/instrumentos do trabalho em saúde uma diversidade de elementos que abordaremos de acordo com a (re)conceituação de tecnologia ofertada por Merhy (1997) já abordada no quadro teórico deste trabalho (p. 24).

Os meios/instrumentos de trabalho são as ferramentas, representados pelos conhecimentos utilizados para operar a transformação, e/ou atender as necessidades presentes na sociedade. O trabalhador está aí incluído, com seus saberes, com sua força de trabalho empregada nessa dimensão do processo de transformação, como agente que pode mobilizar transformações (MISHIMA et al., 2003, p. 148).

Nas falas dos entrevistados, foram identificados como recursos/instrumentos de trabalho na UBS, pinças, tesouras, faixas para fazer curativo, equipamentos de proteção individual, estetoscópio, esfigmomanômetro, glicosímetro, suporte de soro, maca, medicamentos, seringa, soro, equipo, bandagens, gaze, pomadas, espéculo, espátula, escovinha para coleta de exame citológico, material de atendimento pelo médico ginecologista para cauterização e colocação de DIU, material para parto, termômetro e os exames realizados pelos usuários. Estes instrumentos e equipamentos utilizados no trabalho em saúde, assim como as normas e a estrutura organizacional dos serviços de saúde referem-se às tecnologias duras.

Os trabalhadores AE e TE apontaram, ainda, que a UBS precisaria ter outros recursos, referentes às tecnologias duras, para além dos recursos citados acima que se encontram disponíveis na unidade, demonstrando preocupação e desejo de melhora em relação à qualidade do que se tem como recurso na assistência à saúde, conforme nas falas abaixo:

Precisaria de uma balança eletrônica, muitos lugares têm e aqui não tem. Não é uma questão de mexe ali não, só que tem uma precisão mais exata entendeu... (A08).

Agora, precisa de materiais de trabalho, boas tesouras, boas pinças, boas faxas, e na prefeitura não tem. Já teve, mas hoje não tem não (A07).

Aquelas placa de hidrocoloide, uma ou outra. Não, não é aquela coisa constante. E pomada nós só temo nebacetim e dexametasona. Tenha dó né. É que Deus cuida mesmo, Deus tem piedade mesmo, e olha que o que eu faço com nebacetim... (A07).

Esses apontamentos sobre a disponibilidade de recursos desta natureza também indicam que estes trabalhadores estão desejando que a atenção produzida na UBS apresente maior resolubilidade, melhorando à qualidade do serviço e evitando encaminhamentos para outros níveis de atenção, como é evidenciado no fragmento da entrevista abaixo:

Tudo que vem pra cá, eu pego. Chamo o médico e falo ó, eu penso assim, cê vai encaminha pra quem, pro espírito santo? Não vai dá, porque ele pode te ajudá, mas ele não vai ta aqui pa fazê. Cê encaminha e fica aquele

paciente rodano e volta. Ele volta. Tô cansada de vê encaminhamento, que chega lá não fazem nada, nada. Volta. Anda coitadinho, aí, a situação piora. Eles vão volta pior do que eles foram. Não adianta nada (A07).

Podemos identificar ainda alguns pontos que são valorizados pelos AE e TE e podemos nos aproximar da concepção de ABS que estes trabalhadores possuem conforme o trecho da entrevista que descreveremos adiante:

Recurso material, olha, recurso material a gente tem, quando a pessoa chega a gente tem um aparelho de pressão mesmo que a gente tem que ter para o acolhimento, um aparelho de glicemia, eu acho que a nível de atenção básica é isso, diferente de uma distrital que a pessoa chega com falta de ar, eu acho que a gente poderia ter um aparelho de saturação, só que eu acho que descaracterizaria uma unidade de atenção básica... (A04).

O depoimento acima nos instiga a refletir acerca do que está por trás desta descaracterização de uma unidade de atenção básica. O que seria necessário ter em uma UBS, no olhar destes trabalhadores? Existem discussões na equipe de saúde sobre os recursos/instrumentos que devem ser utilizados no trabalho nesta UBS? Existem reflexões a respeito dos conceitos, normas, políticas e diretrizes para os serviços de ABS? Seria esta descaracterização uma interpretação da atenção básica em que os recursos disponibilizados devem ser simples?

Para Mendes (2002), uma das correntes interpretativas da atenção primária³ à saúde pode se referir à atenção primária seletiva, sendo que nesta decodificação entende-se que a atenção primária se trata de programas específicos oferecidos às populações e regiões pobres, que disponibiliza de um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, com trabalhadores de baixa qualificação profissional, sem possibilidade de referenciar os usuários para níveis de atenção de maior densidade tecnológica.

Outra interpretação possível é da atenção primária à saúde como nível primário do sistema de serviços de saúde, sendo assim, sua organização e funcionamento devem servir para torná-la porta de entrada do sistema, sendo enfática a sua função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde, orientada de forma a minimizar custos econômicos e satisfazer as demandas da população restritas às ações de primeiro nível (MENDES, 2002).

Pensando nestas correntes interpretativas, acreditamos que os depoimentos dos AE e TE não se identificam com as características da atenção primária seletiva, pois as falas revelam o vislumbre de recursos mais “potentes” para aumentar a

³ Este autor refere que o conceito de atenção básica à saúde é mais encontrado na literatura internacional como atenção primária à saúde e portanto adota esta terminologia. Manteremos nossas citações como no texto original.

resolubilidade da atenção apresentando ainda uma preocupação enfática com a resolução dos problemas de saúde, das doenças dos usuários, sem que estes tenham que sair do nível primário de atenção e, nesse sentido, estes trabalhadores também não são “fiéis” filiados a corrente da atenção primária à saúde como nível primário do sistema de serviços de saúde como podemos refletir partindo dos trechos das falas abaixo:

Ah, tem que tê os equipamentos né, como pra trabalhá é, equipamento, tanto de proteção sua que são (...), é, material pra atende o paciente, que nem aqui nessa unidade, falta muita coisa, tudo bem que não tá (...), mas e se vamos supor, chegá e precisa traçar um eletro, aqui não tem, né. Então acho assim, eu acho o mínimo que a gente pode tê são esses equipamentos pra pode trabalhá (A05).

Material? Olha, pra uma unidade básica, eu acho que a gente tá bem. A gente não tem assim, cê não tem um aparelho pra traçar eletro, né, mas eu acho que a gente tem assim o necessário pra atender uma urgência, tem. (...) Olha, muitas vezes eu acho, assim, é necessário, porque às vezes a pessoa chega aqui com uma (...), uma coisa, o médico avalia que vai ter que ir lá na Cuiabá, e vai ter que voltar aqui. É assim, se tivesse aqui alguém capacitado, eu acho que é bom pra pessoa, pro usuário, né. Porque pra ele que tem que sair, a gente não sai daqui, é ele que tem que sair. Tá certo que chama a ambulância, mas tem que ir embora, tem que voltar, né. É difícil (A06).

Se tivesse sala de gesso, raio x, e eu acho que a planta física do posto daria pra fazer tudo isso, era só tê boa vontade que vai. E botá médico aqui. Às vezes um médico, sobra tudo, não tem condição, mas acontece e eles fazem. Qué vê ó, aqui, o espaço físico é grande. E, dá pra fazê outro posto aqui, sem meche no estacionamento, só pra cá. Daria pra fazê uma sala de eletro, uma sala de gesso, é, um monte de coisa. (...) Boas salas. Era porque desafogaria as UBDS, traria maior benefício para o paciente, e a gente trabalharia melhor né. Com um raio x você ia vê já o que tinha acontecido, se fosse um caso de cirurgia, já mandava pro hospital, mas se na fô, se fô só engessa, aqui seria feito. Botasse um ortopedista, uns técnico de gesso, i o negócio ia bem. Resolveria muitos problemas (A07).

As indicações desses materiais sem dúvida poderiam melhorar a resolubilidade de muitas situações de usuários que demandam esta UBS e, sendo assim, essas indicações poderiam ser objeto de discussão entre os integrantes da equipe local e do nível central de atenção à saúde de modo a problematizar a temática, trazendo também as regulamentações já previstas pelo Ministério da Saúde.

Nesta perspectiva, estamos sinalizando a relevância das regulamentações existentes que estabelecem os recursos de natureza material de urgência e emergência obrigatórios, desejáveis e recomendáveis para a ABS, como a Portaria GM nº 2048, que considera ser fundamental que a ABS se responsabilize pelo acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área

de cobertura ou adstrição de clientela, em que a complexidade seja compatível com este nível de assistência. Portanto, considera-se que é possível uma UBS prestar um atendimento rápido e de qualidade, aplicando o conceito de prontoatendimento, pois o usuário possui prontuário nesta unidade e sua história pregressa e atual são conhecidas pelos trabalhadores (BRASIL, 2006).

Deste modo, ter disponível alguns dos recursos como os citados nos trechos das entrevistas acima poderia proporcionar encaminhamentos mais adequados e seguros aos usuários e também aos trabalhadores. No entanto, a aquisição destes recursos deve se pautar principalmente no monitoramento dos dados epidemiológicos e em dados provenientes do exercício da territorialização em que se evidencie ser indicado o uso destes recursos. Quanto à presença de especialistas na ABS, como citado em um dos trechos das falas acima, o ortopedista, alertamos que precisamos ser cautelosos para não transformar as UBS em serviços especializados, ou seja, precisamos ter cuidado para não mudar o local de atendimento e manter a lógica do processo de trabalho na fragmentação e com ênfase nas especialidades como eixo norteador da organização dos serviços de saúde.

Notamos, no decorrer das entrevistas, que um fator gerador de sofrimentos, medos e conflitos para os trabalhadores AE e TE desta UBS é o acolhimento dos usuários que procuram a unidade de saúde em caráter eventual para solucionar seus problemas. Inclui-se aí dúvidas com relação ao “papel” da UBS em atender ou não esta demanda. Seguem alguns depoimentos que evidenciam esta afirmação:

Assim eu acredito que tenha uma falta de orientação da população, porque têm muitas pessoas que procuram mesmo a atenção básica, outras pessoas procuram aquilo que vai de acordo com aquilo da necessidade dela do momento, tá com um quadro agudo acha que a unidade básica tem que dá conta, mas na verdade a unidade básica é mais de rotina, de dá seguimento, uma coisa da qualidade, então as pessoas na verdade elas procuram, têm procurado a parte da atenção, mas também têm misturado bastante as coisas (A04).

Eu acho que ali a gente mais ouve né, porque, geralmente as pessoas chegam, então assim, que nem na pré, eles já chegam com os problemas e eles qué a solução num é? Nem sempre a gente pode resolver né, o problema, então a gente tem que sabe conversá, explicá pro paciente, porque às vezes ele qué uma consulta aquela hora e você num tem como oferecê aquilo né, porque não é todo médico que aceita encaxe, é difícil, você fica entre a cruz e a espada. (...). Orientá, vê o que a gente pode resolvê, pode tá marcano, se não, encaminha pra Cuiabá, vê se eles vão atendê ou não, é difícil né, pro paciente, mas se chega aqui e o médico tá sobrecarregado, como que faz, num é os médico que eles xinga, eles xinga a gente (A10).

Ah, esse negócio de triagem a gente não aprende lá não, isso cê vai aprender aqui, fazendo no dia a dia, porque no curso eles não dão esse negócio de triage não, paciente chega lá com problema e você vai vê se vai marca, se vai encaxa, se vai, lá eles num ensina isso, pra mim num ensinar (A10).

Como podemos ver nos depoimentos acima, uma questão apontada pelos trabalhadores de nível médio de enfermagem é o sentimento de despreparo para atuar nas situações onde o usuário procura atendimento em caráter eventual, apresenta suas queixas e não possui consulta médica agendada, no último depoimento o AE refere que em seu curso de formação para AE não foi abordada a priorização dos atendimentos aos usuários conforme o grau de urgência que demanda as situações apresentadas.

Pereira (2001) traz que através da prática assistencial na rede básica foi possível identificar que a triagem é compreendida como uma atividade para dar encaminhamento à clientela excedente, sendo executada pelas enfermeiras que selecionavam os usuários que necessitavam de atendimento imediato e encaixavam os para consulta médica, ainda, encaminhava os usuários que tinham condições para outros serviços de saúde ou agendava consulta médica para outro dia ou outro período na mesma unidade.

Concordamos com Pereira (2001) que a triagem, por ser uma atividade exercida pela necessidade de dar vazão à demanda reprimida para atendimento médico, torna-se foco de conflitos e tensões entre os trabalhadores do serviço de saúde e entre estes e os usuários. Nesta perspectiva trazemos o fragmento de uma entrevista que também sinaliza o que apontamos acima e ainda evidencia a necessidade do cuidado com o cuidador, o trabalhador de saúde que vivencia no seu dia a dia os conflitos inerentes ao processo de trabalho que vivencia e sofre por não ter suas expectativas e seus desejos acolhidos:

Olha, é, apesar de ter muita experiência, assim, ao longo dos anos que eu trabalho na área da enfermagem, eu acho que a gente precisaria de um preparo, até psicológico, de vez em quando dar uma assistência psicológica. Porque é uma área, é um lugar que cansa demais a cabeça, porque todo mundo chega com um problema ali e quer que você resolva, e aí chega num ponto, que você depende de um médico, né, depende de outro profissional que não seja você, você não consegue ter acesso, você não consegue resolver o problema, e fica aquela pressão em cima de você. O paciente de um lado, querendo resolver, e o médico do outro lado também não tendo condições de resolver e você fica no meio. Então, tem hora, é, eu até saí um pouco lá da pré por conta disso, porque chegou uma hora que eu tava tão cansada, que até pra atender o telefone eu tava com dificuldade. Até pra escrever eu tava com dificuldade, de tão cansada que eu tava. Então, eu acho que precisaria assim de um, de um apoio fora da enfer... fora do horário de trabalho, entendeu? (A02).

