

PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DOS AMBULATÓRIOS GERAIS DE BLUMENAU

Vilma Margarete Simão¹
Keila Rezes de Bairros²
Diego André Kohler³

Introdução

Todo processo tem em si a noção de movimento. Em um processo de trabalho, o movimento se constitui desde a ideia da construção de algo útil a si e/ou à sociedade; então, da ideia, passa-se a pensar no que é necessário para torná-la realidade: do uso de matérias-primas/objeto de trabalho até os instrumentos de operacionalização do fazer. Resumindo, o processo tem um início (ideia e matéria-prima), um meio (instrumentos) e um fim (resultado inicialmente idealizado). Quando se fala no pensar, o necessário para colocar em ação toda a processualidade de um dado trabalho, infere-se uma dada capacidade teleológica para o desenvolvimento de qualquer trabalho, por isso mesmo ele é

¹ Doutora em Política Social, professora do Departamento de Serviço Social da Fundação Universidade Regional de Blumenau, e-mail: <vilmasimao@furb.br>. Endereço para correspondência: Heinrich Hosang, 165 Apto 1003 B, Bairro Victor Konder, Blumenau-SC, CEP: 89012-190, Brasil. Fone: (47)3222.1583.

² Graduanda de Enfermagem pela Fundação Universidade Regional de Blumenau. Bolsista PIBIC/CNPq, e-mail: <keila.bairros@hotmail.com>.

³ Graduando de Enfermagem pela Fundação Universidade Regional de Blumenau. Bolsista PIBIC/FURB, e-mail: <diego.andrekohler@gmail.com>.

unicamente humano (MARX, 1985). O processo de trabalho em saúde, como tantos outros, possui uma finalidade orientativa, um objeto e inúmeros meios e instrumentos utilizáveis para o alcance do resultado.

Em todo processo de trabalho desenvolvido por mais de uma pessoa, ou seja, por uma equipe, têm-se diferentes especialidades e por isso haverá uma divisão técnica do trabalho e uma cooperação entre aqueles que desenvolvem diferentes tarefas. Essa cooperação pode ser do tipo forçada, no caso em que há um controle externo aos sujeitos que põem em movimento o próprio processo. Portanto, para ser possível a materialização do resultado do trabalho na finalização de um serviço, há uma divisão técnica do trabalho, e dela decorre a existência de um trabalhador coletivo formado por diversos trabalhadores parciais (MARX, 1985).

O processo de trabalho em saúde, desenvolvido por uma equipe técnica que colabora entre si e constitui um trabalhador coletivo, será direcionado por uma finalidade que é determinada a partir de uma concepção do processo saúde/doença. Neste artigo, definem-se estes elementos do processo de trabalho: 1) finalidade: cuidado integral; 2) o objeto – necessidades de saúde da(s) pessoa(s); 3) instrumentos ou meios – materiais e não materiais; 4) resultado – satisfação das necessidades de saúde da(s) pessoa(s).

A integralidade do cuidado no atendimento dos profissionais de saúde é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tomando como referência Matta e Morosine (2013, p. 2), pode ser dito que, no âmbito do SUS, há três princípios fundamentais a serem considerados em relação à organização da atenção à saúde: universalidade, pelo qual o SUS deve garantir o atendimento de toda a população brasileira; igualdade da assistência à saúde; integralidade, pelo qual a assistência é “[...] entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema [...]” (Brasil, 1990). Considerando o princípio da igualdade e da integralidade com destaque à assistência de acordo com a exigência de cada caso, é

possível interpretar a presença de outro princípio: o da equidade⁴. Usando as palavras de Karl Marx, “De cada um segundo as suas capacidades, a cada um segundo as suas necessidades!” (2012, p. 43). Em outras palavras, uma vez que todos possuam acesso à satisfação de necessidades humanas historicamente construídas, há de se ter atenção àqueles com maiores exigências humanas na satisfação de necessidades, ou seja, para diminuir a desigualdade tratam-se os desiguais diferentemente, superando-se assim o direito burguês que trata os desiguais igualmente.

Na prática em saúde, a integralidade se realiza a partir do momento em que o profissional vê a pessoa na sua totalidade biopsicossocial-espiritual/cultural. Considerando que esse indivíduo está inserido em uma sociedade na qual há constantes mudanças, deve-se considerar as diferentes dimensões em que ele mantém relações e que refletem em seu ser. Nestes cenários encontram-se a família, amigos, trabalho, escola, lazer, enfim, a sociedade como um todo.

É possível a atenção integral por um só profissional? Talvez sim; porém, com a atenção multiprofissional, o processo poderá ser mais facilitado. A equipe de saúde multiprofissional, que trabalha de maneira articulada e tem o olhar amplo, adquire a capacidade de ver a(s) pessoa(s) com necessidade(s) de saúde na sua dimensão subjetiva e objetiva. A partir do momento que a equipe de saúde alcança esta capacidade, é bem possível que irá ter maior resolutividade em seu trabalho. Segundo Campos (2003), as ações para o atendimento integral são ofertadas de forma articulada, com visão de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco,

⁴ A Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, ao falar sobre a reorganização do SUS, dispõe sobre integralidade com equidade: “um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada”. E no referente à criação e ao funcionamento do sistema de saúde municipal adverte para a equidade entre os sistemas municipais. Já na Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998, a equidade aparece claramente como princípio do SUS: “[...] os esforços para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios – universalização, equidade, integralidade, intersetorialidade e participação social – que norteiam o Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 1998, p. 04).

assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença.

As condições de trabalho oferecidas ao profissional para que ele atenda de forma integral o usuário são muito importantes. Na análise das condições de trabalho consideram-se a demanda proporcional ao tempo oferecido para esse profissional, a estrutura física da unidade de saúde onde é desenvolvido esse trabalho, a remuneração do trabalhador como forma de incentivo ao profissional para sua atuação, capacitações da equipe de saúde para desenvolver a integralidade do cuidado de forma plena e também a predisposição de cada profissional em realizar seu atendimento com um olhar integral para com seu usuário.

A atenção integral, nos dias atuais, é fator de grande importância na ação curativa de promoção e prevenção em saúde que o profissional realiza na sua unidade. No entanto, fazem-se necessários os meios e instrumentos adequados para proporcionar à equipe a efetivação do cuidado integral e uma rede de serviços de atenção à saúde voltada para a população do município e complementada pela atenção regionalizada.

O SUS em Blumenau tem a atenção à saúde habilitada em Gestão Plena do Sistema Municipal em Gestão e, evidentemente, em gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Blumenau é uma cidade industrializada, com predomínio do setor têxtil, é a terceira maior cidade de Santa Catarina em termos de população, somando um total de 329 082 pessoas e o Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,806 (PNUD, 2013), sexta posição em relação aos demais municípios do estado de Santa Catarina. Em termos de estabelecimentos de saúde, possui 128 estabelecimentos integrados à rede de serviços do SUS, sendo um público federal, 69 públicos municipais e 163 da iniciativa privada (IBGE, 2010) – somente as cidades de Florianópolis e Joinville possuem maior número de estabelecimentos de saúde.

O sistema de saúde do município de Blumenau é habilitado, pela Comissão Intergestores Bipartite, como Gestão Plena do Sistema Municipal, com gestão pactuada. Adequada ao princípio de regionalização do SUS, Santa Catarina possui 09 macrorregiões de

saúde, e Blumenau integra a Macrorregião de Saúde do Vale Do Itajaí, que é composta por 03 (três) Regiões de Saúde: Região de Saúde de Blumenau, Região de Saúde de Rio do Sul e Região de Saúde de Timbó. Os municípios de referência da Região de Saúde Blumenau são Blumenau, Gaspar e Pomerode, com uma população de referência de 370.690 habitantes. No entanto, a atenção de alta e média complexidade está praticamente concentrada em Blumenau; são aproximadamente 26 os municípios que encaminham para atendimento de média complexidade para os municípios referência na região (SANTA CATARINA, 2009).

Contudo, na rede de cuidado no município de Blumenau, há uma particularidade pela existência de ambulatorios gerais herdados das décadas anteriores ao Sistema Único de Saúde. Essa particularidade é decorrente do fato de eles existirem somente no município de Blumenau. São sete unidades atuantes e cada unidade é responsável por mais de 40.000 usuários, prestando serviços de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Pelo tempo de existência e por conter uma equipe com especialidades diferentes da existente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), há grande procura pelo serviço de saúde oferecido por meio dos Ambulatórios Gerais (AGs) e essa procura também se dá pelo fato do município de Blumenau não possuir completa cobertura de Equipes de Saúde da Família.

A partir da identificação da grande influência que os AGs têm no cuidado à saúde da população blumenauense, sentiu-se a necessidade de um estudo sobre o processo de trabalho realizado pelas equipes de saúde de tais unidades. Para tanto, buscou-se identificar as possibilidades de ser atingida a integralidade do cuidado, por meio do processo de trabalho das equipes, com obtenção de um resultado que viabiliza a satisfação das necessidades de saúde da(s) pessoa(s) que procuram por atendimento nos AGs.

Metodologia. O universo desta pesquisa são os sete Ambulatórios Gerais da Prefeitura Municipal de Blumenau – SC. A amostra foi constituída de dois ambulatorios: Ambulatório Geral Mário Jorge Vieira e Ambulatório Geral Irmã Marta Kunzmann.