Cabe aqui ressaltar que:

Não estão o Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem competentes em Lei para realizar consultas de enfermagem, triagem clínica, prescrição terapêutica, decidir níveis de intervenção ou dispensar clientes/pacientes sem o necessário atendimento terapêutico, cabendo-lhes executar a prescrição de Enfermagem e realizar a anotação de Enfermagem (COREN-SP, 2009).

Então, considerando não estar previsto na lei do exercício profissional de enfermagem a prática de triagem pelos trabalhadores de enfermagem de nível médio e retomando o fragmento da entrevista em que A10 refere não ter aprendido no seu curso de formação para AE/TE realizar triagem, refletimos acerca da formação destes trabalhadores, pois nos parece que nos cursos de formação não foi citada a possibilidade de um trabalhador AE ou TE, em sua prática, se deparar com o atendimento de usuários com queixas que não tenham atendimento médico previsto e, ainda, que não há discussões sobre as regulamentações das ações em enfermagem. Esta situação também pode apontar para o distanciamento da formação destes trabalhadores com os serviços de ABS, pois o processo de trabalho nos hospitais para o qual predominantemente é voltada a formação exige um conjunto de tecnologias que diferem da ABS. O trecho da entrevista abaixo ilustra nossos apontamentos:

...depois que a pessoa entra na saúde pública, que é completamente diferente né, do hospital né, acho que só tempo mesmo, a experiência da pessoa... (A01).

As situações em que os trabalhadores AE e TE atendem os usuários que procuram por atendimento médico com queixas, sem estar previamente agendado e que muitas vezes conformam uma demanda que não será atendida, uma demanda reprimida, ocorrem no setor sala de pré consulta, para onde estes usuários são encaminhados após passar pela recepção. Portanto, o trabalho neste setor e, mais especificamente, as ações relacionadas aos encaminhamentos referentes aos usuários que procuram o serviço sem agendamento prévio, se constitui em um fator gerador de sofrimento, que imputa dificuldades para a realização de ações na perspectiva da integralidade da atenção.

Consideramos que o atendimento ao usuário com queixa e sem agendamento de consulta médica merece discussões e estudos com aprofundamento envolvendo os trabalhadores das diferentes categorias que atuam na UBS em estudo.

Tem sido foco de atenção os investimentos em ações, sobretudo com as políticas de humanização na saúde, como o acolhimento, que tem como objetivo

expandir as possibilidades de acesso a todos aqueles que procuram a unidade de saúde, fortalecer os valores éticos e técnicos dos profissionais da saúde e melhorar as condições de trabalho nos serviços de saúde. Estamos tomando acolhimento “como um conjunto de ações gerenciais, administrativas e técnico- profissionais previstas nas políticas públicas de saúde com o objetivo de garantir o melhor acesso e a melhor resposta às necessidades de saúde identificadas nos domicílios, nos logradouros públicos ou nos diferentes componentes da rede assistencial” (em fase de elaboração)⁴.

Estes autores propõem que nos serviços de ABS seja realizado o acolhimento para os usuários que buscam por consulta individual sem atendimento agendado e lançam um fluxograma para apoiar as equipes no processo de trabalho, que orienta o atendimento a partir de uma escuta ampliada das necessidades dos usuários, considerando as singularidades das demandas de cada sujeito sendo que, nesta interação, podem emergir um conjunto de necessidades que devem ser identificadas e classificadas pelos trabalhadores segundo riscos e vulnerabilidade sendo que esta classificação de riscos é estabelecida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) e por protocolos clínicos de regulação elaborados para os agravos mais importantes observados na rede assistencial. Deste modo, pode-se alcançar a resolução do problema apresentado através da disposição de recursos que possam estar disponíveis na própria unidade, em outros níveis de complexidade de atenção na saúde ou ainda em equipamentos sociais de outros setores⁴.

Ainda nesta perspectiva, identificamos que existem conflitos e insegurança quanto ao atendimento de urgências e emergências inclusive na definição do que seria uma situação de urgência como constatamos no trecho da entrevista abaixo:

Eu não sei explicar, mas precisava ser feito um trabalho com a gente pra clarear algumas dúvidas, quando a gente tá lá, porque a gente tem medo de errar, né? Porque, de repente, você olha pro paciente e acha que não tem nada, ele vira as cosas e cai duro. Então eu acho que a gente precisaria, assim, um pouquinho mais preparada pra ficar lá. (...). Porque só experiência, às vezes, põe a gente um pouco em dúvida. Eu acho que falta reciclagem. Às vezes falta reciclagem mesmo, de coisas, assim, de, é, até um curso que possa colocar a gente um pouco mais a par de urgência e emergência, de pronto atendimento. (...). Pra você saber o que é realmente urgência, o que não é. E a prefeitura, o próprio trabalho, dá condições de você colocar em prática. Porque, que nem, é, eu sei que um paciente não precisa ser atendido agora, mas se eu mandar o paciente e agendar, e ele for em algum outro lugar, ele vai ser atendido. Ele vai passar por cima de

⁴ SILVA et al. O acolhimento na saúde com avaliação de risco, necessidades e vulnerabilidades. A ser encaminhado para publicação, 2010.

mim, entendeu? Então eles, é, me colocam lá acreditando que eu tenha condições de, tenha a capacidade de julgar, só que, assim que o paciente não concorda, eu tenho que voltar atrás no meu julgamento, e atender a ele, precisando ou não (A02).

Na Portaria GM nº 2048, é reconhecido que a formação dos trabalhadores oferecida até o momento é insuficiente para o enfrentamento de urgências e, sendo assim, é comum os trabalhadores, ao se depararem com uma urgência, encaminharem rapidamente os usuários para um nível de maior densidade tecnológica de atenção sem antes realizar uma avaliação e estabilização do quadro, por insegurança ou desconhecimento de como proceder. Deste modo, considera-se essencial que os trabalhadores sejam qualificados para este enfrentamento se quisermos imprimir efetividade em suas ações (BRASIL, 2006).

Cabe aqui apontar que a UBS em estudo possui o espaço, os equipamentos e materiais e medicamentos descritos como obrigatórios para o primeiro atendimento/estabilização de urgências (BRASIL, 2006, p. 69) que possam ocorrer dentro da unidade, ou que possam ser levadas até a unidade, ou que ocorram próximas à unidade de saúde, até que seja encaminhada ou transferida para uma unidade de maior densidade tecnológica se necessário e isto foi reconhecido por um dos trabalhadores de enfermagem de nível médio conforme o depoimento abaixo:

Dos recursos? Ah, eu acho que tá, eu acho que a gente é equipado pra atender assim as necessidades que vem aqui, que é corte, um corte mais profundo, uma parada. A gente tá preparado, né, pra isso. A gente tem suporte pra isso, numa parada a gente já liga pro SAMU, é rápido (A06).

Observamos ainda, neste depoimento, que este serviço de ABS e a estrutura municipal para atendimento de urgências e emergências estão no caminho indicado como ABS enquanto porta de entrada para o sistema, ofertando os recursos necessários para os primeiros atendimentos e suporte para o encaminhamento dos usuários quando necessário a um serviço de maior densidade tecnológica, o que pode ser identificado no momento em A06 refere que há prontidão no atendimento diante da solicitação pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, o SAMU.

A rede de atenção básica à saúde de Ribeirão Preto também conta com as Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) que funcionam 24 horas por dia no atendimento de urgências e emergências que dispõem de maior densidade tecnológica sendo que, há uma UBDS de referência para cada Distrito da Saúde conforme divisão organizacional dos serviços de saúde já explicitada anteriormente. A UBDS referente a esta unidade de saúde é chamada muitas vezes pelos sujeitos

da pesquisa nos relatos das entrevistas como Cuiabá, e encontra-se a aproximadamente 04 Km de distância desta UBS.

Em 26 de maio de 2009 foi implantado na prefeitura de Ribeirão Preto um sistema de transporte gratuito que dispunha de cinco micro-ônibus, um para cada Distrito da Saúde, que circulavam passando por todas as unidades básicas de saúde e pela respectiva UBDS de referência transportando os usuários das UBS que necessitassem de avaliações ou exames que não estivessem disponíveis na UBS. Estes micro-ônibus transportavam apenas os usuários com encaminhamento médico e em condições clinicamente estáveis, para as demais situações continuavam sendo utilizadas as ambulâncias ou SAMU e o horário de funcionamento era de segunda a sexta-feira das sete às dezessete horas.

Na UBS em estudo observamos o atendimento de uma usuária que levou sua filha para atendimento de caráter eventual pela pediatra no “acolhimento” e a médica solicitou que esta mulher levasse sua filha para realizar raio-x na UBDS de referência no entanto, esta mulher não possuía veículo próprio, não conhecia alguém que poderia se disponibilizar à levá-la com a criança na UBDS por ter se mudado recentemente para Ribeirão Preto e relatou ainda não ter condições financeiras de pagar o transporte coletivo ou alimentação enquanto aguardaria pelo atendimento na UBDS. Sendo assim, a pediatra a encaminhou para ser transportada pelo micro-ônibus até a UBDS e ofereceu dinheiro próprio para que ela pudesse se alimentar e alimentar a criança enquanto aguardavam pelo atendimento e enquanto aguardavam que o micro-ônibus passasse novamente para que elas retornassem à UBS com o exame para reavaliação pela pediatra que estivesse na UBS. Ainda, um trabalhador AE telefonou para sua residência e solicitou que seu irmão levasse até a UBS alguns pacotes de bolachas para que ela pudesse oferecer para a mulher e sua filha e assim procedeu.

É relevante aqui apontar que mais uma vez estes trabalhadores se sensibilizaram com a situação apresentada, no entanto, os recursos encontrados para atender as necessidades desta usuária novamente foram de natureza assistencialista.

No relato a seguir, identificamos também que a utilização deste micro-ônibus, chamado de Leva e Traz, pode ser vista como forma de transferir para a UBDS o atendimento que não é realizado pela UBS por falta de agenda médica ou ausência do profissional médico da UBS para o atendimento do usuário:

Olha, quando o paciente tá precisando mesmo, você tem que volta no médico tenta convencê-lo de toda maneira que o paciente precisa de consulta mesmo, agora, quando não tem jeito mesmo, que o paciente não tem condições de ir lá na Cuiabá, você procura pedir pra ele volta no outro dia de manhã mas, na maioria das vezes o médico resolve sim, e lá tem também o Leva e Traz, pra você ver, se você pega a planilha do Leva e Traz que é o motorista que passa, você conhece, se você pega a planilha dele você vê que não tem paciente que a gente manda pra lá, desde a implantação dele se tiver dez pacientes é muito, já faz um ano que tem, realmente não tô mentindo, se você tiver curiosidade e tiver ao seu alcance pega a planilha, a gente não manda, resolve tudo aqui, mas sempre alguém vai te xingar, ou pelo atraso do médico, entendeu, o médico tá atrasado, ou porque o médico não quer atender, ali você faz tudo, você verifica a pressão, se tiver febre você põe o termômetro, você pega toda a história dele entendeu, não sei se é verdade toda a história dele, porque muitas vezes, dentro da sala do médico a história é outra, você tem que acreditá no que eles falam né, tem pessoas que mentem pra gente, que quer só uma receita de fluoxetina, a medicação dela acabou e ela não quer marcar consulta, daí fala que tá com dor de cabeça, dor não sei na onde e chega lá dentro e o médico chama nós e fala, olha não é essa a queixa não, ou às vezes é uma queixa de dois meses, quatro meses e ele fala pra gente, falou que começou dois dias, mas a nossa parte nós fizemos né (A08).

Não temos aqui a pretensão de discutir as implicações da disponibilização deste recurso, mas consideramos relevante apontar que este recurso foi disponibilizado, no entanto este pode ser utilizado com diferentes objetivos e a situação de dificuldade de deslocamento pode ter outras formas de ser resolvida. Em reunião do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, realizada em 06 de maio de 2010, a disponibilização deste recurso foi suspensa.

Ainda, na fala acima, podemos identificar novamente dificuldades com relação ao atendimento de caráter eventual em que há conflitos entre o trabalhador de nível médio de enfermagem e o usuário e entre trabalhador de nível médio de enfermagem e o médico. Também nos chama a atenção o trecho “Olha, quando o paciente tá precisando mesmo, você tem que volta no médico tenta convencê-lo de toda maneira que o paciente precisa de consulta mesmo” (A08), em que fica evidente que nem sempre a demanda trazida pelos AE/TE com o que eles estabelecem ser prioridade no atendimento dos usuários é acolhida pelos médicos, como podemos ver novamente no fragmento da entrevista abaixo:

Tirando, às vezes, até a vaga de um que eu sei, tenho consciência de que vai precisar muito mais. Eu acho que falta reciclagem, tá parando pra conversar com profissionais mais, né, acima da gente, pra tá conversando, pra ver o que é possível, como observar determinadas coisas, pra gente poder ter condições de... (...). Médicos, enfermeiros que trabalham com pronto atendimento. Entendeu? Pra gente saber lidar com as coisas que chegam lá na porta da pré. Porque, às vezes, chega problema na porta da pré que você não sabe o que fazer. E não adianta só você pressionar o médico. Cê tem que saber até como chegar no médico. Às vezes você chega no médico de um jeito, ele acaba não dando atenção, ou não

valorizando o que você tá falando, e eu acho que tudo é falta de formação mesmo. (...). Pura falta de formação (A02).

Ocorre-nos ainda que, além do despreparo dos trabalhadores para atender as demandas de caráter eventual, existe dificuldade diante da definição da grande população de abrangência à que atende esta unidade de saúde, constituída por 15.628 habitantes. Sendo assim, os trabalhadores conhecem os usuários que procuram atendimento na UBS e atendem as demandas por assistência domiciliar quando assim é solicitado por serviços da SMS ou pelos próprios usuários. No entanto, é difícil dizer que os trabalhadores conhecem a população pela qual são responsáveis. Deste modo, o grande número de usuários que procuram por atendimento em caráter eventual com doenças ou problemas de saúde que poderiam ser resolvidos na atenção básica à saúde, somada a descontinuidade da atenção dentro do sistema e serviço de saúde, afeta a qualidade e a resolubilidade dos atendimentos prestados a estas demandas nesta UBS sempre havendo uma demanda reprimida pela ausência do profissional médico da UBS ou falta de vagas na agenda médica.

Em relato da entrevista abaixo podemos ver elementos que foram identificados por um trabalhador de nível médio de enfermagem como recursos que trouxeram alívio no cotidiano do trabalho:

Mas melhorou, era pior, tipo uns dois, três anos pra cá melhorou. (...). Uma que a Doutora de manhã fica com a gente no acolhimento, faz algumas coisas que não demanda consulta, daí alivia a carga e outra coisa que o pessoal aprendeu a agendar consulta. (...) Tem agendado mais, sei lá, assim a dificuldade do médico fornecê atestado melhorou bastante também (A08).

Nesta fala, a consulta em caráter de prontoatendimento é vista como um recurso para atender as demandas de caráter eventual por consulta médica, diminuindo a procura por atendimento médico. No entanto, este atendimento nem sempre é feito pelo médico que acompanha o usuário e nem sempre seu prontuário é solicitado e consultado, correndo-se assim o risco de não termos ações efetivas.

Outro aspecto abordado é a mudança do comportamento do usuário que “aprendeu a agendar consulta” (A08). Fica aqui para reflexão se esta mudança é decorrente de melhorias no acesso à atenção à saúde diminuindo a necessidade de atendimentos de caráter eventual ou uma “saída” para a população que conhece as dificuldades em conseguir atendimento em caráter eventual.

Vale destacar ainda que a consulta em caráter de prontoatendimento na maioria das situações está centrada fundamentalmente na queixa com ênfase na fundamentação biologicista, sendo assim, a escuta não se abre para outras necessidades que possam estar levando o usuário a procurar o serviço de saúde e a “resolução” ou mesmo a minimização da necessidade estar em outro saber que não o biológico ou mesmo em outro serviço que não propriamente da saúde.

O artigo intitulado Programa Saúde da Família (BRASIL, 2000), afirma que diversos estudos apontam que as UBS funcionando de forma oportuna e humanizada são capazes de resolver com qualidade cerca de 85% dos problemas de saúde da população. Para tanto, devemos tomar a ABS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde e esta concepção traz para a ABS a apropriação, a recombinação, a reorganização e reordenação de todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades da população, incluindo suas demandas e representações, e isto implica na articulação da ABS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, ou seja, como uma estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde (MENDES, 2002).

Nesta perspectiva, pensando inclusive na integralidade do sistema de saúde, teriam que ser vistos como instrumentos da ABS recursos capazes de complementar a assistência prestada na UBS como, por exemplo, os demais níveis de atenção à saúde como os ambulatorios de especialidades e os hospitais, os serviços prestados por outras secretarias municipais como a assistência social, educação, cultura, esportes e transportes, os meios disponíveis na comunidade como oficinas de artesanatos, associações de bairro, entre outros.

Estes recursos se enquadram nas tecnologias leve duras, que são “saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo, o saber de enfermagem e outros saberes da saúde” (MISHIMA et al., 2003, p. 151). Dentre alguns recursos já citados acima, nas falas dos AE e TE estes identificaram o uso de tecnologias leve duras em suas práticas na ABS, conforme conferimos nas falas que seguem:

Bom, pra começar, eu tenho que ter uma profissão, uma qualificação profissional, pra enfim, pra ter condições de ajudar o paciente que vem procurar a ajuda, a assistência. Então, ele tem que ter formação, né? Ele tem que ter reciclagens, porque com o passar dos anos as coisas mudam... (A02).

Saber realizar todas as técnicas de aplicação, eles falam que é uma coisa banal, mas não é, uma aplicação ela pode causar problemas. Eu acho (...)

que os cursos também, a gente, também são muito importantes, muito importantes pra você poder dar sua orientação para o paciente... (A03).

Olha, como na atenção básica ela é assim, a gente precisa sabe, primeiro que a gente precisa ter muito incentivo, então vamos voltar naquela parte da atualização, todo profissional tem que se atualizar, ainda mais nós na área da saúde, porque é uma coisa séria lidar com vidas, com pessoas, então isso daí muda a todo momento, novas drogas surgem... (A04).

Né, e o conhecimento, conhecê a anatomia do corpo humano, pra você sabê o que você tá fazendo, conhecê em relação a medicação também, que, não é porque o médico mando você fazê que você vai simplesmente chega e fazê. O médico ele também erra, então ele pode prescrevê alguma coisa, você não tem conhecimento nenhum de medicação, você vai lá e faz, quem vai respondê vai se você, você que fez (A05).

A gente não, assim, e tem, tem que ter o conhecimento, né, pelo menos, assim, das doenças que tem uma, as doenças sexualmente transmissível, a hipertensão, a diabetes, todas as doenças que você trabalha, tem que ter o conhecimento, sabe, saber alguma coisa, pra você poder orientar, né. E ter a técnica, saber como você vai preparar tal medicação, como cê vai fazer aquilo, aquele curativo, como, tudo cê tem que ter técnica. Tem que ter formação... (A06).

Então, acho que aí é que entra os cursos né de informação, de reciclagem, porque muda muita coisa, eu acho que é isso, os cursos que tinha que tê, que eu acho que a prefeitura tinha que tê mais cursos né, pra todo mundo, pra todo mundo (A10).

Nas falas acima, os trabalhadores de nível médio de enfermagem identificaram a necessidade de ter formação para trabalhar na saúde, de ter conhecimento técnico e científico, de realizar cursos e atualizações. Todas as falas apontam para a obtenção de um conhecimento voltado para aquilo que é relacionado ao corpo, às doenças, aos procedimentos, convergindo com os elementos do processo de trabalho que já foram abordados até o momento.

Nesta mesma perspectiva, do cuidado voltado ao corpo doente, quando questionados sobre seus cursos de formação para AE ou TE, estes trabalhadores apontaram de forma predominante considerar que seus cursos foram satisfatórios na formação para atuarem na ABS conforme conferimos a seguir:

É, na, no curso fala muito sobre, tem matéria de saúde pública, eu acredito que não assim, o lugar onde fiz o curso né, é um lugar assim, muito bom, eu acredito que não, mais eu acho que é mais experiência né, depois que a pessoa entra na saúde pública, que é completamente diferente né, do hospital né, acho que só tempo mesmo, a experiência da pessoa, a boa vontade né (A01).

Não, não, eu não acho, eu só aprimorei a sensibilidade e a visão com a experiência, mas eu acho que na minha formação eu tive o suficiente exigido pra isso, se eu fosse uma doutora, uma enfermeira, eu teria mais informação, dentro da minha proposta de trabalho eu acho que foi uma formação muito boa (A09).

Ainda neste caminho também encontramos relatos de trabalhadores de nível médio de enfermagem que referiram algumas deficiências em seus cursos de formação como nos fragmentos das falas abaixo:

Tudo que eu vi assim, claro que, não é esse caso, vamos supor, se eu tivesse na vacina como eu fiquei né, um longo período, no curso a gente não vê vacina tão é, a fundo, né, então, se eu tivesse na vacina, acho que faltaria isso, mais informação em relação à vacina. Mas na medicação, a parte de administração, assim não, o curso é muito bom (A05).

Muita coisa, teste, por exemplo, de sensibilidade isso não foi abordado no curso, algumas outras coisas que a gente pega no cotidiano. (...). Algumas malícias na verdade, não na parte técnica. (...). A pessoa, por exemplo, quando tem uma síncope, abaixar a cabeça da pessoa, para a pessoa respirar melhor (A04).

Um fragmento de uma entrevista trouxe um relato que divergiu do que foi predominantemente identificado como o que é necessário saber para atuar na ABS conforme podemos conferir abaixo:

Aham, eu penso assim, os recursos né? Os recursos é primeiramente, (...) eu acho assim, é sabe, os direitos e deveres de todos os pacientes também, isso daí é importante, né, então ele tem direito né a certos, a certas coisas, que nem ao bom atendimento né, ao bom tratamento né, então eu acho que o princípio básico seria, seria isso né, e a gente aqui no posto a gente tem é, é, bons recursos né, graças a Deus eu vejo que a, a saúde pública aqui em Ribeirão tem vários recursos, bons profissionais né, é material pra trabalhar né, então... (...). Eu vejo que tem assim, em comparação a outros lugares que cê vê que não tem quase nada né, então eu, eu, vejo que tem sim (...), o que precisa então muitas das vezes é aquela boa vontade né, é o que eu te falei, saber dos direitos né, e deveres né, nossos também né, e dos pacientes então, ter um bom atendimento né, um bom acolhimento né, eu acho que aí depois, a partir daí tudo é bem melhor, eu vejo assim (A01).

Nas falas que seguem abaixo, foram identificados ainda nas tecnologias leve duras como recursos utilizados no trabalho dos AE e TE o amparo da vigilância sanitária, os trabalhadores de outras categorias profissionais que atuam na UBS como o médico e a enfermeira e a equipe do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD):

Sabe, assim, o conhecimento né, (...) das vacinas né, a gente tem acesso aos nossos manuais tal né, é assim, treinamento né, a gente tem o amparo da vigilância né, qualquer dúvida né... (A01).

É uma sequência de coisas que precisa ter, eu dependo do trabalho de alguém pra chega no meu, e alguém precisa do meu pra chega, igual pra chega no médico o paciente tem que passar pela recepção, depois pra gente, depois pro médico, depois ele volta pra gente, ele volta pra recepção de novo, nesse caminhar você tem que ir observando as necessidades dele, às vezes ele não pode fazer todas estas escalas porque às vezes ele tem que ir direto pro médico, ele tem que ir pra um outro tipo de atendimento, um curativo, uma vacina e você tem que sabe tudo isso pra poder tá oferecendo o mais adequado, não sei se eu consegui explicar (A09).

Se for o caso de um curativo, você sabê a sua técnica né, vê o material que você tá usando naquele curativo. Se tivé dúvida, tá perguntando pro médico ou pra enfermeira né, responsável no plantão. É isso (A11).

A gente procura que a pessoa venha sempre né, com a cartinha na mão. Uma orientação médica né, e a gente vai fazê, vai através daquilo né. Se a gente tem dúvida a gente tá chamando uma enfermeira, ou a equipe do SAD que fica no distrito né, se a gente tive alguma dúvida a gente tá chamando eles pra tá acompanhando a gente né, se a dúvida for maior a gente tá pedindo pra trazer ao posto de saúde ou a unidade mais próxima né, pedi uma avaliação médica e é isso (A11).

Quando questionamos os trabalhadores AE e TE durante as entrevistas sobre quais recursos eles teriam disponíveis na UBS para atender os usuários que estivessem desempregados ou sem moradia, foram citados a assistente social e Organizações Não Governamentais (ONG). No entanto, estes não são considerados como um recurso dos serviços da ABS, mas são vistos como algo externo à UBS, como podemos identificar nas falas que seguem:

Quando é problema social, assim, tá passando fome, num tá conseguindo por alimentação dentro de casa, não é assim um recurso que a gente tenha, mas a gente encaminha pra assistente social. A gente sabe que existe o serviço e a gente tenta orientar a pessoa a procurar esse tipo de recurso (A02).

...pra pessoa que tá desempregada, sem casa, olha, eu como auxiliar de enfermagem, às vezes a pessoa conversa muito com a gente, a gente até fala, mas porque cê não procura, ou vai numa ONG, ou vai numa assistente social vê, né, pega o leite pro filho, né. A gente orienta dessa forma (A06).

O acionamento destes recursos que se localizam fora do espaço da UBS, além de externos ao trabalho dos AE e TE deste serviço de saúde, também são carregados de um caráter pontual e voluntário. Dito de outra forma, estes recursos não são considerados tecnologias do processo de trabalho do AE e TE na ABS, se configuram como algo pessoalizado e, assim, se for de conhecimento do trabalhador e ele se lembrar, ele indica, recomenda, aciona os recursos, mas estes não se encontram apropriados junto às demais tecnologias de trabalho. Essa declaração pode ser referendada pelo trecho da entrevista abaixo, em que a letra E precede as falas do entrevistador e A08 as falas do entrevistado:

E: E os casos de desemprego tem recursos na assistência social?