Na escolha dessas duas unidades, foram utilizados os seguintes critérios: a) abertura para o desenvolvimento de novas práticas com adesão ao PET Saúde; b) disponibilidade para receber estudantes de graduação e contribuir na sua formação; e c) conselho de saúde local constituído no território da unidade de saúde. Tratou-se de uma investigação qualitativa, em que foi utilizada como técnica de coleta de dados o estudo de caso analítico, realizado em dois momentos distintos e complementares. No primeiro momento, foi feito o estudo da documentação oficial existente nos Ambulatórios Gerais juntamente com as observações sistemáticas do processo de trabalho desenvolvido nas unidades. Essas observações foram realizadas pelos pesquisadores autores. Os locais das observações foram as salas de espera para consulta, na recepção das unidades, durante atendimentos médicos a usuários escolhidos aleatoriamente e que se disponibilizavam a participar da pesquisa. As observações ao processo de trabalho desenvolvido nos AGs foram intercaladas entre os três turnos de trabalho – manhã, tarde e noite –, por um período de quatro meses – do mês de setembro ao mês de dezembro do ano de 2012 – e duravam cerca de quatro horas. Desta forma, pode-se notar o transcorrer do processo de trabalho durante toda a jornada de trabalho, suas diferentes demandas, bem como a atuação e o conhecimento dos diferentes profissionais e suas especialidades, a infraestrutura das unidades e a tramitação do usuário, desde sua chegada à unidade até a saída após seu atendimento. A partir da sistematização dos dados, organizaram-se os roteiros de entrevistas semiestruturadas que foram aplicadas, no primeiro semestre de 2013, a dez usuários dos AGs, escolhidos aleatoriamente entre aqueles que aceitavam fazer parte do estudo. No segundo momento, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas com os profissionais das unidades: dois Enfermeiros, uma Médica pediatra, dois Técnicos de Enfermagem, dois Farmacêuticos, dois Fisioterapeutas, um auxiliar de Enfermagem, duas Assistentes Sociais, duas Fonoaudiólogas, dois Psicólogos, dois Dentistas, um Médico Clínico Geral, uma Nutricionista e uma Técnica em saúde Bucal. O critério de escolha dos profissionais a serem entrevistados foi a especialidade, a

aceitação para fazer parte da pesquisa e estar atuando no Ambulatório no horário em que os pesquisadores estavam fazendo trabalho de campo para realização da coleta de dados. Em seguida, os dados coletados foram organizados e analisados à luz do método hermenêutico-dialético. Foram registradas em áudio e transcritas em forma de texto trinta e quatro entrevistas, porém na organização deste artigo foram utilizadas as mais densas em conteúdo. Para organização dos dados, foram consideradas palavras utilizadas repetidamente, o contexto no qual a informação foi obtida, concordâncias e discordâncias entre as visões dos entrevistados, respostas dadas em função de experiências pessoais de maior relevância do que impressões vagas, ideias principais, dificuldades de compreensão das perguntas feitas, entusiasmos, dificuldades no enfrentamento de desafios, etc. Quanto aos fins, esta caracteriza-se como pesquisa exploratória, com a finalidade de identificar como se realiza o processo de trabalho desenvolvido nos AGs de Blumenau e se este possibilita a efetivação do princípio da integralidade do cuidado da Política Nacional de Humanização, superando o modelo biomédico e praticando assistência integral à saúde. Para exposição do conteúdo das entrevistas, cada entrevistado foi apresentado por sua especialização com uma codificação numérica (Enfermeiro 1, Médico 2, Assistente Social 3,...) em atendimento aos aspectos éticos e legais.

As categorias de análise são processo de trabalho, cooperação, trabalhador coletivo, autonomia, condições de trabalho e integralidade no cuidado.

Os procedimentos da investigação respeitaram o constante na Declaração de Helsínki e as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96 e n. 251, de 07/08/97; o projeto passou pelo Comitê Ético da FURB e está arquivado sob o número 047/12, e os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1. Elementos do processo de trabalho em saúde

Na literatura sobre processo de trabalho em saúde, destacam-se os autores Maria Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Maria Cecília Puntel de Almeida, pioneiros na abordagem marxista da saúde no Brasil. Além deles, destaca-se Emerson Elias Merhy. E a maior polêmica entre esses autores é quanto ao objeto do trabalho em saúde. Não é objetivo aqui discorrer sobre tal polêmica, entretanto quer-se deixar claro que neste artigo a referência na delimitação do objeto do processo de trabalho em saúde é Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, o qual entende o objeto do processo de trabalho em saúde como sendo necessidades de saúde.

Considerando as polêmicas em torno da delimitação do objeto, pode ser dito que o modelo de assistência em saúde direcionará o processo de trabalho em saúde. Quando o objeto de trabalho é a necessidade de saúde, a pessoa ou a coletividade é vista integralmente, na condição de ser natural (biológico), social, psíquico, cultural, espiritual, afetivo etc. e o resultado almejado não será apenas a cura de um órgão do corpo, mas sim as condições de saúde e melhora na qualidade de vida dos sujeitos, o que às vezes extrapola a ação direta de profissionais e dos serviços de saúde.

Quanto à finalidade e resultado do processo de trabalho em saúde, destaque-se o entendimento do autor Sampaio (1992, p. 63): finalidade é “[...] viabilizar meios para prestação de uma assistência eficiente e eficaz, possibilitando a satisfação das necessidades de saúde a(s) pessoa(s)” e o resultado “[...] são as alterações na saúde da(s) pessoa(s), seja em sua promoção, na prevenção, recuperação ou reabilitação de agravos ou doenças”.

A partir do que Sampaio aponta como finalidade e da delimitação do princípio da integralidade da assistência pelo Sistema Único de Saúde, pode ser dito que a finalidade do processo de trabalho é a atenção integral às necessidades de saúde da(s) pessoa(s).

Cecílio (2001, p. 113) alerta que esses dois conceitos – integralidade e equidade – constituem os objetivos da atenção à saúde. Para o autor, além da discussão do simples consumo e acesso a determinados serviços, o debate sobre a integralidade remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. Isso implica, necessariamente, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento, construindo novos saberes e adotando inovações nas práticas em saúde. É necessário, portanto, reconhecer que as necessidades em saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual. (COSTA, 2004, p. 09).

Integralidade como finalidade implica pensar no percurso e nas formas que possibilitam sua materialização. Para tanto, segue-se a abordagem de Assis (2010, p. 18), que evidencia as diferentes formas da integralidade no cuidado à saúde. Diz o autor que ela se materializa por meio do acesso aos serviços e na garantia de percurso das pessoas a todos os serviços da rede de atenção à saúde. Para tal efetivação, é imprescindível uma relação horizontalizada entre profissional e a pessoa sujeito do cuidado, portanto, com a presença de acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade na construção das linhas de cuidado.

Quanto aos instrumentos ou meios do processo de trabalho, a maioria dos escritores referiam-se a Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, definindo-os como materiais (equipamentos, serviços, medicamentos, entre outros) e não materiais (os saberes). Por outro, autores ressaltam que “[...] os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto” (ASSIS, 2010, p. 64).

Outro elemento na discussão do processo de trabalho em saúde é quanto aos sujeitos que movimentam o processo. Há tendência de unanimidade de que nele há dois sujeitos: pessoas/usuários e profissionais. São eles que movimentam o processo de cuidado, embora o processo saúde/doença seja

determinado por todas as condições objetivas e subjetivas da produção da saúde, com ou sem resolutividade.

Esse cuidar em saúde envolve os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) e os instrumentos de trabalho que trabalharão a matéria-prima do cuidar; e este não pode estar dissociado da história, das habilidades, da inteligência, da criatividade, que através do diálogo compartilharão, tornando familiar o que até então era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Pois, não basta apenas fazer o outro falar sobre aquilo que o profissional de saúde sabe que é relevante. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável, para que possamos colocar em prática os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados (SAMPAIO, 2012, p. 66).

Embora “todo processo de trabalho tenha um sujeito – ou conjunto de sujeitos – que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos” (FARIA, 2009, p. 25), esse(s) sujeito(s) que movimenta o processo poderá estar sob o “comando” do Estado, o qual determinará políticas de conduta e de processo de trabalho. Mas há também a possibilidade de um processo de trabalho ser desenvolvido autonomamente, com uma direção partilhada entre profissionais e usuários e sem controle ou exigências externas.

O processo de trabalho em saúde é desenvolvido com divisão de tarefas entre um grupo de pessoas e no mesmo tempo estará sendo reconstituída a cooperação – própria da presença do trabalhador coletivo – como um dos sustentáculos da produção do cuidado, pois dificilmente um só profissional é capaz de reconstituir ou garantir integralmente a condição de saúde de uma pessoa ou coletividade. No processo de trabalho em saúde, há interdependência dos saberes.

Considerando o usuário como sujeito do processo do cuidado e objetivando um atendimento integral, é insuficiente um processo de trabalho limitado à estrutura organizacional

hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde. É fundamental o desenvolvimento de um trabalhador coletivo da saúde, desenvolvido por meio de trabalho em equipes, construindo qualidade real da atenção individual e coletiva aos usuários do sistema de saúde.

Para Merhy (1995 apud RODRIGUES; ARAÚJO, 2010), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado, que se realiza por meio de processo de trabalho em saúde. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal entre sujeitos do cuidado e os profissionais de saúde. Apesar de ser um dos produtores do cuidado, o trabalhador em saúde possui relativa autonomia, pois também sofre interferências em suas ações profissionais, em diferentes situações enfrentadas no cotidiano, até mesmo por decorrência das condições de trabalho a ele possibilitadas, por exemplo: alta demanda de atendimento, deficiência de profissionais, disponibilização insuficiente de materiais, cooperação e adesão do usuário ao plano terapêutico pactuado.