A08: Esse a gente não encaminha não, mas também só se queixa, a maioria das pessoas não tem escolaridade.

E: Aqui na comunidade tem algum curso de sábado e domingo desses profissionalizantes para as pessoas?

A08: Aqui no bairro tem o SESI aqui né, mas é mais pra adolescente, de vez em quando a gente vê uns cartazes de cursos gratuitos assim.

E: Vocês costuma recomendar para os usuários?

A08: Não, eu acho que isso aí passa meio batido.

Um dos trabalhadores de nível médio de enfermagem, quando questionado sobre os recursos disponíveis na UBS para assistir pessoas que estivessem passando por uma separação, pelo fim de um relacionamento, embora tenha continuado a considerar tais recursos como externos ao trabalho na UBS, identificou outros elementos para além dos recursos citados acima, como podemos conferir no trecho de sua fala:

E às vezes, a gente, ó, tem aqui no centro do bairro, aqui no centro comunitário, tem crochê, tem tricô, os homens, tem coisas lá pra arrumar, tenta se envolver com esse tipo de trabalho pra você pensar em outras coisas, pra você tá podendo se animar. Ou então, tem os bailes. A gente tenta passar esse tipo de orientação, porque efetivamente a gente não tem muito o que fazer. Mas a gente tenta ajudar da melhor forma possível, e é só na conversa (A02).

Esta transcrição da fala do trabalhador nos sinaliza uma ampliação do conceito de homem, de saúde e, ainda, podemos identificar a valorização de mais um recurso que vem sendo reconhecido e utilizado pelos trabalhadores AE e TE, a conversa.

A conversa encontra-se nas tecnologias leves assim como as relações de vínculo e de escuta, sendo que estas se dão no trabalho vivo em ato.

...na utilização de tecnologias leves, os recursos tornam-se inesgotáveis, pois assim a organização do trabalho fica centrada no trabalho vivo que possibilita a produção de compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar a relação trabalhadores de saúde/usuários. Atender nessa perspectiva pode favorecer a criatividade no momento do encontro trabalhador/usuário que sempre é singular (MISHIMA et al., 2003, p. 151).

Concordamos com Pereira (2001) que entre as tecnologias duras, leve duras e leves não há hierarquização de valor e que, a depender da situação, todas serão importantes. Porém, não se deve esquecer que em todas as situações as tecnologias leves precisam ser operadas e acrescentamos que esta condição de articulação das tecnologias é essencial para caminharmos em um processo de trabalho que busque construir práticas e produção em saúde comprometidas com a integralidade da atenção.

Assim sendo, as tecnologias leves, quando foram citadas enquanto diálogo, se trataram de instrumentos, ferramentas, meios utilizados em diversos momentos do trabalho dos AE e TE como conversar para conhecer melhor o usuário a quem se está atendendo na pré-consulta, possibilitando reconhecer suas particularidades, sua individualidade, suas necessidades, e ainda na visita domiciliar escutar, ouvir,

falar também foram instrumentos valorizados, conforme podemos conferir nos fragmentos das entrevistas abaixo:

Ai, envolve tudo isso aí, é te conhecimento, é sabe conversa também principalmente né, tem que pensá dentro do pessoal do paciente, e do jeito que você fala. (...) se o paciente vem te perguntá alguma coisa e você dá uma má resposta, o paciente vai se sentir ofendido, fala, poxa vida, eu vim aqui procura uma atenção, procura alguém que possa me informa e a pessoa me trata dessa maneira. Eu acho que a gente tem que sabe dialogá também. (...). E também pra sabê o tipo de paciente que a gente tá atendendo porque nenhum paciente é igual ao outro. Um paciente às vezes precisa mais de atenção, precisa mais de carinho, um outro paciente precisa que você dê uma chamada de atenção nele. Que nem, vamo supor, paciente que é diabético, tem pressão alta, às vezes você não pode fica passando a mão na cabeça, tem que dá um chega pra lá, fala com ele, pra ele acorda, vê que se ele não toma certas atitudes, quem tem a perde com isso é só ele. Então você tem que conhece também o paciente que você trabalha. E, acho que é isso (A05).

...às vezes a pessoa chega a gente tem que, às vezes numa conversa que a gente tem com a pessoa a gente consegue descobrir muita coisa que a pessoa tá necessitando, tá buscando no posto, pra gente poder produzir, passá aquilo que a pessoa tá passando mesmo (A04).

Sabe ouvir, sabe falar, saber conversar com as pessoas, né. Sabe ouvi a queixa, né. (...). A maior parte eu fico no curativo e visita domiciliar que é o que eu mais gosto de fazê é as visita. (...). É só vê como é, como chega numa casa, como entra, né. Aí se depara com uma situação assim difícil né, e então, você tem que sabe entra e sabe olha, escuta, ouvir, né. Saber o que falar, né. Então, tudo isso (A11).

Ao encontrarmos durante as entrevistas respostas que evidenciaram o uso das tecnologias leves como ferramentas do trabalho destes sujeitos quando questionamos os AE e TE sobre o que eles precisavam ter ou saber para atuar na ABS, consideramos, mais uma vez, que estes trabalhadores portam potencialidade para produzir cuidados à saúde na perspectiva da integralidade da atenção. Para ilustrar esta consideração, trouxemos um fragmento da transcrição de uma entrevista na qual A09 se refere às falas do trabalhador de nível médio de enfermagem e a letra E às falas do entrevistador:

A09: E principalmente eu acho que quem faz acolhimento tem que ter essa sensibilidade, essa percepção de acolhimento mesmo, com o paciente, como a palavra diz, não é só ver que o paciente, ah, ele quer uma consulta, lógico isso é obvio, você tem que saber por que ele quer, qual a necessidade real dele, quando começou isso, em que momento isso é mais importante, daí nisso você vê, se é mais direta, não vou ter que chamar o médico porque ele precisa, ele tá com febre, precisa ser atendido agora ele tá com a pressão alta, mas como que surge tudo isso, é acolhendo o cliente, é ouvindo pra, de fato ele vem aqui pra pedir uma ajuda, um socorro, e, se ele não encontra essa disposição da gente de ouvi-lo, aí é perigo, daí o bicho pega porque o coitado já tá doente e ainda não é bem acolhido, eu sempre me coloco no lugar de quem precisa, porque é muito difícil você precisar dos outros não é?

E: Aham.

A09: Porque é melhor você ter pra dar do que você, e daí, quando eles vêm aqui é porque eles precisam de, mesmo que ele tivesse pagando um milhão de reais ele tava precisando, porque é um momento difícil, diferente de outras áreas.

E: E se você for pensar em recurso material que você considera necessário ter no acolhimento?

A09: Ah, o material do acolhimento é a pessoa.

E: É a própria pessoa?

A09: É, é uma troca, é uma doação pessoal e além do conhecimento, que você tem que ter pra dar uma resposta pra aquele momento.

Consideramos esta fala muito representativa desta potencialidade para caminhar na perspectiva da integralidade da atenção, pois aqui o trabalho vivo em ato é explicitado enquanto aquilo que pode comandar o processo de trabalho, quando este trabalhador diz que o material do acolhimento é a pessoa, “...é uma troca, é uma doação pessoal” (A09), “eu sempre me coloco no lugar de quem precisa” (A09), evidenciando também o uso de tecnologias leves para acolher os usuários.

Sem dúvida, reafirmamos a potência acima citada, embora entendemos que a concepção precisa, em processo de educação permanente, ser lapidada no sentido de que não se trata de doação pessoal, mas sim de direito. O SUS enquanto projeto de trabalho tem a finalidade de construir sujeitos de direito, o que implica que, entre usuários e trabalhadores, usuários e gestores da saúde, usuários e integrantes do poder legislativo e executivo, não se têm dívida de favor, dizendo de outra forma, no momento em que o usuário precisa do serviço, já adquiriu o direito de ter acesso a este e os trabalhadores e parlamentares imbuídos ou afiliados a este projeto de construção de sujeitos de direito, coerentemente desenvolverão seu trabalho defendendo o acesso aos serviços de saúde de qualidade valorizando inclusive as tecnologias aqui expressadas pelos AE e TE.

Ainda, quando questionados sobre os recursos para atender pessoas em situação de desemprego ou que estão passando por separação conjugal, ou fim de um relacionamento amoroso, surgiram nos fragmentos das entrevistas o apontamento do uso das tecnologias leves como único recurso disponível para atender aos usuários como podemos ver nos depoimentos abaixo:

Separção? Diálogo, acho que é o principal recurso, no caso o único de possibilidade mesmo (A04).

O único recurso que a gente tem é a conversa, né, a papo terapia, e o médico atrás da gente com medicação. Só isso (A02).

Nana, nina, não, infelizmente não, é ouvi, fala que amanhã vai melhorá, só (A10).

Nestes depoimentos também podemos identificar que, para os trabalhadores AE e TE ouvir, falar, conversar, escutar, podem não representar ferramentas legítimas do processo de trabalho em saúde, adjetivando o uso destas tecnologias como algo popular, fora do arcabouço próprio de um profissional da saúde e até ser chamado de papo-terapia. As conversas são tratadas como conselhos, orientações que partem de opiniões pessoais e parecem ser consideradas por estes trabalhadores como algo supérfluo. Com isto, acreditamos que valorizar o uso das tecnologias leves como recurso do trabalho na saúde através da qualificação da escuta destes trabalhadores e da elaboração e oferta de um cardápio de estratégias e recursos adequados para assistir à população pela qual a UBS é responsável, que traz necessidades que fogem do corpo, da doença, do biológico, irá consolidar a prestação de cuidados na perspectiva da integralidade da atenção, aumentar a resolubilidade da atenção básica à saúde e fortalecer a autonomia destes trabalhadores além de estimular a criatividade. Neste sentido, apresentaremos um trecho de uma entrevista que ilustra, em partes, as afirmações acima, pois neste depoimento, o trabalhador identifica que, ao conversar com a usuária que procurou por atendimento com queixa de dor, foi possível identificar necessidades para além da sua queixa biológica. No entanto, o recurso que este trabalhador encontrou para assistir esta usuária foi a consulta médica:

Então, outro dia veio uma moça aí que chegou meio dia, aí depois o médico não queria ver, eu falei assim, doutor, o senhor atende ela, porque ela tá separando, né, tá divorciando, tem dois filho, né, o marido foi no convênio, cortou tudo. Então, ela tava assim, uma dor no corpo que ela não tava aguentando, sabe, nossa, assim. Abatida, com olheira. Ela tinha aquela dor no corpo, né, ela não tinha febre, ela não tinha vômito, ela tava conseguindo comer, era uma dor que ela já tinha ido em três, quatro lugar, Cuiabá, não sei pra onde, não sei pra onde, pronto socorro, e daí acabava mandando ela embora, né. Eu, na minha opinião, eu acho que o que tava acontecendo, era isso daí, que ela tava separando e tudo mais, com duas criança, uma menina e um adolescente, né, que tava aí com ela. E ela tava tendo esses problemas aí de saúde. Ela não tava aguentando de dor, que (...), mais deprimida do que outra coisa, né. Mas, eu, a gente, aqui, cê não pode fazer muito, cê conversa, e tudo mais, mas cê não pode fazer muito, porque o que que, eu não sei, se tem que ter alguma equipe que pega uma pessoa e fala assim, não, olha, a gente vai encaminhar você pra uma equipe que pode te ajudar, né, dar suporte pra você. O certo, eu acho que seria isso. (...). Porque eu acho que daí, todos os outros problemas iam melhorar. Mas a gente não tem isso daí. Tem assim, a pessoa já tá com depressão, deprimida e tudo mais, o médico pega e encaminha pra psiquiatria, ou pra psicólogo, né. Aí, toma a conduta lá de tá encaminhando a pessoa. Mas, fora isso, assim, a gente aqui, como auxiliar de enfermagem, eu posso assim, conversar, às vezes falar, assim, dar até alguma ajuda que eu puder. Mas, de uma coisa que precisa mais assim, eu não posso fazer (A06).

Neste sentido, observamos ainda nos depoimentos trazidos para a discussão do uso ou identificação de recursos que se enquadram nas tecnologias leves por parte dos trabalhadores AE e TE, que estes reconhecem como recurso para lidar com situações relacionadas ao contexto social, econômico ou familiar, a consulta médica, a medicalização e o encaminhamento para especialistas. A partir disso, refletimos que para estes trabalhadores, o uso das tecnologias leves muitas vezes pode ser uma estratégia diante do esgotamento dos recursos disponíveis na ABS e do sentimento de impotência no ato de cuidar, sendo que, em alguns momentos, o que resta é utilizar as tecnologias leves para tentar ajudar ao usuário que procura o serviço de saúde com problemas que não se enquadram àqueles solucionáveis com consulta médica, medicamentos, orientações de dietas, encaminhamentos. Acreditamos que estes trabalhadores estão tomando para o trabalho na ABS, mesmo que sem refletir sobre sua prática, a necessidade do usuário de ser acolhido, de conversar, de desabafar, e acreditamos ser possível como apontado acima que as tecnologias leves passem a ser amplamente reconhecidas como ferramentas legítimas do processo de trabalho em saúde.

Podemos assinalar que este tipo de necessidade precisa ser incluída na formação dos trabalhadores de nível médio de enfermagem, visando ofertar mais recursos nesta escuta e ampliar a oferta de intervenções qualificando assim a escuta e a atenção aos usuários.

O trecho do depoimento abaixo nos sinaliza estas possibilidades de mudanças quando o trabalhador de nível médio de enfermagem identifica que é possível estabelecer vínculo com o usuário através do diálogo, gerando confiança na relação e possibilitando, deste modo, que o trabalhador estabeleça com o usuário uma relação de ajuda:

...a gente sempre procura estar dialogando porque são temas que são muito delicados, porque muitas vezes as pessoas não querem contar, as pessoas ficam meio que inseguras na hora de contar, então a gente tem que chegar meio devagar, às vezes se a pessoa não quer contar a gente tem que respeitar, então às vezes se a pessoa quer contar a gente tem que procurar, algumas palavras que a gente fala, às vezes poucos minutos que a gente passa ajuda bastante (A04).

Outro ponto referente aos recursos no processo de trabalho, pertinente aos dados coletados e que sentimos necessidade de retomar é o trabalho de enfermagem reconhecido pelos AE e TE como recurso do trabalho médico, como podemos conferir nos fragmentos das entrevistas abaixo:

Bom a pré-consulta é o primeiro atendimento do paciente, e quando o paciente tá agendado fica fácil, fica fácil, mas também ali você tem que, às vezes acontece paciente tem exame, raio X, tudo isso você tem que fica perguntando, além de peso, altura que é da pré-consulta você tem que tá atento a isso também, é super importante, o raio X não tá ali, ele tem que parar a consulta e voltar lá e pegar o raio X. (...). Então eu acho, é necessário ali e importantíssimo, porque você atrapalha a consulta, e se o exame não chegou você tem que ir lá no sistema checar, porque, daí já deixa anotado, tal exame ainda não chegou, porque daí você facilita o exame do médico... (A03).

...mas a gente realmente precisa vê aquilo que a pessoa tá precisando ali no momento, se ela, porque às vezes a pessoa chega e tá com dor na barriga, mas não fala pra gente que tá com diarreia, (...), então isso daí a gente tem que pegar, que é uma coisa importante, é uma informação importante, que a gente vai passar para o médico, porque muitas vezes o médico também, a gente não pega isso daí vai chega lá, vai facilita também para o médico para dar o diagnóstico, então facilita muito, então é isso que eu acho que a gente tem que ter (A04).

Pensando que, como visto anteriormente, predominantemente o objeto de trabalho em saúde identificado pelos AE e TE foi o doente com foco em sua queixa, nosso estudo converge com o encontrado por Almeida (1991, p. 115) que em sua pesquisa identificou que o objeto de trabalho central de todas as categorias era o paciente, suas queixas, e assim, toda a enfermagem é tomada como meio de trabalho médico, auxiliando e complementando a consulta médica, inclusive ao fazer a pré e pós-consulta.

Continuando nossa trajetória, verificamos que os recursos utilizados pelos trabalhadores de nível médio de enfermagem observados durante as observações participantes, vem ao encontro dos depoimentos dos AE e TE nas entrevistas e identificamos que, predominantemente, os recursos utilizados e relatados pelos trabalhadores estão voltados para atender doenças/problemas de saúde o que converge com a visão dos AE e TE sobre as necessidades de saúde dos usuários da UBS. Deste modo, coerentemente, o produto do trabalho dos AE e TE também é reconhecido como o bem estar físico e o conforto mental dos usuários.

É importante sinalizar que optamos por dividir os elementos constituintes do processo de trabalho para a análise e discussão dos dados visando facilitar este processo e a leitura da redação, porém, como já discutido anteriormente, estes elementos estão intimamente articulados e constituem em um mesmo processo de trabalho. Deste modo, alguns apontamentos no decorrer da análise e discussão dos dados podem parecer repetitivos, nestes casos, nos limitaremos a apenas apontar, sem nos aprofundarmos, quando os dados nos levarem a discussões realizadas em outros momentos deste estudo.

Quando questionamos os trabalhadores AE e TE sobre o que eles produzem em seu trabalho, foram identificados como produto do trabalho o bem estar físico do usuário, como podemos identificar nos trechos dos depoimentos dos entrevistados abaixo:

Eu produzo assim, o bem estar do paciente, um bom relacionamento, né, a prestação de serviço né, de acordo que eu tenho a disponibilidade, né, eu acho que é isso, proporciono assim, a saúde e o bem estar deles né, colocando que a prevenção é, melhor você preveni, né, antes, do que remedia, ficar doente, a importância da prevenção, do cuidado, né, eu vejo que seria isso... (A01).

Olha, eu, olha, eu acho que eu produzo sim coisas muito importantes, porque a gente ajuda pra pessoa não ficar doente. Que nem, na vacina, o que que eu faço? Eu faço uma prevenção. A gente previne contra as DSTs, a gente orienta, eu acho que, assim, a gente ajuda a pessoa a ter uma qualidade de vida melhor. É que as pessoas não são muito acostumadas a, a aparecer, a aparecer problemas pra depois tá procurando, né, aí já fica mais difícil. Mas assim, se a gente tem capacidade pra tá orientando, pra tá fazendo antes que a pessoa chega num ponto que, né. Eu acho que é muito importante o nosso trabalho, eu gosto de fazer, eu gosto de prevenir, de conversar. Eu acho que é importante (A06).

Nos trechos dos depoimentos acima, a produção do bem estar do usuário está relacionada a evitar o adoecimento, a prevenção de doenças, retomando mais uma vez a concepção de saúde como ausência de doenças. Ainda nesta perspectiva, o depoimento abaixo ilustra o sentido das orientações que são dadas aos usuários da UBS:

Eu acho que mais ou menos isso também, porque assim, a função da gente é orientá, se bem que se fala, fala, entra por um ouvido sai pelo outro, né, mas a prevenção é melhor do que o paciente chegar ali já tá com a doença e tal, então é sempre preveni eu acho, prevenção, (...), porque o auxiliar que produz. (...). É, na maioria é, cê fala, fala po povo aí, eles vira as costas faiz tudo do jeito que eles qué. (...). Porque eles tão sempre voltando cu mesmo poblema. Não resolve, então qué dizê que não adiantô nada, eles num qué uma solução a longo prazo, eles qué assim de imediato, é difícil né, ele já vem com aquilo, a pessoa já vem por exemplo, o hipertenso, ele já vem com aquela pressão alta, num é? Quando qué é assim, mas ele num faz nada pra melhorá, chega no fim de semana ele num toma o remédio, ele bebe a cerveja dele, ele come o churrasco dele, quando chega na segunda feira ele

vem aí com a pressão alta e qué que a gente resolve, então você vai falá, ele sabe o que que ele fez (A10).

Concordamos com Vasconcelos (1997) que orientações pautadas no argumento de que a doença se deve à falta de cuidado ou desleixo do usuário/população é usado para tentar criar um sentimento de culpa para que as pessoas passem a seguir as orientações dadas e, assim, não são colocadas as dimensões sociais, históricas e políticas que levam as pessoas a se acostumarem com padrões de vida precários. Este autor ainda acrescenta que esta prática se constitui em um dos “perigos deseducativos” dos atendimentos na saúde em que os trabalhadores não ajudam a população a esclarecer as raízes de seus problemas de saúde e as maneiras de combatê-los.

Vale lembrar que esta concepção com ênfase comportamentalista para produção de prevenção de agravos foi historicamente construída em nosso país no final da década de 1920. Foi estabelecido como objeto de atenção o comportamento e o corpo humano e os instrumentos da educação sanitária passaram a ser utilizados, fundamentado nos saberes utilizados da bacteriologia, da epidemiologia da clínica e da pedagogia na medida em que havia sido estabelecida uma associação importante entre comportamento das pessoas, condições de vida e surgimento das doenças. Neste processo de trabalho, as ações de prevenção de doenças e promoção à saúde se constituíam de exames médicos periódicos e preventivos, por orientações sobre saúde e medidas de higiene e estas eram revestidas de coerção e controle sobre o comportamento, produzindo uma nova consciência sanitária. Estas ações foram condizentes para aquele momento histórico e para a produção do processo de trabalho que tinha por finalidade a manutenção da força produtiva, sem compromisso com a emancipação do homem e tampouco com a saúde tomada como direito de cidadão (BRAGA, 1981).

Deparamos-nos ainda com depoimentos que apontam que o produto do trabalho dos AE e TE é a realização dos procedimentos técnicos, como podemos ver no fragmento da entrevista abaixo:

Tirando esta parte de medicação que a gente faz né, tirando a parte de vacina, assim, o serviço técnico de fazer medicação e tal... (A03).

Tem a parte técnica aquela determinada coisa que você vai fazer, uma medicação é feita assim, você não pode fazer assado... (A09).

Além de produzir aquilo que esteja qualificado, agregado, (...). As técnicas que a gente usa para fazer aquilo que o auxiliar está apto para fazer sob a supervisão de outras pessoas (A04).

Eu? Minha produção, é procura atende bem né, o doente, ver a queixa, ver a causa e o tipo de doença, e o que eu posso ta fazendo pra ajuda (A11).

O reconhecimento dos procedimentos técnicos como produto do trabalho dos AE e TE reforça o objeto de trabalho focado na queixa do doente, na identificação das necessidades dos usuários como o enfrentamento de doenças/problemas de saúde e na tomada do trabalho da enfermagem como trabalho complementar ou auxiliar do trabalho médico.

Além do bem estar físico, os trabalhadores de nível médio de enfermagem identificaram também, como produto de seu trabalho, o conforto mental dos usuários da UBS, sendo que esta produção em saúde é marcada como uma característica da enfermagem, como podemos identificar nos fragmentos dos depoimentos dos entrevistados abaixo:

Ai eu acho que a gente tem um papel muito importante, que o paciente quando ele vai no médico é uma coisa, às vezes ele fica até muito tímido, de conversar, eu acho que é diferente o nosso trabalho, ele se sente mais a vontade com o pessoal da enfermagem, a gente aqui que às vezes, tem paciente que vem pra conversar, pra conta o seu problema, pra desabafa, porque às vezes ele fica várias horas conversando com a gente, então eu acho que essa ajuda mesmo da gente. Ouvi o paciente, ouvi eu acho que é importantíssimo né, às vezes numa conversa assim sem querer você promove uma, o paciente se sente bem, é aquilo que ele precisava ouvir naquele momento, orientação mesmo, né. (...) mas esta parte de conversar, a gente observa muito isso, o paciente precisa de, às vezes ele vem pra conversar, muita orientação, eu acho que é isso mesmo (A03).

Ah, acho que eu produzo a satisfação do paciente também, assim, porque eu oriento o paciente, eu explico, eu tiro as dúvidas do paciente e a gente acaba assim muitas vezes na unidade básica, dependendo do paciente, você acaba fazendo uma papo terapia né, às vezes o paciente chega nervoso ou então depressivo, e você conversa, escuta muitas vezes o que que o paciente tem pra te fala, e você acaba promovendo o bem estar do paciente também (A05).

Eu acredito que a gente seja, como o próprio nome diz, auxiliar, a gente também auxilia o médico no conforto físico do paciente, às vezes, até mental, porque, quando, muitos pacientes chegam aqui pra falar com o auxiliar, ele não tem um problema físico, ele que conversar, ele que chora, ele que desabafa, aí é aonde a gente entra, pra promover conforto, né (A02).

Nos depoimentos acima, novamente encontramos o uso e a valorização de tecnologias leves. Com isto, podemos identificar nos depoimentos que o uso destas tecnologias tem resultado na produção da saúde como “...o paciente se sente bem, é aquilo que ele precisava ouvir naquele momento, orientação mesmo, né” (A03), “acaba promovendo o bem estar do paciente também” (A05) e “a gente entra, pra promover conforto, né” (A02), o que evidencia que os trabalhadores de nível médio

de enfermagem estão abrindo espaços para a produção de um cuidado em saúde na perspectiva da integralidade da atenção.

Destacamos aqui que, no último fragmento de entrevista, novamente um trabalhador de nível médio de enfermagem trouxe a concepção do trabalho dos AE e TE como auxiliar do trabalho médico.

O conjunto dos depoimentos dos entrevistados e das observações participantes marca ainda a constituição de um homem fragmentado, que necessita de cuidados, ora para alguma parte do corpo doente, ora para a mente, “sua cabeça”, seu psicológico que também se encontra com problemas ou doente, a somatória dos elementos constituintes do processo de trabalho até aqui analisados nos levam a imaginar este homem que é atendido pelos AE e TE nesta UBS como a figura abaixo representa:

Com isto, pensamos como Matumoto (1998), que refere que a partir da concepção de homem e de saúde/doença ocorre a estruturação do atendimento e das respostas que irão constituir o cardápio de intervenções de forma mais ou menos abrangente e, ainda, que esta concepção embasa a finalidade dada ao atendimento.

Neste processo, o trabalhador demonstra pelo quê e por quanto se responsabiliza, o que revela também suas concepções presentes na relação de atendimento, ou seja, a decisão tomada expressa a objetivação do trabalhador em relação ao processo saúde/doença e da finalidade que dá ao trabalho (MATUMOTO, 1998, p. 177).