No processo de trabalho em saúde dentro do SUS, têm-se trabalhadores que atuam de modo coletivo em espaços diferentes no intuito de obter os mesmos resultados, voltados à promoção da saúde de uma população. Há então a necessidade de uma comunicação entre esses trabalhadores e uma visão de trabalho conjunta para a efetivação do cuidado, compartilhando-se as informações de saúde/doença dos usuários.

A política nacional de saúde determina que o objetivo da rede de saúde é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

O usuário que utiliza essa rede será atendido por diversos profissionais de saúde e em locais diferentes. Para que ele tenha sua saúde restabelecida, necessita ser acompanhado por trabalhadores que veem na ação coletiva a forma de alcançar a resolutividade, dando ideal atenção à singularidade do ser humano, assim

adaptando os planos terapêuticos e referenciando ou contrarreferenciando cada ação realizada.

Nos itens a seguir, serão analisados, a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, o processo de trabalho desenvolvido nos AGs e as possibilidades de alcance dos resultados identificáveis, como viabilizar meios para prestação de uma assistência eficiente e eficaz, possibilitando a satisfação das necessidades de saúde da(s) pessoa(s), orientados pela finalidade de cuidado integral.

2. Caracterização dos ambulatórios gerais da rede de saúde de Blumenau

As unidades de saúde acompanhadas para o estudo do processo de trabalho em saúde são denominadas de Ambulatórios Gerais, do município de Blumenau.

Construídos em alvenaria, em terrenos planos, os AGs contam, em média, com 850m² de área construída, distribuída entre 25 a 30 salas de atendimento designadas para recepção, arquivamento de prontuários dos usuários e documentos da unidade, coordenação da unidade, consulta médica, consulta de enfermagem, esterilização de material, curativos, tratamento fisioterápico, tratamento odontológico, farmácia, controle do SISREG (Sistema Nacional de Regulação), marcação de exames laboratoriais e não laboratoriais aos usuários, copa, sala de espera, banheiros e também uma sala de atendimento emergencial, que possui os equipamentos e suportes necessários para estabilizar o sujeito em risco e transportá-lo a unidade com maior suporte de atendimento (pronto-socorro de hospitais). Localizam-se em pontos de suas regiões de abrangência, que visam à facilitação do acesso a seus usuários. Os ambulatórios gerais são existentes desde a década de 1970, porém a rede atual também é constituída por prédios inaugurados a partir da década de 2000, alguns em reformas para melhorias. Além de sua estrutura, os AGs contam com profissionais de diferentes especialidades e o número varia entre 70 e 80 pessoas atuando em diferentes turnos (manhã, tarde e noite).

Os ambulatórios são referência para cerca de 40.000 usuários, tendo em média 600 atendimentos diários dispersos entre consultas médicas, odontológicas, especialidades, dispensação de medicamentos, grupos de saúde, entre outros serviços oferecidos pelos AG's. Esta demanda se dá ao fato de atenderem a população de referência, já que contam com especialidades como fisioterapia e fonoaudiologia que podem ser caracterizadas próprias do nível de atenção em saúde secundária.

Os Ambulatórios Gerais são um “tipo” de unidade de saúde de iniciativa do governo local e anteriores à organização da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), por isso há dificuldade em enquadrá-los dentro da rede de serviços de saúde definida pelo Estado brasileiro. Porém, é possível configurá-los como unidade de saúde de nível básico. De acordo com material organizado pelo Ministério da Saúde, denominado “O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios” (BRASIL, 2005), no atual momento histórico os AGs podem ser caracterizados como unidades da atenção básica do tipo centro de saúde/unidade básica de saúde. Neles são realizados atendimentos de atenção básica e integral a uma população adstrita, de forma programada ou não, nas especialidades básicas e é oferecida permanente assistência fonoaudiológica, ginecológica, pediátrica, clínica geral, odontológica, psicológica, farmacêutica, de assistência social e de enfermagem. No Ambulatório Geral Irmã Marta Kunzmann assistência nutricional e cardiológica e o serviço de apoio diagnóstico terapêutico (SADT). No entanto, igualmente a todos os demais, não realiza pronto atendimento 24 horas e não realiza cirurgias ambulatoriais especializadas e exames laboratoriais de qualquer tipo. Então, a atenção à saúde processada nos AGs não se caracteriza como de média complexidade.

2.1. Processo de trabalho em saúde das equipes dos AGs

Para entendimento do processo de trabalho em saúde dos AGs de Blumenau, foram utilizados dados secundários, coletados de documentos das unidades que apresentassem registros do

trabalho realizado pela equipe, dados primários obtidos por meio de observações sistemáticas da rotina dos profissionais e entrevista aplicada aos profissionais e usuários locais.

Nos documentos consultados, notou-se a falta de registros oficiais que descrevessem como se realiza o processo de trabalho na unidade. Os documentos disponíveis nas unidades continham somente informações sobre problemas de infraestrutura e recursos humanos. Não foi localizado registro de reuniões de equipe, no entanto os profissionais afirmam que elas ocorrem semanalmente. Nos AGs pertencentes à amostra, os documentos existentes eram as correspondências eletrônicas emitidas ou recebidas pela coordenação, restando dificultado, pois, o acesso dos pesquisadores a essa fonte de dados. As coordenadoras dos AGs citaram os seguintes documentos: planos de trabalhos; controle de férias; controle de contrato; memorando do mês; planilha de transporte e vale-alimentação; formulário de solicitação de funcionários; escala de plantão; normatização de atendimento na recepção. Outros documentos como descrição do processo de trabalho, informações sobre grupos de saúde desenvolvidos pela unidade e lista das ruas da área de abrangência foram disponibilizados em cópias aos pesquisadores.

De acordo com a documentação existente nos AGs, os procedimentos de atendimento aos usuários das unidades ocorrem no seguinte modo:

[...] o primeiro contato do usuário com a equipe é por meio da pessoa da recepção que agenda sua consulta e caso o usuário necessite de consulta de urgência o prontuário é aberto e o mesmo é dirigido para consulta de enfermagem na qual é feita a triagem e avaliação da ação subsequente: procedimentos, encaminhamentos, consultas médica ou agendamento. Quanto ao agendamento de consulta há procedimentos diferenciados: para nutricionista e ginecologia é diário, porém, para a psicologia, pediatria e clínica geral apenas um dia na semana. Contudo, havendo disponibilidade de vaga o agendamento ocorre para qualquer dia da semana. Mais dificultoso é o agendamento com a fonoaudiologia e fisioterapia, para essas especialidades há lista de espera. No concernente a dispensação de medicamentos

controlados são diárias e acontecem entre as 8h00min ao 12h00min e das 13h00min às 20h00min. (BLUMENAU, 2013).

A seguir serão apresentados e analisados os dados coletados, por meio das entrevistas semiestruturadas, sobre o processo de trabalho das equipes dos AGs.

Para Souza (1993), qualquer processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa e um trabalhador coletivo, que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço. Referenciado em Karl Marx, Cipolla (2005) entende por “dimensão cooperativa” a combinação de diferentes trabalhadores executando concomitantemente fases diversas de um trabalho concreto coletivo que se apresenta como uma força produtiva. Ou seja, as operações são realizadas por um corpo coletivo de trabalhadores e o trabalho aparece como um conjunto de atividades simultâneas ou consequentes. Como o trabalho concreto parcial de um grupo nutre o trabalho concreto parcial de outro grupo, a existência simultânea do trabalho concreto em todas as fases parciais pressupõe um equilíbrio quantitativo do número de trabalhadores engajados em cada fase específica, uma proporcionalidade capaz de manter as várias partes constantemente ocupadas. A divisão técnica do trabalho é a responsável pela transformação do trabalho individual em organismo coletivo, “isto é, pela mútua dependência entre suas várias partes, de modo que cada trabalhador fornece trabalho diretamente ao trabalhador seguinte” (CIPOLLA, 2005, p. 13-14).

Com objetivo de análise da presença da dimensão cooperação entre os diferentes profissionais que desenvolvem um processo de trabalho em comum, perguntou-se sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe. E, quando questionados sobre a existência de trabalho em equipe, profissionais respondem:

Tem. Toda equipe é bem casada, principalmente a enfermagem. Quando eu entrei a equipe multiprofissional era bem pequena, dificultando o cumprimento da agenda e não havia tempo para conversar. Existe forte imposição por parte da gestão, que vem da Secretaria, para que você produza. Que a psicóloga marque

dois pacientes por horário, um a cada meia hora, pois tem que mostrar números e não prioriza a qualidade, e sim a quantidade [...] (ENFERMEIRA 2).

Eu trabalho na área que é com a educação alimentar que é com o Serviço Social, com a Nutrição, com a Enfermagem ou com os profissionais que a gente necessita, mas eu acho assim, precisando, a gente pode contar com todos aqui. O trabalho em equipe, que eu digo, se refere as minhas necessidades porque eu vou atrás. Acho que ainda existe dificuldade de colocar os profissionais envolvidos em atividade de equipe mesmo, acredito que em função dessa questão de atendimento, sempre é muita gente tem que dar conta, então isso acaba causando dificuldades para reunião de equipe para conversar e expor melhor as nossas necessidades. (FONOAUDIÓLOGA 15).

Sim, tem. Inclusive hoje nós estamos trabalhando e desenvolvendo grupos de estudo. E estamos encaminhando esses pacientes para suas especialidades. Então a gente avalia o paciente e cada profissional dá a sua parcela, a sua contribuição. Então um encaminha para o outro, existe esse trabalho em equipe. (FISIOTERAPEUTA 3).