Nesta perspectiva, passamos a refletir sobre o que os trabalhadores de enfermagem de nível médio consideram ser a finalidade no processo de trabalho que acontece nesta UBS. Para tanto, perguntamos a estes trabalhadores para que eles trabalham nesta UBS e, em seguida, perguntamos para que as UBS existem.

Questionamos ainda para quê os serviços de saúde precisavam executar as ações citadas dadas como resposta pelos trabalhadores no questionamento anterior.

Deparamos-nos com depoimentos que apontaram diversos elementos, sendo que a finalidade do trabalho na UBS está predominantemente ligada à oferta de recursos que recuperem o corpo doente e previna as doenças para evitar gastos por parte dos governos e, dentro destes pensamentos, encontramos ainda a promoção do bem estar dos usuários sendo que este é tomada como a ausência de doenças.

Ao identificar o objeto de trabalho pode-se, através dele, identificar a necessidade de transformação do processo de trabalho e, portanto, a finalidade do trabalho, enquanto processo coletivo, intelecção que preside a intencionalidade do processo de trabalho. Portanto, ao se fazer abstração do ser humano do seu contexto de existência, e conceber o processo saúde-doença implícito nele, mas as possibilidades de transformação restritas ao corpo anátomo-biológico, nesta incoerência, admiti-se a inconsistência da finalidade do processo de trabalho (ALMEIDA, 1991, p. 116).

Nos trechos dos depoimentos dos entrevistados abaixo podemos identificar esta inconsistência da finalidade do processo de trabalho, pois os trabalhadores AE e TE ao mesmo tempo em que apontam que a finalidade é reduzir gastos do governo, apontam ainda que a finalidade é proporcionar melhores condições de vida aos usuários:

Porque o próprio governo fazendo a prevenção, os gastos são bem menores do que, o gasto de um paciente que tá fazendo a prevenção, tá passando por consulta, tá tomando a medicação às vezes é bem menor do que um paciente que já tá lá internado com a doença, os gastos com a vacina que a vigilância, que o sistema único de saúde faz é bem menor do que os gastos que ela vai ter no futuro com a própria doença, eu acho que é bem mais importante esta parte de prevenção mesmo (A04).

Ah, pra que essas pessoas vivam bem, não vivam doente, é, diminua o gasto do governo. Por que tipo, se você previni a doença, antes que ela aconteça, o gasto vai se bem menor. Você previni pra depois o paciente chega a tê uma doença e a trata e tudo mais, então é, eu acho que existe a unidade básica, pra que todo mundo viva bem, viva em harmonia. O que não acontece né, tipo assim acho que é meio impossível acontece, não dá (A05).

Né, a saúde, o bem estar né, porque é muito importante né (...), eu vejo assim, é, hoje em dia é, muitos pacientes que tinham convênio não tem mais né, então se vê a população nos postos de saúde tem aumentado né, então cê vê a necessidade né, das pessoas né, e é onde a gente tem que tá preparado né, disposto à oferecê né, isso daí pro paciente né, um bom tratamento, um bom acolhimento, uma orientação né, e abrange assim, todos os funcionários né, desde ô, ô, quem trabalha no serviço de, de, no serviços gerais né, até o médico, até gerente, a enfermeira, acho que seria um todo né, que eu vejo assim, aqui, se a gente trabalhá, tivesse assim, a mesma visão né, eu acho que talvez seria diferente. (...). Promove a saúde né, pra população né, eu vejo assim (...), promovê a saúde, o bem estar né, que nem às vezes os pacientes falam, ah, eu não vim aqui à toa, eu vim aqui porque eu tô doente, então eu acho que ele existe pra isso né, pra promovê a saúde né, disgnóstico, eu acho que é no geral é isso o serviço né (A01).

Pra, pra diminuir o número de doenças, pra não dar tanto gasto para o estado, porque se você promove saúde, você elimina gastos. É, pra que a pessoa tenha uma vida digna, né, pra que ela tenha condições de produzir, de se divertir, de ficar com a família, de cuidar da própria vida. (...). Produzir trabalhando, né, fora ou dentro de casa, ou cuidando de uma pessoa mais velha, ou cuidando de criança, mas promover, né? (A02).

Encontramos ainda, nos depoimentos, elementos que nos permitem identificar como finalidade do trabalho na ABS o controle da ocorrência de doenças para evitar a incapacidade para o trabalho e também a recuperação da força de trabalho incapacitada pela doença para colocá-la de volta no processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992). Como já havíamos apontado no quadro teórico deste estudo, a organização do trabalho na saúde em torno destas vertentes atende necessidades de saúde próprias das sociedades capitalistas, sendo relativamente efetiva na recuperação da força de trabalho e também na ampliação dos direitos e o consumo das classes subalternas (MENDES GONÇALVES, 1992).

Ainda nesta atmosfera, encontramos no depoimento abaixo a identificação da finalidade do processo de trabalho na ABS como uma forma de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, como temos assegurado em nossa Constituição Federal (PEREIRA, 2008):

Ah, eu acho que é uma obrigação porque existindo essa necessidade os governantes tem a obrigação de promover isso pro cidadão porque da mesma forma que investe em educação, investe em informação, ele também tem que investir na saúde, porque é fundamental como é que uma pessoa que não esta bem fisicamente ou psicologicamente ele pode produzir em alguma outra, é uma fase que ela não é produtiva em área nenhuma, nem na escola, nem no trabalho, nem em lugar nenhum, é fundamental que ela esteja se sentindo bem pra que ela seja uma boa mãe, um bom funcionário, um bom médico, ser um bom professor, um bom advogado, um bom lavrador, ela tem que ta com a saúde compensada, equilibrada pra ela poder produzir em outras áreas (A09).

Como já abordado na introdução deste estudo, ao assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado, ficam estabelecidas também as diretrizes ao

acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. No entanto, relembando a inconsistência da finalidade do processo de trabalho quando o objeto identificado limita-se ao corpo anátomo-biológico (ALMEIDA, 1991), identificamos na contramão do depoimento acima citado a limitação da finalidade do trabalho na ABS ao atendimento daqueles que não podem pagar pela assistência à saúde no sistema privado:

Porque no país que nós vivemos, as pessoas não tem condições financeiras, pra fazer isso no particular. Não tem. Agora eu acho que tem muito abuso também viu. Tem pessoas que tem condições, vem tira lugar, vem pega as coisa de gente que não tem. Eu acho isso um abuso. To cansada de vê gente com carrão do ano, vim busca remédio. Oh céus, ele pode dextra aí pra quem precisa, ele pode compra. Eu acho isso abuso, porque na mesma hora que a prefeitura, o estado, eles não fazem as coisa bem, eles faz é até mal, porque eles não faz assim, não checam quem precisa e quem não precisa (A07).

Cabe aqui apontar que é possível identificarmos uma fragilidade no que tange a consistência entre o discurso e a ação destes trabalhadores, ou seja, o que é verbalizado como finalidade do trabalho na ABS, prevenir doenças, promover bem estar, foi timidamente identificado no transcorrer das observações, como já comentado em outros momentos deste estudo, estas ações foram pontuais, circunscritas a determinadas situações sendo que predominaram na prática destes trabalhadores ações voltadas para a recuperação do corpo doente.

Deixamos aqui registrado que a emancipação dos sujeitos e o desenvolvimento de cidadania são dimensões que ainda estão muito distantes da finalidade do trabalho que aqui encontramos e portanto, o processo de trabalho dos AE e TE desta UBS também encontra-se distante do projeto de saúde que tem estas finalidades como ideário como é o caso do nosso Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho se constituiu em caracterizar o processo de trabalho dos AE e TE de uma UBS do município de Ribeirão Preto – SP, na perspectiva da integralidade da atenção e os objetivos específicos se pautaram em caracterizar o perfil sócio demográfico dos AE e TE integrantes deste serviço de ABS, analisar a concepção dos AE e TE sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho na ABS e identificar e analisar os aspectos dificultadores e facilitadores para desenvolver o processo de trabalho na perspectiva da integralidade. Nos fundamentamos no aporte teórico do processo de trabalho em saúde e utilizamos, na coleta dos dados, a observação participante e a entrevista semiestruturada. Para o tratamento dos dados produzidos recorreremos à análise temática (Minayo, 2004).

No decorrer da análise dos dados foi possível identificar duas distintas composições no processo de trabalho destes agentes, sendo que encontramos de modo predominante a organização do processo de trabalho para atender pessoas com necessidade de enfrentar doenças/problemas de saúde, mas também encontramos potencialidades para o desenvolvimento do processo de trabalho na direção da integralidade da atenção.

Na composição da organização do processo de trabalho para atender pessoas com necessidade de enfrentar doenças/problemas de saúde, identificamos a presença de características do modelo “Programação em Saúde”, que visava ampliar a assistência médica individual para grupos marginalizados, e encontramos também traços do modelo assistencial “Pronto Atendimento”, no qual as ações em saúde são centradas na queixa apresentada pelo usuário.

Nesta perspectiva, a concepção do objeto de trabalho encontrada era recortada na idéia da doença, no corpo anátomo-fisiológico individual (NEMES, 1996) e os trabalhadores AE e TE identificaram as pessoas que procuram atendimento na UBS como o paciente, o doente.

Deste modo, as práticas destes trabalhadores se conformam em ações que visam recuperar o corpo doente, fragmentando o homem e focando seus aspectos biológicos, ainda sendo predominantemente o doente com foco em sua queixa, o

objeto de trabalho. As ações dos AE e TE ficam restritas em auxiliar o trabalho médico, sendo que este se torna figura central na equipe de saúde, na medida em que cabe a ele o diagnóstico, a solicitação de exames, os encaminhamentos para especialidades e a prescrição de um tratamento (ALMEIDA, 1991).

O conceito de saúde que atravessa as práticas destes trabalhadores constitui-se predominantemente na ausência de doenças e, neste sentido, foi apontado como produto do trabalho na ABS o bem estar do paciente, sendo que os depoimentos dos entrevistados deixam evidente que este bem estar está relacionado propriamente à ausência de doenças.

Houve ainda o reconhecimento dos procedimentos técnicos como produto do trabalho dos AE e TE, o que reforça a ideia de um objeto de trabalho focado na queixa do doente, a identificação das necessidades dos usuários enquanto o enfrentamento de doenças/problemas de saúde e a tomada do trabalho da enfermagem como trabalho complementar ou auxiliar do trabalho médico.

Notamos que um fator gerador de sofrimentos, medos e conflitos para os trabalhadores AE e TE desta UBS é o acolhimento aos usuários que procuram a unidade de saúde sem qualquer tipo de atendimento agendado para solucionar seus problemas, suas queixas. Consideramos que este quadro merece discussões e estudos com aprofundamento envolvendo os trabalhadores das diferentes categorias que atuam na UBS em estudo.

Foi possível identificarmos uma inconsistência, ou mesmo contradição, na concepção da finalidade do processo de trabalho, pois os trabalhadores AE e TE, ao mesmo tempo em que apontam que a finalidade do trabalho na ABS é reduzir gastos do governo através da prevenção de doenças, apontam ainda que a finalidade é proporcionar melhores condições de vida aos usuários.

Cabe aqui apontar uma fragilidade no que tange a consistência entre o discurso e a ação destes trabalhadores, ou seja, o que é verbalizado como finalidade do trabalho na ABS, prevenir doenças, promover bem estar, foi timidamente identificado no transcorrer das observações. Tais ações foram pontuais, circunscritas a determinadas situações, sendo que predominaram na prática destes trabalhadores ações voltadas para a recuperação do corpo doente.

Encontramos ainda, nos depoimentos destes trabalhadores, elementos que nos permitiram identificar como finalidade do trabalho na ABS o controle da ocorrência de doenças para evitar a incapacidade para o trabalho e também a

recuperação da força de trabalho incapacitada pela doença para colocá-la de volta no processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992). A organização do trabalho na saúde em torno destas vertentes atende necessidades de saúde próprias das sociedades capitalistas, sendo relativamente efetiva na recuperação da força de trabalho e também na ampliação dos direitos e o consumo das classes subalternas (MENDES GONÇALVES, 1992).

Ainda, encontramos em um depoimento a identificação da finalidade do processo de trabalho na ABS como uma forma de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, como temos assegurado em nossa Constituição Federal (PEREIRA, 2008). Esta percepção permite vislumbrarmos uma ampliação do conceito saúde doença por parte destes trabalhadores.

Identificamos potencialidade para a conformação de um processo de trabalho na perspectiva da integralidade da atenção no trabalho vivo em ato, nas relações destes trabalhadores com os usuários a quem atendem, no momento em que os trabalhadores AE/TE identificaram que os usuários da UBS têm necessidade de conversar. O “conversar” aponta para uma situação em que as tecnologias duras e leve duras não sobrepõem totalmente o trabalho vivo, permitindo um direcionamento no sentido da integralidade.

Nesta perspectiva, eles também identificaram que os usuários procuram pelo serviço de saúde na expectativa de encontrar respostas para esta necessidade e, mais do que isto, identificaram que os usuários buscam pelos trabalhadores de enfermagem para satisfazer tal necessidade, sendo que estes trabalhadores reconheceram e valorizaram o uso das tecnologias leves como recurso do trabalho na ABS.