Há trabalho em equipe sim, não um formal, mas informal. [...] Não existe assim alguma coisa formal, mas informalmente é bem comum. Psicóloga, fonoaudiologia... que de vez em quando a gente pega uma criança e já encaminha e conversa para falar mais ou menos o que a gente percebeu durante a consulta, enfim... (MÉDICA PEDIATRA 30).

A cooperação acontece quando existem as condições de trabalho necessárias para que ela se realize, como disponibilidade de tempo do profissional para que ele possa exercer seu trabalho de forma resolutiva, assim alcançando o objetivo comum ao grupo de produtores. Numa das entrevistas ora referidas, um profissional relatou a cobrança da Secretaria de Saúde em relação à produção e a maior ênfase em quantidade do que qualidade do serviço prestado ao usuário. Essa imposição dificulta o processo de trabalho em saúde, já que diminui o tempo de atenção prestado ao usuário,

inibindo a conquista do resultado almejado para um cuidado resolutivo, ou seja, impede viabilizar meios para prestação de uma assistência eficiente e eficaz, possibilitando a satisfação das necessidades de saúde da(s) pessoa(s).

A Enfermeira 2 diz que toda equipe é bem casada, mas destaca o entrosamento entre os profissionais de enfermagem. É mais comum a existência de cooperação voluntária entre profissionais com a mesma especialidade, a qual é mediada pela identidade de corporação. Ao discutirmos cooperação, leva-se em consideração os tipos de cooperação elencadas nos escritos de Karl Marx (2005): a cooperação voluntária e a cooperação forçada. O trabalhador coletivo terá seu trabalho diferenciado quando agir destas duas formas. Ao trabalhar de forma voluntária, irá demonstrar interesse e comprometimento no seu ato; já ao trabalhar de forma forçada, estará desenvolvendo seu trabalho nos limites da divisão técnica, muitas vezes sem comprometimento com o resultado ou sem interesse de extrapolar ações meramente curativas. Analisando as entrevistas, é evidente a existência da cooperação por força da divisão técnica do trabalho.

Ao serem questionados sobre as ações desenvolvidas nas unidades em estudo, como, por exemplo, quais eram os grupos de saúde organizados pelo AG ou qual a função específica de cada membro da equipe, os trabalhadores possuíam respostas bem diferenciadas. Alguns desconheciam grande parte da rotina ou dos trabalhos realizados na unidade em que trabalham, indicando ausência de interação entre os profissionais, o que dificulta o trabalho coletivo com a presença de cooperação para além da rígida divisão técnica do trabalho. A ausência de comunicação entre as equipes de saúde de cada AG pode ser uma consequência da falta de tempo dos profissionais que necessitam atender aos usuários e “dar conta” da demanda.

Entende-se que para a ação do processo de trabalho em saúde necessita-se de um trabalhador com autonomia na efetivação do resultado de seu trabalho. Ao agir autonomamente, de maneira positiva, buscando resolutividade em seu trabalho, este profissional poderá melhor contribuir na qualificação do serviço prestado e

consequentemente aperfeiçoar sua atuação na atenção às necessidades de saúde da(s) pessoa(s). Foi identificada presença de iniciativa autônoma na realização de ações por trabalhadores dos AGs, em decorrência de ausência de apoio dos gestores para *o fazer*. Em passagens das entrevistas descritas a seguir, fica clara ausência de autonomia decisória, porém, ao atender as exigências dos dirigentes sem suporte adequado, há de se ter capacidade reflexiva, criatividade e de se eleger alternativas e decidir sobre as mais diversas viáveis. Esses são elementos de autonomia que aparecem relatados no que segue.

Não existem condições para formação de grupos. Eu liguei na secretária e perguntei “O que vocês oferecem? Que suporte vocês dão para isso?”, porque eles falam que a gente tem que organizar grupos, tem que fazer isso, fazer aquilo. Mas, na verdade, eles não dão suporte nenhum, nada, pelo menos para os diabéticos não. Temos que correr atrás de tudo, pedir para o colega, para a creche, graças a Deus tem a associação dos diabéticos que nos apoia até hoje, que a gente conseguiu abrir pelo estímulo deles, porque eles falaram “se precisar de palestrantes eu vou, se precisar de tal coisa eu vou”. A Secretaria não te oferece nenhuma estrutura, tu tens que correr atrás de tudo, espaço físico, palestrante, caixa de som, etc. É dessa forma. (FARMACÊUTICA 6).

Sobre as atividades, todos os grupos são de iniciativa do funcionário, a gente que acaba vendo que tem demanda, que precisa de orientação, aí nós nos articulamos para ver se vai ter adesão ou não. Esse do diabético, por exemplo, está indo para o 3º ano e com uma demanda de 40 a 50 pessoas para as reuniões mensais. (FONOAUDIÓLOGA 4).

Novamente depara-se com a questão de condições de trabalho oferecidas aos profissionais da saúde. As condições objetivas de trabalho aos profissionais das unidades são insuficientes e, para que o trabalho seja realmente realizado, obtendo resultados significativos, os profissionais por iniciativa própria, ou seja, autonomamente, definem a melhor maneira de realizar seu trabalho

e buscam recursos sociais, sem apoio da Secretaria Municipal de Saúde para atender aos usuários.

De acordo com Souza (1993 apud RODRIGUES; ARAÚJO, 2010), o trabalhador coletivo terá uma direcionalidade técnica, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica do serviço de saúde, e, juntamente com esses conhecimentos, levará em consideração ainda as condições objetivas de trabalho, como os materiais. Quando arguidos sobre suas condições objetivas de trabalho, os profissionais indicam fragilidade nas condições objetivas de trabalho, o que pode ser conferido nestas passagens de entrevistas:

Vou te dar mais um exemplo: os equipamentos que eu utilizo aqui para reabilitação dos meus pacientes são meus, particulares. Eu solicitei esses equipamentos mais de dez vezes, fiz uma lista de compras mais de dez vezes e nunca foi atendido. Então assim ó, o SUS ele tem profissionais muito preocupados em desenvolverem o seu trabalho, só que muitas vezes esses profissionais eles precisam sozinhos buscar recursos, materiais. (FISIOTERAPEUTA 14).

Então, assim, é muito focado no receituário e numa caneta, é isso que tu tem especificamente para trabalhar com uma pessoa, um receituário e uma caneta. E aí parte de ti. Por exemplo, eu monto as minhas orientações em casa coloco no *pen drive* para poder chegar aqui no AG e encaminhar para coordenação para aí poder imprimir e utilizar. É bem complicado a questão de materiais. (NUTRICIONISTA 21).

O profissional sofre a cobrança por produção e resolutividade em seus atendimentos, seja por parte da coordenação do AG, secretaria municipal de saúde e usuários, porém existem dificuldades na obtenção de recursos objetivos para que o seu trabalho seja executado de forma mais qualificada.

Quanto ao instrumento imaterial, é apresentado pelos entrevistados como frágil. Os profissionais mencionam que há deficiência na formação profissional para atuação no sistema público de saúde, até mesmo sobre processo de trabalho em saúde.

Entende-se que os conhecimentos científicos dos profissionais adquiridos nas suas trajetórias de formação são também os meios utilizados além dos meios materiais, para alcançar a resolutividade de seu trabalho. Por consequência de deficiência na formação profissional, há trabalhadores que dizem ter aprendido sobre processo de trabalho em saúde na prática cotidiana no interior dos AGs. A necessidade de atender aos usuários e apresentar resultados significantes sobre o processo saúde/doença exige que os trabalhadores se adaptem às diversas situações e entendam rapidamente a rotina de suas unidades juntamente com o rápido entendimento do funcionamento do SUS.

Identificou-se, assim, falha nos conhecimentos científicos por parte dos profissionais. Existe uma insuficiência no concernente aos conhecimentos gerais referentes ao processo de trabalho em saúde e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), as quais são direcionadoras do trabalho de todos os profissionais que nele atuam.

Representando o coletivo das respostas, destacam-se duas delas, que de maneira clara indicam obtenção de conhecimento do SUS e do processo coletivo de trabalho em saúde pela experiência:

A gente vai adquirindo com o tempo de trabalho. Eu não tinha muito informação não, porque quando a gente passa no concurso da prefeitura, simplesmente dizem pra ti: “Tu vai trabalhar em tal lugar.” Daí tu é meio que jogada lá no serviço e aí tu vai engatinhando até tu conseguir construir alguma coisa. Quanto ao processo de trabalho fui descobrindo aos poucos, tinha uma assistente social que trabalhava aqui e foi me passando algumas coisas e através de reuniões da categoria. (ASSISTENTE SOCIAL 12).

Processo de trabalho em saúde acredite: eu não tenho esse conhecimento. Mas acredito que seja rotina, seja definido as funções, até aonde pode ir a tua função. (FONOAUDIÓLOGA 4).

Processo de trabalho? A própria equipe já nos passava como é que era esse processo, então a gente ia se integrando e fazendo

como já estava sendo feito. Nunca ninguém nos passou assim... não se teve uma instrução por fora só mesmo no próprio local de trabalho durante a rotina. (TÉCNICA EM SAÚDE BUCAL 17).

Segundo Ceccim-Feurwerker (2004), a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Todo profissional em saúde necessita estar em incessante aperfeiçoamento de seus conhecimentos, pois este setor encontra-se em constante aprimoramento de seus meios e instrumentos de trabalho. O conhecimento dessas mudanças traz melhoria na atuação de trabalhadores, no caso em saúde, em relação aos usuários, oferecendo a eles planos terapêuticos mais resolutivos. Esse aperfeiçoamento e aprofundamento do conhecimento, diferentemente do que ocorre com os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), não é estimulado e nem viabilizado pelos gestores dos AGs, verificável nos trechos de entrevistas descritos a seguir. A falta de uma regularização dos Ambulatórios Gerais nas políticas de saúde também se reflete na capacitação dos profissionais. Como não são unidades de ESF, eles não possuem acesso às capacitações oferecidas semanalmente aos profissionais da ESF.

[...] capacitação! Eu sou formada a bastante tempo, a minha formação não está nem um pouco adequada para a realidade hoje. Formei-me na década de 1990. Mas tu mesma tens que estar buscando e no caso do farmacêutico as capacitações podem ser gerais como essa da humanização, que era para todo mundo, porém algumas são específicas da área e tu tens que buscar fora, pois o específico da área a Secretaria não promove nada e ainda quando você busca fora tem que ser recurso próprio. [...] Como somos AG a gente participou de uma oficina e nessa só quem participou foi eu e a D. (assistente social) e antes as oficinas não eram oferecidas para AG, era só nível de ESF. Então, o ESF tem a possibilidade de fechar a unidade e todos irem participar da

oficina, quando retorna para a unidade todo mundo recebeu a mesma informação, a mesma instrução, agora a gente que é do Ambulatório é mais complicado porque ele nunca é fechado para esse tipo de situação, tem 70 e poucos funcionários e você conseguir que todo mundo entenda mais ou menos é muito complicado, na prática é um desafio. (FARMACÊUTICA 6).

A gente começou com uns cursos feitos na FURB (Universidade Regional de Blumenau), mas isso faz mais de 20 anos, o profissional tinha mais curso, hoje em dia a gente quase não tem curso de capacitação. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 5).

No entanto, a atuação dos profissionais nos AGs exige acompanhamento próximo e envolvido com a comunidade, o que requer capacitações e conhecimentos específicos sobre atuação em atenção básica.

Segundo Silva, Ogata e Machado (2007), a falta de profissionais com perfil adequado, problemas de gestão e organização da atenção são alguns dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS. Sendo assim, torna-se necessária a regularização dos Ambulatórios Gerais de Blumenau para também proporcionar aos profissionais condições de aprimorando dos saberes para atuação na saúde pública. Considerando que os AGs também atuam na atenção básica, poderiam ter o mesmo tratamento adotado à ESF, em que à equipe é possibilitado o fechamento semanal da unidade para participar das capacitações oferecidas aos profissionais da saúde pública.

Para todos os profissionais das unidades, a Secretaria Municipal de saúde é a gestora e delegadora de conduta dos profissionais, mas no que diz respeito à disponibilização de instrumentos materiais para o trabalho com os usuários existem muitas dificuldades e burocracias a serem enfrentadas. Segundo os relatos de profissionais, o tempo de espera após a solicitação de materiais à Secretaria Municipal de Saúde é extenso, isso quando não ocorre a negação, por parte do gestor, de certos materiais.

Já ficamos 3 a 4 meses sem espéculo P e não foi só nosso AG e sim em toda a rede. Questionei a Secretaria e eles sugeriram que eu usasse os espelhos de metal que estavam em desuso há 10 anos no mínimo na prefeitura. (ENFERMEIRA 2).

Eu acho que a Secretaria poderia chegar um pouco mais junto da gente sim. O que a gente percebe hoje é que as coisas vêm muito de cima para baixo. Existem protocolos que na verdade eles são feitos pelas pessoas que estão dentro da Secretaria, dificilmente eles convidam alguém que trabalha ali, realmente da ponta para fazer parte da discussão desses protocolos. (ASSISTENTE SOCIAL 12).

Questão de material, eventualmente existe falta de medicação, às vezes medicação básica, paracetamol, mas assim às vezes é uma semana e na outra vem, então a gente tenta prescrever outras alternativas. (MÉDICA PEDIATRA 7).

Notou-se grande diferença de infraestrutura entre os AGs, apesar das queixas serem as mesmas em relação às condições objetivas de trabalho nas unidades. No mesmo município, unidades que atuam no mesmo nível de atenção, com praticamente igual número de usuários atendidos por dia e número de população adstrita, possuem diferenças gritantes de infraestrutura. Um profissional, questionado sobre as condições de trabalho, responde que o AG Irmã Marta Elisabetha Kunzmann é o melhor de todos em termos de infraestrutura, porém na aquisição de materiais se assemelha aos demais, apesar de ter maior planejamento para tal aquisição.

Aqui é um AG, eu... vamos dizer, assim, minha opinião, aqui é o melhor AG de Blumenau, mais amplo. Eu trabalho em outro AG, eu tenho dois... (Pesquisadora: Qual?) O da Escola Agrícola, lá é quente, espaço físico... (material também?) Material não. Esse aqui é mais planejado já que ele é recentemente inaugurado e ele tem mais condições de planejamento. Não é a perfeição de planejamento, mas em minha opinião é o melhor AG de Blumenau. (ODONTÓLOGO 20).

As condições físicas são as que a gente tem. Agora estão até reformando, as salas são boas, quanto a condições físicas não tem problema, eu acho estamos bem estruturados. (MÉDICA PEDIATRA 07).

Para melhor análise dos resultados do processo de trabalho em saúde desenvolvido por meio dos AGs, usuários foram entrevistados. Tomando como referência os AGs, eles avaliam a saúde pública de Blumenau como péssima. Os motivos são falta de profissionais, materiais e infraestrutura precários, juntamente com a demora e precariedade nos atendimentos, falta de remédios, dificuldade de agendamento de consulta e tratamento de servidor para com o usuário de negação do direito social à saúde.

O menos satisfeito é que quando a gente vem aqui o médico dá uma receita de todo o tamanho, chega ali no balcão para retirar os remédios e não tem nada, aí tenho que comprar. Nem o remédio da pressão aqui, quantas vezes que eu vim aqui e saí daqui para pegar meu remédio da pressão meses a meses e chego ali no balcão e não tem, aí tem que ir lá numa outra farmácia, eu tenho convênio, não preciso pagar. Mas, eu penso em tudo, pegar o ônibus, se deslocar e vir até aqui e não ter o remédio de pressão que é bastante usado por muita gente e não tem. (USUÁRIA 5).

Olha, o que eu posso dizer, manter a melhor calma né? Bem, porque se a gente parte para ignorância, se a gente trata uma gente daqui mal eles manjam a gente e na próxima consulta eles retrucam. A gente tem que ter paciência porque é nós que precisamos deles e não eles que precisam de nós. A gente tem que manter a calma e aguardar, se eu tiver que ficar aqui esperando mais três horas eu tenho que aguardar. (USUÁRIA 9).

Se eu preciso vir por causa de uma emergência para cá, eu não consigo, tem que chegar muito cedo e isso eu acho errado. (USUÁRIA 10).

Indicando assertividade dos depoimentos dos usuários, o resultado da avaliação das 51 Unidades Básicas de Saúde do município de Blumenau pactuadas e avaliadas no primeiro ciclo avaliativo, realizado no ano de 2012 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em atendimento ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o resultado demonstra que apenas 51,87 da cidade possui cobertura de Equipes de Saúde da Família e somente 39,56 dessas possui equipes de Saúde Bucal. E, segundo informação no Portal do Gestor – atenção básica, a classificação preponderante atribuída à qualidade da atenção básica para o município de Blumenau é mediana ou pouco abaixo da média. (BRASIL, 2012).

Então, considerando o resultado da avaliação e os depoimentos ora referidos, é factível afirmar que o cuidado integral está longe de ser realidade na política de atenção à saúde praticada em Blumenau. Apesar da existência de equipamentos e de habilitada a gestão plena, há existência de não resolutividade e a pessoa não é considerada na sua totalidade. A resolutividade e o reconhecimento da pessoa em sua condição biopsicossocial, cultural, atenção equitativa e como um cidadão de direito são essenciais para a efetivação do cuidado integral.

O processo de trabalho em saúde também é composto pela ação coletiva dos profissionais + usuários. Para o fim de estabelecimento de vínculo entre todas as partes do processo (gestão, profissionais e usuários), existe o conselho local de saúde, no qual a todos é possibilitado tomar parte dos assuntos referentes aos AGs e emitir opiniões para melhoria de atendimentos ou sobre criações de novas estratégias de trabalho da equipe. No entanto, ficou identificado pela pesquisa que a participação nos conselhos locais de usuários e profissionais das unidades é baixa. Nos relatos que seguem, profissionais registram o desinteresse dos usuários pela participação das reuniões; por sua vez, os profissionais alegam falta de tempo para participação do conselho local por decorrência da existência de mais de um vínculo de emprego.

Muito pouca. A gente tem o conselho local de saúde toda primeira 3ª feira do mês à noite, eu já participei. Tinha tudo para

funcionar teoricamente, tem uma proposta muito boa, mas o usuário não adere, a gente já tentou, fez campanha. Aí eu falava com os meus pacientes, mas eles estavam tendo atendimento, então para eles estava tudo bem, para que participar? Fizemos cartazes nas paredes, coloquei no ambulatório todo, não tem adesão. O pessoal não consegue entender a força que eles têm, em relação aos serviços dentro do AG, tudo que eles poderiam fazer para melhorar o atendimento, para eles próprios. Eles não têm essa noção e não conseguem entender, visualizar que se eles viessem na reunião, conseguiriam força para produzir. E dentro da reunião tinha mais funcionário do que usuário, nós nos empenhávamos mais que eles. (FONOAUDIÓLOGA 4).