Concluimos que, muitas vezes, o uso das tecnologias leves pode ser uma estratégia diante do esgotamento dos recursos disponíveis na ABS e do sentimento de impotência no ato de cuidar, sendo que em alguns momentos o que resta é utilizar as tecnologias leves para tentar ajudar ao usuário que procura o serviço de saúde com problemas que não se enquadram àqueles solucionáveis com consulta médica, medicamentos, orientações de dietas, encaminhamentos.

Consideramos ser necessário introduzir, ou mesmo implementar, a educação permanente no cotidiano do trabalho na atenção básica à saúde e, dentro desta prática, qualificar a escuta dos trabalhadores que atuam nestes serviços.

Aqui, estamos tomando por educação permanente um processo capaz de provocar mudanças na formação, que parte de reflexões sobre determinadas situações das realidades locais, questionando fatos, fenômenos e compreendendo os processos e propondo soluções. Neste processo, os trabalhadores são levados a questionarem sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única (BRASIL, 2005).

Num trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as instituições de ensino, a educação permanente será capaz de reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde (BRASIL, 2005).

Consideramos também ser necessário ampliar os fóruns de discussões e as ações, incluindo como agentes as universidades, os conselhos de enfermagem e as instâncias políticas de nível nacional, estadual e municipal, para promover transformações estruturais na formação dos trabalhadores de nível médio de enfermagem, de modo que estes desenvolvam as competências necessárias para o trabalho na atenção básica à saúde na perspectiva da integralidade da atenção.

Não temos neste momento, por não ser foco do nosso estudo, a pretensão de nos aprofundarmos na discussão dos conceitos de competência. No entanto, traremos o conceito ao qual estamos nos afiliando na afirmativa acima através de Kawata (2007) que, em seu estudo, faz uma síntese dos conceitos de competência e traz a conceituação da Competência Dialógica que

...considerada holística, trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) combinados ao contexto e a cultura local de trabalho onde se realiza a ação (RAMOS, 2002). Segundo Lima (2005, p.372), a combinação destas capacidades "conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional." (KAWATA, 2007, p. 25).

Consideramos que esta concepção de competência, articulada à sustentação teórica do processo de trabalho em saúde, pode ser um dos caminhos para ampliar a qualificação dos trabalhadores de saúde, em especial dos trabalhadores Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que compõem significativamente o conjunto dos trabalhadores que produzem a atenção nos serviços de saúde, e que estão diuturnamente na "linha de frente" dos serviços de saúde, construindo o SUS e, sem dúvida, portando muita energia para contribuir na perspectiva de fortalecer os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

ABEN. Seção Rio de Janeiro, 2006. Cartilha do Trabalhador de Enfermagem: Saúde segurança e boas condições de trabalho. Disponível em: <[www.abennacional.org.br/Publicacoes/ cartilha.pdf](http://www.abennacional.org.br/Publicacoes/cartilha.pdf)>. Acesso em: 15 de jul. 2007.

ALMEIDA, M.C.P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**: rede básica de saúde de Ribeirão Preto. 1991, 279 p. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA, M.C.P; MELLO, D.F; NEVES, L.A.S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 2/3, p. 64-75, abr.-set. 1991.

BECKER, H.S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: HUCITEC, 1999..

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Góes de. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES/ HUCITEC, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: informes técnicos institucionais. Rev. Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 316-9, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://corensp.org.br/072005/>>. Acesso em: 05 set. 2007.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://corensp.org.br/072005/>>. Acesso em: 05 set. 2007.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Seção II, artigos 196 e 198. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 20 mai. 2009.

_____. 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/LEIS/l8080.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2009.

_____. 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>. Acesso em: 20 mai. 2009.

_____. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Homologada a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 06 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Qualificação profissional e saúde com qualidade. **Formação**, v. 01, jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília: 2003a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 09 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de Ações do Técnico de Enfermagem no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Bolsa Família. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 09 set. 2007.

BUJDOSO Y.L.V et al. A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1363-1374, 2007.

CAMPOS, G. W. S.. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para o debate. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (orgs.). **Planejamento sem normas**. 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1989. p. 53-60.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. et al. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer COREN-SP CAT Nº 014/2009. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/14.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

CORBO, A. D'A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-181.

COTTA, R.M.M et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 15, n. 3, p. 7-18, jul.-set. 2006.

CRACO, P.F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família**: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. 2006, 308 f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 51-66.

DESLANDES, S.F; ASSIS, S.G. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: O Diálogo das Diferenças. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F (Org.). **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195-223.

ERIKSEN, W. Practice area and work demands in nurses'aides: a cross-sectional study. BioMed Central Public Health, 2006. Disponível em: <<http://www.Biomedcentral.com/1471-2458/6/97>>. Acesso em: 27 dez. 2007.

ESPERÓN, M.T; THOMAS, C.D; CABRERA, A.R. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v.21, n. 3-4, may.-ago. 2005.

FIGUEIREDO, M.A.C. **Modelos, sistemas interpretativos e estratégias de saúde nas relações de produção**. 5ª-Unidade da disciplina Organização do Trabalho e Saúde do Trabalhador. Programa de Graduação em Psicologia. FFCLRP USP, 2001.

FORTUNA, C. M. **O trabalho em equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades**. 1999, 236 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRACOLLI, L.A; GRANJA, G.F. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.39, n.Esp., p. 597-602, dez. 2005.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. e col. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. e col. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GÖTTEMS, L.B.D; ALVES, E.D; SENA, R.R. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 5, set –out. 2007.

IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária** 2005. IBGE: Rio de Janeiro, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. Escola Nacional de Serviços Urbanos. Núcleo de Saúde. **A saúde no município: organização e gestão**. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991.

KAWATA, Lauren Suemi. Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. Ribeirão Preto, 2007. 137 p.: il; 30 cm. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

LEAVELL, H; CLARK, E.G. Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva. In: LEAVELL, H; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil/Rio de Janeiro: FENAME, 1976. p. 11-35.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 2, p. 269-91, 2001.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar./ago. 2005.

MARX, K. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. v.1.

MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Mestrado. EERP.USP.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e Necessidades. **Cadernos CEFOR**, São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992.

MERHY, E.E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo–Qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul.-set. 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISHIMA, S.M; PEREIRA, M.J.B; FORTUNA, C.M; MATUMOTO, S. Trabalhadores de Saúde: Problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Brasil/Ministério da Saúde, 2003. p. 137-156.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003, 153 f. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NEMES, M.I.B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). **Saúde do Adulto Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 48-65.

OLIVEIRA, M.M; PINTO, I.C; COIMBRA, V.C.C. Potentialities in integral care: uterine cervical cancer prevention according to the users of the family health strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 426-30, mai.-jun. 2007.

OMS. **Atención Primaria de Salud**. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata.Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1978.

PEDUZZI, M; ANSELM, M.L. O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem. **Formação**, Brasília - DF, v. 7, p. 73-87, jan. 2003.

PEREIRA, M.J.B. **O olhar da enfermeira sobre o treinamento do Núcleo de Aleitamento Materno**. Um despertar profissional. Ribeirão Preto, 1996, 116 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para a (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. Ribeirão Preto, 2001, 314 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, M.J.B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008, 237 p. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, M.J.B. et. al. **A Enfermagem no Brasil no Contexto da Força de Trabalho em Saúde: Perfil e Legislação**. In: SITEN – Simpósio Internacional do Trabalho em Enfermagem, 2008.

PUBMED. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>>. Acesso em: 27 dez. 2007.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia e adaptação?** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RIBEIRÃO PRETO. Portal da cidade de Ribeirão Preto. Apresenta demografia da cidade. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/CRP/I71principal.asp?PAGINA=/CRP/DADOS/demog/I01demog.htm>>. Acesso em: 12 de set 2007a.

_____. Portal da cidade de Ribeirão Preto. Apresenta localização e acesso da cidade. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/CRP/I71principal.asp?PAGINA=/CRP/DADOS/LOCAL/I01localacesso.htm>>. Acesso em: 12 de set 2007b.

_____. Portal da cidade de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/rede/i16ubs.htm>>. Acesso em: 19 de abr 2010.

ROCHA, S.M.M; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez.2000.

ROOTMAN, I et al. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. **Who Regional Publication European Services**, v. 92, n. 7, p. 38, 2001.

SÁ, E.T. **Possibilidades e limites de reconstruir a recepção das unidades básicas de saúde – (re) conhecendo o trabalhador**. 2006, 126 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SCHRAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). **Saúde do Adulto Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Apresenta Perfil Municipal de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>> Acesso em: 12 de set 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Apresenta Relação Sintética de Servidores por Função. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/RH/I16indice.HTM>> Acesso em: 12 de set 2007.

SCIELO. Disponível em: <<http://www.scielo.org/index.php?lang=pt>>. Acesso em: 30 de dez 2007.

SHIMIZU, H.E et al. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 713-20, set.-out. 2004.

SHIMIZU, H.E; SANTOS, E.R. Caracterização das atividades de enfermagem em saúde coletiva desenvolvidas na regional norte de saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 4, p. 548-557, out.-dez. 2001.

SILVA, C.C; SILVA, A.T.M.C; LONSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 70-74, 2006.

SILVA, J.P.V; LIMA, J.C. Sistema Único de Saúde: Reafirmando seus Princípios e Diretrizes para Fazer Avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 43-75.

SILVA, A.M. **Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos**. 2010, 196 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/MS, 2002.

TAKEMOTO M.L.S; SILVA E.M. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-340, fev. 2007.

TEIXEIRA, R.A; MISHIMA, S.M; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – a assistência à saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 193-206, abr.-jun. 2000.

TEIXEIRA, R.A. **O trabalho da enfermeira na saúde da família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho da enfermagem?** Dissertação (mestrado). 2002, 152 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELOS, E. M. A Medicina como deseducadora. In: Eymard Mourão Vasconcelos. Educação popular nos serviços de saúde. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VIEIRA, A.L.S; AMÂNCIO FILHO, A; OLIVEIRA, E.S. Mercado de trabalho em saúde na região sudeste-Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 134-8, jan.-fev. 2004.

VILLA, T.C.S; MISHIMA, S.M; ROCHA, S.M.M. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulistas: do modelo bacteriológico a programação em saúde (1889-1983). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 73-85, julho 1994.

WEB OF SCIENCE. Disponível em: <<http://portal.isiknowledge.com/portal.cgi?DestApp=WOS&Func=Frame>>. Acesso em: 26 de dez de 2007.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M; DRUMOND JÚNIOR, M; CARVALHO, Y.M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec;Fiocruz, 2006. p. 635-667.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Decreto 93.933 de 14/01/87; Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a)

Sr(a) _____

Estamos realizando uma pesquisa através da qual pretendemos estudar o processo de trabalho do técnico (TE) e do auxiliar de enfermagem (AE) na Atenção Básica à Saúde (ABS), com o objetivo de caracterizar o trabalho dos AE e TE na ABS, e conhecer o perfil destes trabalhadores identificando quais são as ações desenvolvidas por eles e quais as dificuldades, obstáculos para a prestação do cuidado, e também identificar os aspectos que promovem o desenvolvimento de um cuidado integral à saúde.

Para tanto, estamos te convidando para participar de uma entrevista na qual serão abordadas questões sobre o dia a dia do seu trabalho. Está previsto a realização desta entrevista entre os meses de julho e agosto de 2009. Sendo que o local, data e hora serão combinados com os participantes. A duração de cada entrevista é de aproximadamente uma hora. Nossa conversa será gravada e posteriormente transcrita e analisada pelo pesquisador.

Gostaríamos de esclarecer que as informações emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e também asseguramos total sigilo sobre sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e os dados coletados serão divulgados e utilizados em trabalhos e eventos científicos da área da saúde. Para comunicar-se com a pesquisadora, procurar pela aluna de Pós-Graduação do mestrado Tauani Zampieri Fermi, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902 ou também pela Profª Maria José Bistafa Pereira, orientadora da pesquisa, no mesmo endereço ou pelos telefones (16) 3602.3403 e (16) 3602.3391.

Caso concorde em participar deste estudo solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, _____, RG _____,

Abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos conforme relacionados, concordo em participar da pesquisa “O processo de trabalho do técnico e do auxiliar de enfermagem na Atenção Básica à Saúde”.

Local, Data

Assinatura Participante

Local, Data

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Decreto 93.933 de 14/01/87; Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) Sr(a) _____

Estamos realizando uma pesquisa com a qual pretendemos estudar o processo de trabalho do técnico (TE) e do auxiliar de enfermagem (AE) na Atenção Básica à Saúde (ABS), com o objetivo de caracterizar o trabalho dos AE e TE na ABS, e conhecer o perfil destes trabalhadores identificando quais são as ações desenvolvidas por eles e quais as dificuldades, obstáculos para a prestação do cuidado, e também identificar os aspectos que promovem o desenvolvimento de um cuidado integral à saúde.

Para tanto, te convidamos a participar deste estudo, através do consentimento da realização da observação de seu trabalho pela pesquisadora, na qual esta acompanhará, sem intervenções, suas atividades profissionais (recepção, pré-consulta, reuniões, grupos, visitas domiciliares, entre outras).

Gostaríamos de esclarecer que as informações emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e também asseguramos total sigilo sobre sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e os dados coletados serão divulgados e utilizados em trabalhos e eventos científicos da área da saúde. Para comunicar-se com a pesquisadora Tauani Zampieri Fermino, aluna de Pós-Graduação do mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902 e também com a Prof^a Maria José Bistafa Pereira, orientadora da pesquisa, fazer contato no endereço acima citado ou pelos telefones (16) 3602.3403 e (16) 3602.3391.