Eu sei que tem esse conselho local e tem conseguido algumas coisas para unidade assim quando solicitado eles tem ido atrás. Dizem que tem uma participação efetiva e conseguem resultados, mas não posso falar muito deles porque realmente eu nunca participei, o que eu deveria, eu sei disso, porque faz diferença, mas, a mesma coisa que eu disse dos técnicos principalmente e dos enfermeiros, trabalha-se em mais de um local e não se tem tempo. (NUTRICIONISTA 21).

Segundo Inojosa (2005), a saúde se faz com pessoas e entre pessoas, com a mediação das tecnologias geradas pela ciência e pelo conhecimento popular. Trata-se, antes de tudo, de uma relação humana, uma relação entre sujeitos, com suas potencialidades, limites e saberes. Quer seja na perspectiva da assistência para recuperação ou prevenção de agravo ou doença, quer seja para a promoção da saúde, essa produção se realiza na relação entre indivíduos, entre uma família e uma equipe de saúde, entre uma população e seu sistema público de saúde. Quando existe distância entre profissionais e usuários no processo de trabalho em saúde, existe uma deficiência nessa ação. Se o profissional atuasse em cooperação com a população, ter-se-ia união possibilitadora de melhor adequação do atendimento profissional às necessidades dos usuários.

Um dos fatores que interfere na participação dos usuários, segundo um profissional da saúde entrevistado, é a falta de

informação. A equipe de profissionais ou mesmo a Secretaria de Saúde não divulgam de forma plena a existência de um conselho local e seu objetivo na melhoria do atendimento em saúde, ou até mesmo não demonstram aos usuários a importância de sua participação nessas atividades.

O não interesse do usuário pela sua unidade de saúde também pode ser um dos motivos da falta de contato entre unidade e população, assim desconhece como a rede funciona no seu conjunto e de modo não intencional “abre mão” de seu poder de mudança mediante os serviços públicos de saúde. É o que demonstra a resposta da usuária a seguir quando questionada sobre sua participação no AG e a organização no trabalho da unidade:

Antes era meio bagunçado, mas agora que botaram esse negócio de senha ali é tudo sobre controle, está fluindo, não vejo ninguém reclamando. (Pesquisadora: participa de alguma atividade também ou a senhora não participa? Do conselho local? Alguma opinião também, a senhora nunca deu?) Nunca me pediram, também não vou me meter no trabalho dos outros né? Eles que estão aqui devem saber o que está bom o que está ruim né? Para mim eu não posso reclamar. (USUÁRIA 23).

Outro fator que interfere no processo de trabalho em saúde é a predominância do modelo biomédico no atendimento aos usuários. Esse modelo é focado na doença, no diagnóstico, na consulta médica com especialidades e medicamentos no tratamento, ou seja, o objeto de trabalho é a doença e não as necessidades de saúde. Ao observarem a rotina dos ambulatórios, os pesquisadores perceberam a grande procura dos usuários por atendimento médico e especialidades. E esta percepção é confirmada nas entrevistas aplicadas aos profissionais, conforme transcrito:

O trabalho em equipe, às vezes, ele não acontece de uma forma plena. Para a população, quando está faltando o médico está faltando tudo né! Infelizmente é uma questão cultural e um processo histórico. Quando se fala em fazer investimentos no profissional, geralmente é em médicos e às vezes no dentista, que recebem as gratificações que recebem aumentos, os outros

profissionais infelizmente hoje não estão sendo valorizados do jeito que precisam ser valorizados. O SUS para mim só vai mudar no dia em que existir valorização de todos os profissionais, porque vai haver um comprometimento bem maior. (FARMACÊUTICO 18).

Às vezes, eu vejo aqui, vem a mãe e diz “eu quero fazer um *checkup* na criança” e a gente começa a conversar e ela diz “não a gente se separou e ele está muito revoltado, tá tirando notas baixas e não está comendo”, então ela vem com uma queixa que não é a questão do problema [...] (MÉDICA PEDIATRA 30).

Grande parte dos profissionais refere que o modelo biomédico é um processo histórico, uma questão cultural, de visão da sociedade no processo de saúde/doença, em que o médico é o único profissional que irá sanar os problemas enfrentados pelos usuários. Profissionais também afirmam que as políticas de saúde não proporcionam condições para superação do modelo; o processo de trabalho em saúde ainda gira em torno do médico, os profissionais da saúde não médicos dependem de parecer médico para certas atividades.

Ainda está mais centrado no médico e na doença aqui no AG do Garcia, não é tanto pelo problema dos profissionais em si e sim da sociedade. A sociedade tem a visão que o médico é a principal peça numa unidade de saúde. Então, muitas vezes o profissional enfermeiro, psicólogo é a função indicada para o caso de alguns usuários, mas eles (usuários) querem passar no médico. Na visão deles é o médico que vai resolver o problema deles. Ainda continua-se no biomédico. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM 16).

Não, a gente não consegue. Pois a radiometria que é da Fonoaudiologia, a fonoaudióloga não pode pedir, porque deve ser solicitado pelo médico. Aí não vai sair do modelo biomédico, porque tudo tem que passar por ele. Não tem protocolo. Por exemplo, eu faço o teste de acuidade visual nas crianças da escola, em torno de 300 por ano, mas não posso encaminhá-las para a oftalmologia. Porque deve passar pelo médico, mas ele não vai à

escola atender essas 300 crianças. Então, brigando por isso, consegui com que eles me deixassem realizar o encaminhamento. (ENFERMEIRA 2).

Na verdade eu já nem concordo que ele tenha que prescrever para os outros profissionais, acho que isso não é necessário. Mas, por mais que você trabalhe, ó, voltamos para parte educacional... por mais que se trabalhe e tenha toda a política de prevenção no ambulatório, se você não tiver um paciente que entenda isso e que se insira nesse trabalho, esse paciente vai acabar na mão do médico. [...] Eu vejo assim, o médico é um profissional importante na hora que o paciente cai na mão dele e a preocupação tem que ser no paciente. Esse negócio de ficar se preocupando com os outros profissionais e que os outros podem isso é um absurdo, isso trava o serviço dos outros profissionais. [...] Eu acho um absurdo quando eu recebo uma requisição médica prescrevendo o que eu tenho que fazer com o meu paciente, tanto que, assim..., eu sinceramente nem olho. (FISIOTERAPEUTA 14).

Entende-se que para o processo de trabalho em saúde, em que o objeto é a necessidade de saúde e a finalidade é o cuidado integral, é imprescindível um conceito de saúde ampliado, segundo o qual a equipe de saúde trabalhe de modo coletivo, na interprofissionalidade, e assim atendendo às diretrizes do SUS, concebendo a pessoa/usuária em sua totalidade. Segundo Traverso-Yépez (2001), no sistema vigente, o modelo biomédico ainda é hegemônico, ou seja, continua predominando a visão individualista, fragmentada e descontextualizada daquilo que são os comportamentos humanos e sua relação com a saúde e a doença.

3. A integralidade como finalidade da atenção em saúde desenvolvida nos AGs

Partindo da ideia de que o profissional da saúde deve atender o usuário em sua totalidade, entende-se que na sua prática é

indispensável o conhecimento e sensibilidade em relação às necessidades de cuidado do usuário. Segundo Pinheiro (2001 apud GOMES; PINHEIRO, 2005), a integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia central de considerar o usuário como sujeito e de respeitá-lo em suas demandas e necessidades.

Há profissionais que não obtiveram em sua formação conhecimentos suficientes para as práticas dos princípios do SUS e, portanto, desconhecem o conceito de atenção integral, o que não os priva de realizá-lo espontaneamente. Mas há também a busca autônoma. Profissionais relatam que a demanda, as diversas situações enfrentadas na rotina do trabalho e a visão de que o atendimento integral é finalidade do processo de trabalho são os fatores que os influenciam na busca deste conhecimento e aprimoramento.

Quando eu comecei a trabalhar eu tinha bastante conhecimento sobre integralidade porque quando eu fiz a minha formação na Universidade Federal de Pelotas eu já tinha feito um estágio todo integrado, e depois também fui para Porto Alegre, onde fiz meu estágio em Hospital Conceição, dentro da medicina em família e comunidade, onde se abordava sempre esse assunto. Eu tinha bastante noção, mas claro que saber tudo sobre integralidade a gente não sabe nunca, mas alguma coisa sempre se sabe, no meu caso bastante porque já havia passado por esses estágios aí. (MÉDICO CLÍNICO GERAL 19).

Tinha acho que uma boa noção por causa da minha formação assim, não a minha graduação, mas acho que por conta da minha formação na residência em saúde da família. A gente tocava um pouco no assunto, boa não, estou exagerando, acho que superficial assim exatamente, integralidade quanto ao princípio do SUS, é isso? Então tinha uma noção geral eu acho. (PSICÓLOGO 27).

Eu comecei em 2008 como ACT, é... a integralidade não sei. Nunca ouvi falar. (FONOAUDIÓLOGA 4).

Pelo observado no cotidiano dos profissionais dos AGs, são dois fatores que interferem no processo de trabalho que tem como finalidade o cuidado integral: a grande demanda nos AGs – há momentos em que os profissionais possuem limitação de tempo para atender o usuário, há ocasiões em que as unidades ficam lotadas de pessoas à espera de atendimento e com isso a identificação das necessidades de saúde acontecia no tempo máximo de 2 minutos; a existência de desinteresse de profissionais em realizar seu trabalho de modo a propiciar um cuidado integral, pois mesmo com pouca demanda pelos serviços do AG a identificação das necessidades de saúde da pessoa era realizada de modo rápido e limitada à verificação de sinais vitais.

O profissional de saúde atento ao princípio da integralidade necessita de tempo para que possa escutar o usuário e identificar durante as conversas suas angústias para melhor adequar o plano terapêutico à necessidade de saúde e à realidade social do usuário.

São muitos os fatores que devem ser considerados quando se pensa em integralidade do cuidado. Identificou-se, além de fragilidade no conhecimento sobre integralidade e no como desenvolvê-la no processo saúde/doença, a falta de uma equipe articulada de forma a proporcionar compartilhamento de informações entre esses profissionais sobre cada usuário atendido, e muitas vezes o usuário passa por todas as especialidades presentes nas unidades de saúde.

Ao relatarem dificuldades no trabalho em saúde, os profissionais mencionam com muita frequência o alto número de trabalhadores que atuam nas unidades e a grande demanda que eles atendem. Os dois fatores citados decorrem da falta de tempo para que os trabalhadores realizem reuniões de equipe ou mantenham contato entre eles, já que muitos são os profissionais que atendem e em turnos diferentes, o que dificulta o encontro entre eles para reuniões de equipe ou conversas informais durante o dia. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a reunião de equipe pode ser um momento propício para os mais diversos encontros: discussão de casos, revisão de condutas, elaboração de projetos

terapêuticos, educação continuada, planejamento de ações. É um espaço em que cada um pode acolher o outro e também ser acolhido. É espaço de valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio, espaço que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe. Na reunião de equipe, pode-se também fazer o fechamento dos inúmeros relatórios normalizados e, principalmente, utilizar os dados produzidos para conhecer melhor o território, avaliar o trabalho realizado, planejar, organizar as informações a serem compartilhadas com a comunidade.

Como já citado, os AGs realizam o mesmo trabalho de ESF com sua população adstrita, mas não possuem os mesmos direitos regulamentados pelas políticas de saúde para estas unidades, o que prejudica o trabalho dos profissionais quanto à realização de reuniões de equipe. De acordo com a política de saúde, as ESFs possuem como rotina o fechamento de suas unidades uma vez por semana para a realização de reuniões de equipe. Já os AGs são privados dessa conduta, pois realizam atendimentos de referência com os especialistas que atuam nessas unidades, requerendo um atendimento diário, e o fechamento das unidades para realização de reuniões de estudo de caso prejudicaria o fluxo de atendimento na rede de serviços.

O trabalho desarticulado das equipes dos AGs prejudica os usuários em vários aspectos. Os usuários atendidos nessas unidades raras vezes possuem um acompanhamento próximo dessas equipes, em que elas conhecem a história deles para além das informações encontradas nos prontuários. Quando toda a equipe conhece o histórico do sujeito que está sendo atendido, o cuidado se torna mais integral, mais eficaz e resolutivo, já que esse conhecimento facilita a identificação das necessidades de saúde da pessoa. O trabalho articulado propicia ao usuário, além de seu atendimento integral, uma maior confiança com relação à segurança oferecida pelos serviços de saúde prestados pelos AGs. Conforme Ribeiro *et al.* (2004), trabalhar em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do

trabalho do outro e na valorização da participação no processo de trabalho comum a todos.

Na falta de um trabalho em equipe, deixa-se de assistir a pessoa como um todo, uma vez que desta forma o atendimento dessa pessoa fica restrito a apenas um ou dois profissionais, fazendo com que seu caso não seja explorado inteiramente, perdendo-se a essência do cuidado advindo de diferentes olhares.

Foi identificado, conforme citações a seguir, que as equipes consideram encaminhamentos para outras especialidades e as rápidas conversas entre os profissionais como uma forma de comunicação em equipe para justificar a integralidade. E, quando questionada, a maioria dos trabalhadores confirmava que havia comunicação entre eles, mas que não era uma comunicação formal, e sim informal, e na maioria das vezes acontecia somente quando existia uma necessidade de discutir mais profundamente o usuário que estava sendo atendido.

Como eu já tinha falado, a gente sempre procura os profissionais que já estão aqui dentro, os fonoaudiólogos, psicólogo, a parte de enfermagem. Então como eu trabalho na parte de odontologia a gente procura ver a pessoa num todo, então a gente conversa sobre vários assuntos, não só sobre os dentes, e a pessoa acaba falando mesmo, é como se fosse uma anamnese, uma conversa informal, e a gente acaba descobrindo coisas na pessoa e se vai orientando para que procure outros profissionais. É integralidade, acontece bastante isso, e eu acredito que não só nós... a gente observa que os médicos quando eles observam alguma coisa, eles também não veem só outra parte do corpo, eles também têm uma visão da boca. Então quando eles veem que a pessoa precisa de tratamento dentário eles orientam para vir até aqui no dentista para ver como funciona e marcar consulta. Então existe bastante essa integralidade, essa colaboração, é uma equipe mesmo. (TÉCNICA EM SAÚDE BUCAL 17).

A integralidade... na realidade, isso vem da própria formação do médico. Principalmente durante a residência médica que eu fiz em Curitiba no Hospital Pequeno Príncipe. Lá a gente trabalhava muito a questão de multiprofissionais, lá tem fonoaudiólogo,

fisioterapeuta, psicóloga, que na pediatria muitas vezes a gente tem que acionar essas outras especialidades. Aqui no AG na verdade não foi feita nenhuma integração com as áreas, a gente acaba integrando e conversando um pouquinho durante o café, trocando experiências, informações e sempre que a gente sente necessidade. (MÉDICA PEDIATRA 30).

No caso de ambulatório também temos outros profissionais: psicologia, a fonoaudiologia, odontologia, assistência social, técnicos de enfermagem, temos a equipe técnica toda. [...]. Eu acho que o ambulatório geral é uma coisa bem interessante em Blumenau, é uma característica daqui. Eu já trabalhei no Rio Grande do Sul, trabalhei no Paraná, e lá eles não trabalham com essa noção de ambulatório que nós temos aqui em Blumenau. Eu acho que, falando do meu trabalho aqui, eu vejo meu trabalho integrado com os demais [...] é diferente você tratar um paciente sem nenhum outro profissional integrado ao serviço. A diferença é no resultado, na resolutividade, onde você consegue ter essas outras profissões e elas todas trabalhando juntas em função da melhoria daquela questão que o paciente traz, daquela doença que ele tem, o resultado é outro. [...] A estrutura de um ambulatório geral tem mais condições de fazer um trabalho mais integral do que a equipe do ESF que trabalha apenas com um médico, um odontólogo e fica naquela. Tem que referenciar, aqui podemos não referenciar, pois podemos conversar já no momento com o profissional. (MÉDICO CLÍNICO GERAL 19).

Para a gente saber o que cada profissional faz, o que cada profissional fez com determinado usuário, para a gente pode casar todas as informações, isso acaba sendo difícil, porque às vezes um já atendeu a mesma pessoa e tu não sabes o que ele falou, aí daqui a pouco ele está aqui procurando a mesma coisa, enfim! (ASSISTENTE SOCIAL 12).

No contexto dos AGs, não existe padrões de infraestrutura, nem de processo de trabalho ou até mesmo de conduta dos profissionais. E as maiores dificuldades que essas equipes enfrentam são decorrentes da falta de regulamentação por parte da Secretaria de Saúde sobre o processo de trabalho nas unidades.

A dificuldade de manutenção de um cuidado integral dentro da unidade é também presente em outras esferas do serviço de saúde. Em situações em que o usuário é encaminhado para especialidades fora do AG, o processo de integralidade passa a assumir dimensões maiores, passa a envolver profissionais que não convivem diariamente com as rotinas de trabalho dos AGs. Essa dimensão se dá através da referência e contrarreferência, instrumento que possibilita aos profissionais o conhecimento sobre o usuário mesmo que ele não esteja sendo cuidado apenas pela unidade de saúde denominada de AG.

Apesar de a referência e a contrarreferência ser um instrumento eficaz na continuidade do cuidado, nem sempre ocorrem. Mas muitos profissionais não encaminham a contrarreferência e dificultam a continuidade do cuidado na atenção básica por não possibilitarem o conhecimento quanto à continuidade do tratamento do usuário. Trabalhadores do AG apontam dificuldades na referência e contrarreferência, como a demora e a forma como acontecem:

De modo geral, sim, quando o sujeito não perde as indicações têm sim, a gente acompanha. Maior problema que temos é a morosidade, então, às vezes, demora meses para que a gente consiga ter retorno de um encaminhamento, isso dificulta o nosso trabalho. Mas a gente consegue acompanhar mesmo sem a contrarreferência. (PSICÓLOGO 27).

Tudo o que é papel é complicado, o SISREG (Sistema de Regulação) ajuda, pois você consegue acompanhar o agendamento, não há consulta e o que aconteceu. Esses serviços deveriam ser eletrônicos, pois afinal estamos na era digital, mas ainda é primário. (ENFERMEIRA 2).

No relato do segundo profissional, é visível a concordância com a ideia de referência e contrarreferência, mas as opiniões coincidem sobre que, para que esse sistema funcione, há a necessidade da atualização desse meio de comunicação.

Outros profissionais já desconhecem a forma de acompanhamento dos usuários encaminhados para outros níveis de atenção. Destaca-se que a dificuldade de comunicação está também no interior do AG:

Acompanhar? Diz para mim: onde? Porque se se acompanha eu também estou querendo saber. Querida, não existe comunicação, então não pode existir acompanhamento, pensa bem, a gente aqui no mesmo espaço físico tem dificuldade de se encontrar no processo organizado e entender, imagina no espaço externo. O que dificulta bastante mesmo o processo de saúde do usuário é que às vezes ele vai para um médico ou para outro serviço de saúde e chega aqui e não sabe explicar. (FARMACÊUTICA 6).