Caso concorde em participar deste estudo solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, _____, RG _____,

Abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos conforme relacionados, concordo em participar da pesquisa “O processo de trabalho do técnico e do auxiliar de enfermagem na Atenção Básica à Saúde”.

Local, Data

Assinatura Voluntária

Local, Data

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Setor: _____ Data: ____ / ____ / ____

Horário de início: ____:____ Horário de Término: ____:____

Nº de trabalhadores: ____ Categorias: _____

- Como os trabalhadores recebem os usuários (dizem bom dia/boa tarde/ boa noite?). Perguntam o nome do usuário/ tratam pelo nome?
- Como os trabalhadores se identificam ao público?
- Quem está sendo atendido? (sexo, faixa etária)
- Atendimento agendado ou demanda espontânea?
- Em que local está sendo atendido (hall de espera, sala, corredores, outros)?
- Descrever que atividade é realizada;
- Descrever o que os AE e TE estão fazendo e como estão fazendo;
- Quais mecanismos são utilizados para identificar a necessidade do usuário (diálogo, exame físico, instrumentos, outros trabalhadores, outros)?
- Registrar o que os AE e TE falam ou perguntam para os usuários (observar conteúdo da fala, tonalidade da voz, clareza);
- Existem barreiras na comunicação?
- Observar comunicação não verbal (expressão facial, olhar para seu interlocutor, se escuta seu interlocutor, expressão corporal caracterizando os movimentos se suaves e coordenados ou abruptos e bruscos, se demonstra irritação, se é displicente em relação à atenção ao usuário);
- Utiliza alternativas para comunicação quando há barreiras na mesma como demonstrações visuais, escrita, tradutor?
- Executa ou se envolve em alguma outra atividade concomitante ao atendimento que está sendo realizado, que não está relacionada com este atendimento?
- Registrar o que eles anotam nas fichas ou prontuários dos usuários;
- Registrar se foram realizadas orientações, como foram feitas e quais orientações foram feitas (encaminhamentos, coleta de material para exames laboratoriais, administração de medicamento a ser realizada na unidade de saúde, auto administração de medicamentos pelo usuário, condutas alimentares, hábitos de higiene, atividades físicas, data de retorno, próxima etapa do atendimento, entre outros);

- Os trabalhadores esclarecem as dúvidas dos usuários?
- Quanto tempo, aproximadamente, dura cada atendimento?
- Quantos usuários entram por vez nas salas para atendimento?
- Durante o atendimento, as portas ficam fechadas ou abertas?
- O ambiente proporciona privacidade?
- É permitido entrar com acompanhante?
- A proposta de intervenção é discutida com o usuário? É comunicada? É colocada diretamente em prática?
- Observar o uso de normatizações estabelecidas na unidade no que tange a rigidez ou plasticidade;
- Registrar se houve intervenção ou interação com outros trabalhadores durante o atendimento e os motivos;
- Registrar se há o envolvimento de outras instituições e/ou da comunidade nas atividades desenvolvidas pelos trabalhadores? Os trabalhadores identificam e utilizam recursos e parceiros na comunidade? (Preocupação com imunização, com outras ações que possam não ser realizadas naquele setor, mas que é pertinente ao atendimento na perspectiva da integralidade, ações intersetoriais, Bolsa Família, escolas, Conselho Tutelar, Geavidas, Instituições Religiosas, Controle Social).
- Existem ações que são realizadas após o atendimento ao usuário, com base nas suas necessidades ou demandas observadas? Existem dificuldades ou facilidades para realizar estas ações?
- Existe o planejamento de ações ou atividades para serem realizadas com base nas demandas e necessidades da população? Existem dificuldades ou facilidades para realizar este planejamento, estas ações ou atividades?
- Registrar diálogos quando pertinente;
- Observar se a atividade em questão é realizada somente pelos AE e TE ou se em outros momentos esta atividade é realizada por trabalhadores de outras categorias;
- Qual o entendimento dos trabalhadores sobre a atividade que estão realizando?
- Como se dá o atendimento à demanda espontânea? No que são baseadas as tomadas de decisão? Como são realizados os encaminhamentos? Com base em quê?
- Quais são os mecanismos de priorização dos casos (risco, ordem de chegada, outros trabalhadores, regionalização)?

- Observar a direção das ações enquanto de promoção, prevenção, curativa, programática ou de vigilância;
- Observar as tecnologias utilizadas, enquanto dura, leve dura ou leve, nas ações (informação/conhecimento, materiais, agenda, encaminhamento);
- Observar e descrever atividades administrativas e burocráticas realizadas;
- Observar possíveis conflitos e suas resoluções entre os trabalhadores e destes com os usuários;
- Observar a complementaridade e/ou interdependência entre as ações dos trabalhadores;
- Observar a articulação ou não entre as ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação;
- Observar a responsabilização pela população de sua área de abrangência;
- Observar a coordenação do cuidado na referência e contra-referência e dentro da unidade de saúde;
- Observar a coordenação com a SMS;
- O que pode ser observado durante conversas entre os trabalhadores ou entre trabalhadores e usuários que permitem identificar a compreensão dos trabalhadores acerca de seu trabalho, de suas concepções de saúde e doença?
- Observar aspectos do espaço físico: barreiras físicas, disposição dos móveis, equipamentos, limpeza, iluminação, acomodações (bancos, cadeiras, mesas, divãs), ruídos (conversas de usuários, conversas de trabalhadores, choro de criança, telefone, outros);
- Qual é a dinâmica de utilização do espaço físico? Quem entra? De que forma entra? Para quê entra?
- Qual a próxima etapa deste atendimento?
- Registrar percepções pessoais da pesquisadora.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS AE E TE DA UBS

- Nome (iniciais), sexo, idade e nível de instrução.
- Nome da instituição onde fez o curso de auxiliar e/ou técnico em enfermagem e ano de conclusão.
- O que te levou a procurar pela enfermagem?
- Possui outra formação? Qual?
- Experiência de trabalho fora da enfermagem e na enfermagem (local, tempo);
- Trabalha em outro local além desta unidade de saúde? Onde? Em que trabalha? Qual a carga horária semanal?
- Tempo que trabalha como auxiliar e/ou técnico em enfermagem na ABS;
- Tempo de trabalho como auxiliar e/ou técnico em enfermagem em serviços não integrantes da ABS.
- Recebeu capacitação para trabalhar em uma unidade de atenção básica à saúde? Em que momento? Como foi?
- Fez outros cursos?
- Tem participado de congressos, jornadas ou outros eventos que não são ofertados de forma vinculada ao seu local de trabalho? Quais?
- O que te leva a participar destes eventos?
- Tem outras experiências de trabalho na prefeitura fora desta unidade de saúde?

PRODUTO

1 – Todo trabalho resulta em um produto, por exemplo:

A cozinheira produz comidas;

A costureira produz roupas;

O motorista do ônibus produz a locomoção das pessoas;

O professor ajuda a produzir conhecimento, aprendizado.

- Na sua opinião, o que o médico produz?
- E você quando trabalha aqui na unidade, produz o que?

NECESSIDADE

2 – Pensando que o produto de todo trabalho atende uma necessidade, por exemplo:

A cozinheira produz comida para atender uma necessidade de fome (se não tivéssemos fome, não precisaríamos ter comida);

A costureira produz roupa porque temos necessidade de vestir. Em uma tribo indígena sem a interferência da cultura do homem branco, não teria sentido produzir roupas;

A locomoção é produzida pelo motorista de ônibus porque as pessoas necessitam se locomover para vencer as distâncias, se olharmos para uma cidade de pequeno porte, pode ser que seus moradores não tenham essa necessidade;

O professor ajuda na produção do conhecimento porque os estudantes, as pessoas, tem necessidade de aprender.

- E aqui na Atenção Básica à Saúde, o que você considera que é necessidade de quem procura esta unidade de saúde?
- Os AE e TE identificam as necessidades dos usuários ao buscar pela UBS?
- O que é objeto do trabalho deles?

OBJETO

3 – Matéria prima é aquilo que a gente transforma para produzir algo (o produto) e desta forma atender uma necessidade, por exemplo:

A matéria prima que o cozinheiro utiliza no seu trabalho são os alimentos ainda não preparados para comer como o arroz cru, feijão cru, carne crua;

A matéria prima da costureira é o tecido;

A matéria prima do professor é o estudante ou pessoas que estão procurando aprender.

- Qual é a matéria prima aqui no seu trabalho?
- Exemplos: Alguém com fome (necessidade) -> legumes crus, carne crua, arroz cru, temperos (matéria prima) -> sopa produto.

RECURSOS

4 – A cozinheira para produzir a comida para atender a pessoa com fome precisa dos alimentos e para que esse alimento se transforme em comida ela precisa recorrer a diferentes recursos: talheres, panela, fogão, receita, conhecimento, tempo, conhecer um pouco do que seus clientes gostam de comer, saber se seus clientes costumam comer o que ela irá preparar, dialogar, conversar, entre outros...

A costureira para transformar o tecido em roupa precisa de linha, agulha, fita métrica, medidas dos clientes, máquina de costurar, moldes, conhecer o tipo de roupa que o seu cliente necessita por exemplo se é para casamento, para trabalho, para festa, entre outros...

O motorista de ônibus para produzir a locomoção precisa dos seguintes recursos: conhecer o trajeto, saber os pontos de parada, saber dirigir, saber conversar, dialogar, saber como abrir e fechar as portas, conhecer as regras de trânsito, conhecer ruídos que possam indicar problemas com o ônibus, conhecer regras dos direitos dos cidadãos como o direito do idoso de entrar sem pagar, entre outros...

O professor, para produzir aprendizado, precisa ter formação, conhecer pedagogia, precisa de livros, lousa, giz, aparelho de multimídia, lápis, caneta, mesa, entre outros...

- E você, o que considera que é necessário ter e saber para trabalhar nesta unidade, no atendimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem? Especifique de acordo com cada local de trabalho curativo, vacina, acolhimento, medicação, entre outros...
- Tem alguma coisa que você considera que é necessário ter ou saber para trabalhar aqui na unidade e que não foi abordado no seu curso de formação para auxiliar ou técnico de enfermagem? O que você identifica que não foi abordado e você precisa ter ou saber para trabalhar aqui?

- Os AE e TE identificam as individualidades dos usuários?

FINALIDADE

5 – No exemplo já dado em que a cozinheira produzirá a comida, uma sopa por exemplo, a finalidade do trabalho dela é saciar a fome para manter a vida.

- Para que você trabalha nesta unidade?
- Para que os serviços de saúde existem?
- Para que os serviços de saúde precisam curar, tratar pessoas ou prevenir doenças?
- Manter o homem trabalhando? Evitar que as pessoas falem do emprego?

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO - CONCEITO DE SAÚDE

6 – Puxar o conceito de saúde:

- Para você, o que é ter saúde? Bem estar?
- Quem está sem emprego tem saúde?
- Quem está sem casa tem saúde?
- Quem está vivenciando uma situação de separação de um relacionamento longo tem saúde?
- Já atendeu situações como estas?
- Quais recursos você tem disponível na Atenção Básica à Saúde para lidar com estas situações?
- Puxar aspectos da integralidade em relação as diversas dimensões do homem e em relação a integração dos serviços.
- Ausência de doença?
- Felicidade?
- Capacidade para trabalhar?
- Os serviços de saúde sempre funcionaram desta forma? Fale sobre isto.

DIFICULDADES

7 – Se você tivesse que mudar alguma coisa em sua prática aqui na unidade o que você mudaria?

O que você manteria, continuaria fazendo?

O que você deixaria de fazer?

O que você modificaria no trabalho e como?

Teria algo além que você poderia fazer e não tem feito? Por quê?

- Não posso fazer. Fale para mim o que é que você não pode fazer? Exemplifique.

Gostaria de dizer algo mais sobre sua experiência ou sobre o seu trabalho?

ANEXO 01 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 110/2008

Ribeirão Preto, 06 de maio de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de maio de 2008.

Protocolo: n° 0880/2008

Projeto: O PROCESSO DE TRABALHO DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira
Tauani Zampieri Fermينو

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Maria José Bistafa Pereira

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 02 – FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL – PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		/ / ATENDIMENTO
UN. PRESTADORA UBS		
ESPECIALIDADE	TIPO AT EV	
PROFISSIONAL	COREN	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
PRONTUÁRIO	SEXO	
RG	CNS	DATA NASC
		IDADE anos e dias
Naturalidade	UF	
NOME DA MÃE		
END.	CEP	
MUNICÍPIO	UF	BAIRRO
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____		
PRE-CONSULTA		
Peso (g)	Estatura (cm)	P.A. (mmHg) x Temp. (°C)
OBSERVAÇÃO _____		
Assinatura e Carimbo _____		
DADOS DO ATENDIMENTO		
EXAME CLÍNICO _____		
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____ CID _____		
TERAPEUTICA _____		
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS E SOLICITADOS _____		
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO _____		
PROCEDIMENTOS		
CODIGO	QTDE	CODIGO
		QTDE
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NA DATA		
Últimos exames	Últimos medicamentos	Vacinas em Atraso
		Não há vacinas em atraso
Últimos atendimentos	Atendimentos - Faltosos	Agendamentos
Recepção _____		