No contexto de acompanhamento do usuário fora dos AGs, notou-se que há muitas vezes interesses por parte dos profissionais em acompanhar determinado usuário, porém a falta de condições de poder atentar-se ao grande número de usuários acaba barrando o acompanhamento, sobretudo quando a contrarreferência não acontece. Isso faz com que os profissionais dos AGs tenham que, por si próprios, buscar informações sobre a condição de saúde do usuário identificada nos serviços secundários de saúde.

Entende-se que se faz necessária a existência de um trabalho coletivo também com os profissionais de referência, uma vez que, não havendo um olhar integral fora da unidade, influencia-se negativamente o olhar integral de dentro da unidade.

Parece ser necessária a ocorrência de mudanças nos protocolos de saúde dos AGs, para possibilitar aos trabalhadores ação de cuidado integrado.

Saindo do modelo biomédico, parte-se para um trabalho em saúde realizado pelo tripé prevenção, promoção e educação em saúde. Porém, segundo Rodrigues e Araújo (2005), nos dias atuais, é comum a convivência com inúmeros problemas alteradores da capacidade dos serviços de saúde em responder eficazmente às demandas por saúde na vida individual e na vida coletiva dos cidadãos brasileiros. Contudo, de acordo com a realidade dos AGs

descrita neste trabalho, o tripé prevenção, promoção e educação em saúde não se sustenta na prática cotidiana dos AGs.

Considerações finais

O processo de trabalho em saúde acontece de forma plena quando existem as condições necessárias para que seus participantes o realizem. No contexto dos AGs, percebeu-se que a grande demanda, as condições precárias de trabalho fazem com que o trabalhador não consiga exercer sua função com qualidade e de forma integral, vendo o usuário em sua total complexidade. A falta de apoio da Secretaria de Saúde no que diz respeito à manutenção de estrutura, material e de cursos para capacitação aos profissionais dificulta ainda mais o trabalho da equipe.

Outro fator muito importante identificado nesta pesquisa foi a necessidade de uma regulamentação dos Ambulatórios Gerais na política de saúde, pois inúmeras dificuldades são enfrentadas pelos trabalhadores e usuários em decorrência dessa falta de identidade. Os AGs atendem como se fossem ESFs; contudo, privados de certas atividades desenvolvidas nestas, como capacitações profissionais realizadas pela Secretaria de Saúde e reuniões de equipe para discussões a respeito do trabalho realizado pela unidade, já que o tempo dos trabalhadores é totalmente comprometido devido à grande demanda de atendimento. Essa regulamentação é necessária também para a proteção dos direitos de trabalhadores e usuários. Os profissionais da saúde dos AGs devem ter carga horária e demanda apropriadas e proporcionar atendimentos que atendam aos princípios do SUS.

É indiscutível que a equipe, para atender de forma integral e desempenhar o processo de trabalho em saúde, assumindo o perfil de trabalhador coletivo com presença da cooperação voluntária, há de ter condições objetivas e subjetivas de trabalho e uma visão totalizante sobre a realidade social dos usuários. Assim sendo, será talvez possível extrapolar as ações curativas de forma resolutiva e incluir ações de prevenção e promoção.

Sugere-se, além do presente estudo, a realização de uma pesquisa voltada ao resgate da história da criação dos Ambulatórios Gerais de Blumenau, já que os registros sobre esses dados não são oficiais, visto que existem apenas relatos populares sobre o surgimento dessas unidades.

Por ser um dos princípios do SUS, a integralidade se faz teoricamente presente em todas as unidades de saúde vinculadas a esse sistema, porém as práticas da integralidade muitas vezes são feitas de forma deficitária, uma vez que o conhecimento acerca desse princípio não depende exclusivamente do profissional atuante, mas sim de toda uma mudança histórica que se inicia na formação e se estende ao ambiente de trabalho, às condições de trabalho e às práticas profissionais. Nos Ambulatórios Gerais de Blumenau, não é diferente.

Levando em consideração a proposta de trabalho dos AGs, estes atribuem seu trabalho à população adstrita de tal forma que podem ser comparados a ESFs, além de ofertarem atendimentos com especialidades, configurando uma grande demanda de atendimento que entra muitas vezes em desacordo com a estruturação dos AGs. Outra questão é o número de profissionais, que pode prejudicar seriamente o andamento do processo do cuidado integral. O interesse por parte dos profissionais para a realização de um atendimento integral também influencia o transcorrer deste, visto que é necessário um trabalho em equipe, de forma que o usuário seja assistido como um todo e que se sinta não só assistido, mas também incluído em seu tratamento, o que repercute em uma maior adesão ao tratamento, bem como às atividades de prevenção e promoção de saúde.

Por fim, fica a necessidade de uma regulamentação sobre o posicionamento dos AGs dentro da rede de serviços de saúde de Blumenau. Eles exercem importante função dentro da rede de saúde e, apesar de suas deficiências, proporcionam aos usuários certa segurança e atenção básica em saúde, o que traz a estes a possibilidade de obterem atendimento sem precisar primeiramente passar por unidades hospitalares.

Sendo assim, apesar de a integralidade do cuidado muitas vezes não se constituir como realidade, os trabalhadores e usuários mantêm vínculo ativo, exercendo cada um sua função de acordo com o possível.

Referências

ASSIS, M. M. A. et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xjcw9/pdf/assis-9788523208776-00.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

BLUMENAU. **Procedimentos para atendimento à população nos Ambulatórios Gerais**. Material impresso, 2013.

BRASIL. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília, 2005.

_____. **Organização da atenção básica**. Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Brasília, Ministério da Saúde. Brasília, 1998.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Rev. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde:** ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista Saúde Coletiva, [S.l.], v.14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CIPOLLA, Francisco Paulo. **Trabalho em equipe como forma da subsunção real.** Estud. Econ. [online], v. 35, n. 1, p. 203-232, 2005. ISSN 0101-4161. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ee/v35n1/v35n1a07.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2013.

COSTA, A. M. **Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set.-dez. 2004.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. **Acolhimento e vínculo:** práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

IBGE. **Assistência Médica Sanitária 2009.** Rio de Janeiro, 2010.

INOJOSA, Rose Marie. **Acolhimento**: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 Oct. 2005. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojo_sa_saude.pdf>. Acesso em: 5 set. 2013.

MARX, Karl . **Crítica do Programa de Gotha**. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2012.

_____. **O Capital: crítica da economia política. Livro I, volume 2** _ O processo de produção do Capital. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

_____. **O Capital: crítica da economia política. Livro I. Volume 1**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção a saúde**. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 4 set. 2013.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. Cadernos CEFOR. Série Textos n. 1, São Paulo, Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (CEFOR/SMS), 1992.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social, UNICAMP, 1994.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.

RODRIGUES, Maisa Paulino; ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza . **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: UFRN/UFPE, 2010 Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf

SAMPAIO DMN et al. **Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem**: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. Revista Saúde.Com 2001.

SANTA CATARINA. **Sistema Único de Saúde: Plano diretor de regionalização**. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis: Dioesc, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/positivo/Downloads/PDR_2008.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2014.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; OGATA, Márcia Nütuna; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira. **Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica**: impactos e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 02, p. 389-401, 2007.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. **A interface psicologia social e saúde**: perspectivas e desafios. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.

Recebido em 21/01/2014 e
aceito em 01/05/2014.

Resumo: Este artigo aborda o processo de trabalho das equipes de saúde dos Ambulatórios Gerais de Blumenau e inclui os elementos simples como a finalidade (cuidado integral), objeto (necessidades de saúde), instrumentos (materiais e imateriais) e resultados (satisfação das necessidades de saúde da(s) pessoa(s)). Os escritos neste artigo são resultantes de uma pesquisa qualitativa, em uma perspectiva aproximada do método dialético. Os instrumentos de coleta de dados foram observação sistemática, análise de documentos oficiais e entrevista semiestruturada aplicada a profissionais e usuários. Para análise dos dados, foi utilizado método hermenêutico-dialético. Quanto aos resultados, foi identificada forte presença de rígida divisão técnica do trabalho; instrumentos materiais e não materiais deficitários; fragilidade no conhecimento do princípio de integralidade da política de saúde brasileira. Os AGs executam atendimentos do nível da atenção básica em saúde, possuindo população adstrita, e possuem também especialidades em saúde, fato que desencadeia problemas na efetivação do trabalho dos profissionais, tornando-se urgente a necessidade de regulamentação dessas unidades, pois isto tornaria o atendimento ao usuário mais resolutivo e adequado aos preceitos do SUS.

Palavras-chave: Processo de trabalho. Necessidade de saúde. Cuidado Integral. Instrumentos.

Title: The work process of the ambulatories' health staffs in Blumenau

Abstract: This article discusses the working process of the health teams of the General Outpatient Blumenau and includes simple elements such as purpose (integrated care) object (health needs), equipment (tangible and intangible) and outcomes (satisfaction of health needs). This paper derived from a qualitative study in an approximate perspective of the dialectical method. The instruments for data collection were: systematic observation, analysis of official documents and semi-structured interviews with health professionals and users. Data analysis was used hermeneutic-dialectic method. As for the results strong presence of rigid technical division of labor was identified; material instruments and non-material loss; weakness in knowledge of the principle of comprehensiveness of Brazilian health policy. The AG's running calls the level of primary health care, having enrolled population, and they also have specialties in health, a fact that triggers problems in the execution of the work of professionals, making it an urgent need for regulation of these units as this would make the service most suited to the resolute and precepts of SUS user.

Keywords: Work process; Health need; Integral Care; Instruments.
